

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
PSICOLOGIA SOCIAL Y AMBIENTAL

EL VIH/SIDA COMO FENÓMENO SOCIAL:
ANÁLISIS INTRAGRUPAL DE SU REPRESENTACIÓN EN CENTROS
PENITENCIARIOS DEL DISTRITO FEDERAL

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
GLORIA ESTELA CASTELLANOS LÓPEZ

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: DRA. MARÍA FÁTIMA FLORES PALACIOS

COMITÉ: DR. ROLANDO DÍAZ LOVING
DRA. CATALINA FRANCISCA GONZÁLEZ FORTEZA
DRA. PATRICIA TRUJANO RUIZ
DRA. MARIA EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
DR. RENE LEYVA FLORES
DRA. MARÍA ELENA MEDINA-MORA ICAZA

MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México,

Porque siempre estaré orgullosa de mi sangre azul y mi piel dorada.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT),

Por el apoyo económico brindado para la realización de esta investigación mediante su programa de becas.

A la Dra. Fátima Flores Palacios,

Por la confianza y la paciencia brindadas durante los años que ha durado este proceso, por darme la oportunidad de alcanzar este sueño y de crecer en el ámbito profesional, pero principalmente, en el personal.

Al Dr. Rolado Díaz Loving, a la Dra. Catalina González Forteza, a la Dra. Patricia Trujado Ruiz, a la Dra. Emilia Lucio Gómez Maqueo, al Dr. René Leyva Flores y a la Dra. Ma. Elena Medina Mora Icaza,

Porque sus acertados y pertinentes comentarios me orientaron y guiaron a lo largo de me cada una de las etapas que han conformado este proceso. Gracias por enriquecer este trabajo con su conocimiento y experiencia.

A todos los internos, internas, técnicas penitenciarias, funcionarios y funcionarias,

Por compartir su tiempo, los conocimientos y las experiencias que han acumulado durante su estancia y su trabajo en centros penitenciarios, porque sin sus testimonios lo que aquí se presenta no hubiera sido posible.

DEDICATORIAS

A mi padre,

Gracias por el temperamento y carácter heredados, porque sin ellos no habría llegado hasta aquí.

A mi madre,

Porque de ti aprendí, cuánta paciencia y cuánta fortaleza pueden caber en una mujer.

A mi hermano Juan Carlos,

Porque con tu admiración me has impulsado para ser mejor cada día en todos los ámbitos de mi vida.

A Jorge,

Porque tu apoyo incondicional ha sido fundamental, no hubiera realizado este sueño si no hubieras estado ahí, en cada momento, alentándome.

A mis amigos: Diana, Víctor, Alberto, Alexis, Ruth, Alejandro, Eduardo, Esperanza y Humberto,

Por enriquecer con su presencia cada instante de mi historia de vida, por lo que he vivido con cada uno de ustedes, y... por lo que aún me falta.

Yo no puedo escribir lo que no he tocado,
lo que no he visto ni sentido.

García Lorca
decía

que el poeta se interna en el bosque
y cuando sale - hasta entonces -
escribe acerca del bosque.

Jaime Sabines.

INDICE

CAPITULO 1. LA TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

1.1	ANTECEDENTES	1
1.2	CONCEPTO DE REPRESENTACIÓN SOCIAL	2
1.2.1	REPRESENTACIONES COMO SISTEMA SOCIOCOGNITIVO	5
1.2.2	LA REPRESENTACIÓN COMO DOBLE SISTEMA.....	6
1.2.3	REPRESENTACIÓN SOCIAL: DISTINCIÓN ENTRE PROCESOS Y CONTENIDOS	7
1.3	ORIGEN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	8
1.4	FORMACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	10
1.4.1	OBJETIVACIÓN	10
1.4.2	ANCLAJE	11
1.5	ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURACIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	12
1.5.1	EL NÚCLEO CENTRAL	13
1.5.2	ELEMENTOS PERIFÉRICOS	14
1.6	DIMENSIONES DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	15
1.7	FUNCIÓN DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	15
1.8	APROXIMACIONES AL ESTUDIO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	17
1.8.1	APROXIMACIÓN PROCESUAL	17
1.8.2	APROXIMACIÓN ESTRUCTURAL	18
1.9	REPRESENTACIONES SOCIALES Y PRÁCTICAS SOCIALES	18
1.10	REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL VIH/SIDA	20

CAPITULO 2. EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

2.1	ANTECEDENTES	27
2.2	ASPECTOS BIOLÓGICOS	27
2.2.1	DE LA INFECCIÓN AL SÍNDROME	28
2.2.2	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	29
2.3	ASPECTOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES	30
2.4	ASPECTOS SOCIALES	31
2.4.1	PREJUICIO	33
2.4.2	ESTIGMA	34
2.5	EL VIH/SIDA EN MÉXICO	37
2.5.1	TRANSMISIÓN SEXUAL	38
2.5.2	TRANSMISIÓN PERINATAL	39
2.5.3	TRANSMISIÓN SANGUÍNEA	39
2.6	VIH/SIDA Y PREVENCIÓN	40
2.7	VIH/SIDA Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN	41
2.8	CAMPAÑAS INTERNACIONALES	43
2.9	CAMPAÑAS NACIONALES	45

CAPITULO 3. EL SISTEMA PENITENCIARIO MEXICANO

3.1	FINALES DEL SIGLO XX	50
3.2	EL VIH/SIDA EN LAS CÁRCELES	52
3.2.1	VIH/SIDA Y GÉNERO EN LAS INSTITUCIONES PENITENCIARIAS	60
3.2.2	PRISIONES Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS	62
3.2.3	EL FENÓMENO DEL VIH/SIDA EN LAS PRISIONES MEXICANAS	69

CAPITULO 4. MÉTODO

4.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	74
4.2	JUSTIFICACIÓN	75
4.3	OBJETIVOS	76
4.4	SUPUESTOS TEÓRICOS	76
4.5	VARIABLES	76
4.6	TIPO DE ESTUDIO	77
4.7	ESCENARIOS	77
4.8	PROCEDIMIENTO	77
4.8.1.	ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	78
4.8.1.1	OBSERVACIÓN NO PARTICIPANTE	78
4.8.1.2	ENTREVISTA EN GRUPOS DE DISCUSIÓN	79
4.8.1.3	ENTREVISTAS INDIVIDUALES	82
4.8.2.	ESTRATEGIAS PARA ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA	83
4.8.2.1.	ANÁLISIS TEMÁTICO DEL CONTENIDO	83
4.8.2.2.	ANÁLISIS TEXTUAL MEDIANTE EL PROGRAMA ALCESTE (ANALYSE DES LEXÉMES COCURRENTS DANS LES ENONCÉS D'UN TEXTE/ ANÁLISIS LEXICAL DE COOCURENCIAS EN ENUNCIADOS SIMPLES DE UN TEXTO)	84

CAPITULO 5. RESULTADOS

5.1	DESCRIPCIÓN DE LOS CENTROS	88
5.1.1	PENITENCIARIA DEL DISTRITO FEDERAL	88
5.1.2	CENTRO FEMENIL DE READAPTACIÓN SOCIAL SANTA MARTHA ACATITLA	88
5.1.3	CLASIFICACIÓN Y FUNCIONES DEL PERSONAL PENITENCIARIO	88
5.1.4	DESCRIPCIÓN DE LA DINÁMICA DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS	89
5.1.4.1	PENITENCIARIA DEL DISTRITO FEDERAL	89
5.1.4.2	CENTRO FEMENIL DE READAPTACIÓN SOCIAL SANTA MARTHA ACATITLA	93
5.2	ANÁLISIS TEMÁTICO DEL CONTENIDO	95

5.2.1	INDICADORES EN EL DISCURSO DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN	95
5.2.2	INDICADORES EN EL DISCURSO DE LOS INTERNOS QUE VIVEN CON VIH /SIDA	99
5.2.2.1	DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES	99
5.2.3	INDICADORES EN EL DISCURSO DE PERSONAL TECNICO PENITENCIARIO	106
5.2.4	INDICADORES EN EL DISCURSO DE FUNCIONARIOS	112
5.3	ANALISIS TEXTUAL DE LOS DATOS MEDIANTE EL PROGRAMA ALCESTE	117
5.3.1	GRUPOS DE DISCUSIÓN	118
5.3.2	INTERNOS QUE VIVEN CON VIH /SIDA	120
5.3.3	PERSONAL TÉCNICO PENITENCIARIO Y FUNCIONARIOS	123
5.4	INDICES TEMÁTICOS	125
CAPITULO 6. DISCUSIÓN		135
CAPITULO 7. CONCLUSIONES		160
ANEXOS		
ANEXO 1. CARTA DE CONSENTIMIENTO		164
ANEXO 2. GUÍA DE ENTREVISTA PARA LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN		165
ANEXO 3. GUÍA DE ENTREVISTA PARA INTERNOS CON VIH/SIDA		166
ANEXO 4. GUÍA DE ENTREVISTA PARA PERSONAL TÉCNICO PENITENCIARIO		167
ANEXO 5. GUÍA DE ENTREVISTA PARA FUNCIONARIOS		168
ANEXO 6. CARACTERÍSTICAS DE LOS INTERNOS E INTERNA SEROPOSITIVOS ENTREVISTADOS		169
ANEXO 7. PALABRAS Y DERIVADOS QUE CONFORMAN EL LISTADO DE VOCABULARIO ESPECIFICO RELACIONADO CON EL VIH/SIDA EN EL DISCURSO DE LOS INTERNOS E INTERNAS NO PORTADORES ENTREVISTADOS		171
ANEXO 8. PALABRAS Y DERIVADOS QUE CONFORMAN EL LISTADO DE VOCABULARIO ESPECIFICO RELACIONADO CON EL VIH/SIDA EN EL DISCURSO DE INTERNOS QUE VIVEN CON VIH/SIDA ENTREVISTADOS		174
ANEXO 9. PALABRAS Y DERIVADOS QUE CONFORMAN EL LISTADO DE VOCABULARIO ESPECIFICO RELACIONADO CON EL VIH/SIDA EN EL DISCURSO DE LOS FUNCIONARIOS Y EL PERSONAL TÉCNICO ENTREVISTADOS		176
REFERENCIAS		178

CAPÍTULO 1. LA TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

*“Las representaciones sociales no explican todo,
son sólo una forma de comprender algunos
elementos de la vida social cotidiana”*

Wolfgang Wagner

1.1 Antecedentes.

El sociólogo francés Émile Durkheim desarrolló a lo largo de sus obras (1893-1897) el concepto de “hecho social”, definido como el orden de acontecimientos que presentan caracteres muy particulares, consistentes en modos de actuar, de pensar y de sentir exteriores al individuo, y que están dotados de un poder de coerción, en virtud del cual se imponen a él. Por lo que no podrían confundirse con fenómenos orgánicos, ya que consistían en representaciones y acciones, ni tampoco con los fenómenos psíquicos, pues éstos solo existen en la conciencia individual (Flores, 1993).

Para Durkheim (1893, citado en Flores, 1993) son tres los elementos que conforman y definen a los hechos sociales:

- **La exterioridad.** El sujeto se encuentra con un medio exterior, organizado, anterior e independiente de él; un medio constituido por un conjunto de objetos culturales a los que denominó como representaciones colectivas, dentro de las cuales se ubican las creencias, los valores y las normas, que en un principio son ajenas al sujeto que por medio de la socialización pasan a constituir su propia subjetividad.
- **La coerción.** La cual implica que un individuo forma parte de una misma organización que presiona y a su vez sanciona, afectándose por su propia opresión. Las sanciones pueden ser de dos tipos: a) las difusas aplicadas a través de las costumbres, en las que el protagonista es el colectivo y b) las organizadas, que resultan aquellas que son aplicadas por una institución.
- **Generalidad e independencia.** Se refiere a la universalidad de la coerción, esto es, un hecho social, es compartido por todos los miembros de un colectivo.

Así, en 1898 Emile Durkheim desarrolló el término de “representación colectiva”, ya que estaba convencido de que algunos fenómenos no podían ser explicados de manera individual, debido a que la sociedad proporcionaba a través de dichas representaciones la matriz de la cual las personas producían sus representaciones individuales que se definían como una expresión particularizada y adaptada a las características de cada individuo.

Tiempo después, Moscovici (1976) empleó por primera vez el término de representación social y expuso la forma en que una nueva teoría científica, política o técnica, al darse a conocer dentro de una cultura determinada, va transformando la manera en que la gente se ve a sí misma y en general al mundo en que vive.

1.2 Concepto de representación social.

El estudio psicosociológico de la construcción del conocimiento, se sitúa en el presente de los discursos, las prácticas y las representaciones, integrando la consideración de su génesis y su arraigo en el pasado. Esta articulación de lo social, lo cultural y lo histórico en el enfoque del sentido común y de su puesta en obra por los individuos o en la interacción, parece igualmente necesario cuando consideran los límites que el análisis de una situación social concreta impone la aplicación de un enfoque de la construcción de mundos sociales fundada en la interacción. En cuanto al enfoque de las representaciones sociales, éste toma en cuenta la incidencia que las relaciones sociales concretas en una colectividad dada pueden tener sobre la construcción del conocimiento, relacionado con el contenido y funcionamiento de este conocimiento no solo a interacciones sociales, sino a relaciones entre grupos distintos y a relaciones de poder que repiten las dimensiones histórico-culturales (Jodelet, 2000).

Con Moscovici (1976), las representaciones sociales son concebidas como estados creados dentro del curso de las comunicaciones interpersonales, y tienen por función la elaboración de comportamientos y la comunicación entre los individuos. Más tarde, Jodelet (1984) viene a definir las como modalidades del pensamiento práctico orientadas alrededor de la comunicación, la comprensión y el dominio del medio social y material.

Moscovici (1988) señala la existencia de tres modalidades de representaciones:

1. **Hegemónicas:** correspondientes a las representaciones compartidas por todos los miembros de grupos altamente estructurados, que predominarían implícitamente en las prácticas simbólicas o afectivas; parecen uniformes y coercitivas.
2. **Autónomas o emancipadas:** que resultan de la circulación del conocimiento y de las ideas de grupos que mantienen contacto, no poseyendo un carácter homogéneo.
3. **Polémicas:** que surgen en el conflicto y la controversia social, no creando unanimidad, al ser producto de relaciones antagónicas entre grupos, excluyéndose mutuamente.

Por su parte, Di Giacomo (1980) las define como modelos imaginarios de evaluación y de explicación de las realidades entre sujetos sociales, particularmente entre grupos, que conducen hacia normas y decisiones colectivas de acción. Esto significa que las representaciones sociales proveen de información, desde su función estructurante y jerarquizada, predisponiendo la actitud que el sujeto toma frente a los fenómenos y objetos sociales de la realidad social. A su vez, Abric (1987) considera la noción de representación social como el producto y el proceso por el cual un individuo en un grupo reconstituye la realidad.

Toda representación social, según Jodelet (1986), es una representación de algo y de alguien, es un acto de pensamiento por medio del cual un sujeto se relaciona con un objeto, por lo que la representación es el representante mental de algo, ya sea objeto, persona, acontecimiento, idea, etc.; implicando que la representación está relacionada con lo simbólico, ya que sustituye simbólicamente algo ausente en algo presente haciendo así que

toda imagen corresponda a un significado y a todo significado corresponda una imagen, no siendo una mera reproducción del objeto sino toda una construcción de él. La representación conlleva categorías que la estructuran y expresan, y son tomadas de un fondo de cultura común: el lenguaje.

Se refieren a un objeto particular y siempre pueden ser asignados a agentes sociales específicos, son siempre representaciones de algo que construye alguien, ya sea grupo, persona o categoría social excluyendo la probabilidad de que existan representaciones sociales que se encuentren socialmente indiferenciadas en cuanto a sus portadores (Ibañez, 1988). Transmite una concepción acerca de la naturaleza del pensamiento social y un conjunto de proposiciones específicas acerca de los procesos en el trabajo del pensamiento social (Ibañez, 1992).

Para Rouquette (1993) se trata de una 'configuración discursiva' cuyo estudio requiere de una concepción que combine lingüística, epistemología e historia; por lo que resulta necesario complementar la tradicional técnica del análisis de contenido con otras más, que permitan validar la información que se obtiene a través de este procedimiento. En ese sentido, señala que las diferencias en frecuencias temáticas no necesariamente implican diferencias estructurales en la representación.

Moscovici (1984) habla acerca de la organización de las representaciones sociales en *themata* los cuales son suficientemente generales para incluir varias representaciones del mismo tipo o de uno similar. Un *themata* es un cuerpo de conocimiento específico para una representación social, una estructura cognitiva coherente de todo el conocimiento social.

La representación es un proceso de reconstrucción de lo real, puesto que actúa en el mismo momento, tanto en el estímulo como en la respuesta, negociando con la primera en la medida en que modela y da forma a la segunda, lo que permite al individuo o al grupo poseer un sistema organizado de valores, nociones, reglas y prácticas con las cuales podrá orientarse en su contexto tanto material como social y dominarlo; al mismo tiempo será un medio para sus intercambios y una organización de sus conocimientos que le permite dominar y clasificar con claridad el mundo que le rodea, así como su historia individual o colectiva (Moscovici, 1976).

La representación social es uno de los instrumentos que permite al individuo o al grupo conocer su entorno, siendo el primer nivel en el cual le son accesibles las estructuras sociales y en el que dicha representación cumple un papel fundamental en la formación de las comunicaciones y las conductas sociales (Flores, 2001). Moscovici (1984) plantea que la forma en que se concibe la sociedad se expresa por medio de lo que él llama universo rectificado y universo consensual. El primero, se refiere a la percepción de la sociedad como aquello que no se modifica, que no posee identidad propia, que se define por su carácter prescriptivo en la construcción de los procesos sociales. El segundo, se representa como algo visible, con movimiento y significado propio, el sujeto observa que el universo reacciona y se construye de la misma forma que él.

Por su parte, Doise (1985) apunta que ellas organizan los procesos simbólicos que intervienen en las relaciones de comunicación, por lo que resulta fundamental considerar que éstas siempre se encontrarán influidas y dominadas por el lenguaje, así como por estados psíquicos que se traducen en productos de acción y de comunicación humana.

Ibáñez (1988) menciona al respecto que la información que surge de un contacto directo con el objetivo, y de las prácticas que uno desarrolla en relación con ella, tiene propiedades bastante distintas de las que presenta la información recogida por medio de la comunicación social.

Jodelet (1989) considera que deben abordarse articulando elementos afectivos, mentales y sociales, integrando la cognición al lenguaje, a la comunicación y a las relaciones sociales que afectan las representaciones sociales y la realidad material, social e idéntica sobre la cual ellas intervienen.

Las emociones y afectos conducen a reprimir contenidos específicos que son escindidos del campo de informaciones al que podemos acceder. Estos procesos de ocultamiento (consciente) o represión (inconsciente) de informaciones se hacen particularmente evidentes en las representaciones de objetos o situaciones con una alta carga emocional, por ejemplo, el VIH/SIDA. Esta teoría representacional ha posibilitado la interpretación de procesos en los que intervienen elementos de naturaleza afectiva, cognitiva, ideológica y social.

Si partimos del supuesto de que ellas hacen posible clasificar personas y objetos, comparar y explicar comportamientos insertándolos de hecho y de derecho en nuestro marco social (Moscovici, 1988), es posible utilizar el concepto de representación social para investigar acerca de la construcción de significados sociales que subyacen a los comportamientos de los individuos. En este sentido, debe quedar claro que al estructurarse la representación social alrededor de objetos y conocimientos provenientes de un marco ideológico y científico podemos tener acceso al conocimiento y evaluación mediante el cual el estereotipo de un fenómeno se convierte en creencias que delimitan y definen conductas.

Este concepto indica una específica forma de conocimiento, por ejemplo, el conocimiento del sentido común, los contenidos del cual revelan la operación de procesos que son generativos y sirven para distintos propósitos sociales. De manera más general indican una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales son formas prácticas y comunicables de pensamiento orientado hacia un entendimiento y dominio del medio ambiente (Bergman, 1999).

Los procesos de comunicación son centrales dentro de esta teoría, ya que éstos son interpretados como significados compartidos y representan el significado comunicado: se comunica una imagen que constituye una construcción compartida de la realidad. Según Moscovici (1984) implica divergencia, concurrencia, conflicto entre representaciones; y ese conflicto aparece particularmente agudo durante periodos de cambio social. Modificar una

representación es siempre un proceso largo no menos que difícil; se altera en efecto de descomponer eso que anteriormente ha sido construido.

El concepto de representación social es multifacético. Por un lado, es concebida como un proceso de comunicación social y discurso en el transcurso en el cual los significados y objetos sociales son generados y elaborados. Por el otro, se les ha visto como estructuras individuales de conocimiento, símbolos y afecto las cuales se comparten con otras personas en un grupo o una sociedad (Wagner, 1995).

1.2.1 Representaciones como sistema sociocognitivo.

Las representaciones sociales poseen dos componentes, uno cognitivo y uno social. Lo primero, porque supone a un sujeto activo con una 'textura psicológica' sometida a las reglas que rigen los procesos cognitivos; lo segundo, porque la puesta en práctica de esos procesos cognitivos está determinada directamente por las condiciones sociales en que una representación se elabora o transmite. Esta dimensión social genera que las reglas puedan ser muy distintas a la 'lógica cognitiva' (Abric, 1994).

Su sistema de precodificación de la realidad es una guía para la acción, es decir, un proceso orientador que resulta de tres factores esenciales:

- Interviene directamente en la definición de la finalidad de la situación, determinando el tipo de gestión cognitiva que el sujeto adoptará y las tareas que efectuará en esa situación.
- Produce un sistema de anticipaciones y expectativas, actúa sobre la realidad seleccionando y filtrando las informaciones e interpretaciones con objeto de volver a esa realidad conforme a la representación.
- Refleja la naturaleza de las reglas y lazos sociales, volviéndose prescriptiva de comportamientos o prácticas obligadas, definiendo lo lícito, tolerable y aceptable en un contexto social dado.

La representación no es un simple reflejo de la realidad, sino una organización significativa. Esta significación depende de los factores contingentes o circunstancias - naturaleza y obligaciones de la situación, contexto inmediato, finalidad de la situación- y factores más generales que rebasan la situación misma: contexto social e ideológico, lugar del individuo en la organización social, historia del individuo y del grupo, desafíos sociales, entre otros (Flament, 1994).

Para Abric (1994) funciona como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos con su entorno físico y social, ya que determina sus comportamientos o sus prácticas. Es una guía para la acción, orienta las acciones y las relaciones sociales. Es un sistema de precodificación de la realidad puesto que determina un conjunto de anticipaciones y expectativas.

Si bien uno de sus componentes fundamentales es su significación, esta es determinada doblemente por efectos del contexto en dos vertientes: el discursivo y el social. El primero, se refiere a la naturaleza de las condiciones de la producción del discurso, a partir del cual se formula o descubre una representación; es necesario analizar sus condiciones de producción y tener en cuenta que la representación recabada se produce en situación, para un auditorio, a quien pretende argumentar y convencer y que su significación dependerá por lo menos en parte de las relaciones concretas que se verifican en el tiempo de una interacción (Arruda, 2000). El segundo, implica tanto el contexto ideológico como el lugar que el individuo o grupo respectivo ocupa en el sistema social. La significación estará entrelazada o anclada siempre en significaciones más generales que intervienen en las relaciones simbólicas propias al campo social dado (Doise, 1992).

La representación es informativa y explicativa de la naturaleza de los lazos sociales, intra e intergrupos, y de las relaciones de los individuos con su entorno social. Por eso es un elemento esencial en la comprensión de los determinantes de los comportamientos y las prácticas sociales. Por sus funciones de elaboración de un sentido común, de construcción de identidad social, por las expectativas y las anticipaciones que genera, está en el origen de las prácticas sociales.

1.2.2 La representación social como doble sistema.

Sus componentes: el núcleo central y los elementos periféricos funcionan como una entidad en la que cada parte tiene un papel específico complementario a la otra; su organización y funcionamiento están regidos por un doble sistema (Abric, 1993):

1. El sistema central, está directamente asociado a valores y normas, define los principios fundamentales alrededor de los cuales se constituyen las representaciones. Es la base que define la homogeneidad de un grupo mediante comportamientos individualizados que pueden aparecer como contradictorios. Desempeña un papel esencial en la estabilidad y coherencia de la representación, garantiza su perennidad y conservación en el tiempo; se inscribe en la duración, y por eso entendemos que evoluciona en forma muy lenta.
2. El sistema periférico está asociado a las características individuales y al contexto inmediato y contingente en el que están inmersos los individuos. Permite una adaptación, una diferenciación en función de lo vivido, una integración de las experiencias cotidianas. Mucho más flexible que el anterior, lo protege al darle la oportunidad de que integre informaciones y prácticas diferenciadas, permitiendo la aceptación en el sistema de representación de cierta homogeneidad de contenido y de comportamiento. Es fundamental, puesto que asociado con el sistema central facilita anclarse a la realidad.

Es la existencia de ese doble sistema lo que permite entender una de las características esenciales de la representación social que podría aparecer como contradictoria: son a la vez estabilidad y movilidad, rigidez y flexibilidad. Lo primero porque están determinadas por un núcleo central profundamente anclado en el sistema de valores compartido por los miembros

del grupo; lo segundo porque son alimentadas de las experiencias individuales e integran los datos de lo vivido y de la situación específica, al evolución de las relaciones y de las prácticas sociales en las que los individuos o grupos están inscritos (Abric, 1996).

Otra característica aparentemente contradictoria, es que esas representaciones son alcanzadas por consenso, y a la vez marcadas por fuertes diferencias interindividuales. Doise (1985) propone definir las como principios generadores de tomas de posiciones relacionadas con inserciones específicas en un conjunto de relaciones sociales y organizadas por los procesos simbólicos que intervienen en esas relaciones. En cuanto a los principios organizadores, sugiere que probablemente se trata de principios de oposición, jerarquización, dicotomía, adaptación y asimilación; atribuye igual importancia al proceso de diferenciación categorial considerándolo como un principio útil para dar cuenta de las representaciones sociales elaboradas en un contexto de relaciones intergrupos.

1.2.3 Representación social: distinción entre procesos y contenidos.

De acuerdo a Moscovici y Jodelet, las representaciones sociales deben ser analizadas en relación con los procesos de las dinámicas social y psíquica, puesto que se debe tener en cuenta, por un lado el funcionamiento cognitivo y el del aparato psíquico; por el otro, el funcionamiento social, de los grupos y de las interacciones en la medida en la que ellas afectan la génesis, estructura y evolución de las mismas (Jodelet, 1989).

Para Wagner (1992) existen procesos cognitivos paralelos entre el enfoque de las representaciones sociales y el de la cognición social, tales como: asimilación, contraste, esquemas, prototipos, atribuciones; en cognición social son comparables al anclaje, las propiedades estructurales del núcleo central, y las funciones explicativas de las representaciones. Sin embargo, en lo que concierne al contenido y el anclaje social de los sujetos no hay procesos paralelos.

Moscovici (1984) invita a terminar con la separación entre procesos y contenidos del pensamiento social, separación según la cual los procesos serían generales e invariantes mientras que los contenidos estarían culturalmente determinados.

Para Spink (1993) el contenido puede enfocarse sobre lo permanente, como en la investigación históricamente orientada, o sobre lo diverso, y el proceso puede restringirse a los aspectos sociocognitivos de procesamiento de la información o restringirse a la funcionalidad de las representaciones sociales en la creación y mantenimiento de las prácticas sociales.

Jodelet (1986) señala que las representaciones sociales son abordadas a la vez como el producto y el proceso de una actividad de apropiación de la realidad exterior al pensamiento y la elaboración psicológica y social de esa realidad. Es decir, le interesan una modalidad de pensamiento, bajo su aspecto constituyente -los procesos- y constituido -los productos o

contenidos. El pensamiento constituyente, es procesual y el pensamiento constituido, es el contenido que se organiza alrededor de una estructura.

Para Doise (1982; citado en Costalat, 1995) existen cuatro niveles de construcción jerárquica que permite comprender la relación de las representaciones sociales, estableciendo una organización que toma su punto de partida en lo individual que desemboca en lo colectivo:

1. Los procesos intra-individuales: donde la interacción entre el individuo y su medio social no se aborda, se refiere a los mecanismos que le permiten a los individuos organizar sus experiencias, además de facilitar la integración de los elementos de información sobre el equilibrio cognitivo.
2. Los procesos inter-individuales: se interesa en los procesos que toman en cuenta el contexto. Se sitúa en los niveles de interacción entre los individuos de un grupo.
3. El nivel posicional: pone en evidencia la importancia de la posición social que influye en las relaciones individuales, señalando la conexión entre los dos niveles anteriores.
4. El último constituido por las ideologías, los sistemas de valores, las creencias y las representaciones, las evaluaciones y las normas que justifican el orden establecido por las relaciones sociales.

Dos aspectos de la representación social (proceso y contenido) se han aprendido a través y con la ayuda de un material verbal, ya que se encuentra influida y dominada por el lenguaje, y porque la única manera que poseen los sujetos y los grupos de apropiarse el universo exterior es a través de la transformación de un conocimiento en un conocimiento directo. La representación implica una posibilidad de actuación, de hacer suyo el universo exterior y buscar un sentido en el cual se puedan inscribir las acciones, procesando esa información exterior a partir de su propia subjetividad y afectividad (Flores, 1997).

De acuerdo a Banchs (2000), aunque es deseable el estudio simultáneo de contenidos y procesos representacionales son muy pocos los casos en que se logra un enfoque que los integre a ambos. Aunque las formulaciones teóricas al hablar de procesos toman en cuenta la doble vertiente social e individual, el proceso de construcción mental y social; muy pocos estudios se centran en los procesos de construcción social. Cuando se enfocan los contenidos de las representaciones, se hace contrastando contenidos y procesos en términos de que los primeros son productos constituidos y estables, los segundos son dinámicos, constituyentes y cambiantes.

1.3 Origen de las representaciones sociales.

La aparición de la teoría de las representaciones sociales impactó el estado general de la disciplina, ya que contribuyó a la crisis y al cuestionamiento de la psicología social, al criticar Moscovici las tradicionales dicotomías de sujeto-objeto, teoría-método e individuo-social; postulando que las sociedades tienen una historia enraizada en los fenómenos

psicológicos, construyéndolos y dándoles significado (Allansdottir, Jovchelovich y Stathopoulou, 1993).

Moscovici (1976) señala la existencia de una determinación social lateral (micro) y otra central (macro) de las representaciones. La primera se relaciona con nuestros grupos de pertenencia, nuestra ubicación dentro de una parcela particular del mundo, la segunda se refiere a nuestra pertenencia a una nación, país, una cultura con una historia y una memoria social que atraviesa las representaciones. Ahora bien, no se deben entender en un sentido causal unidireccional, pues a la par que el individuo se constituye y constituye sus representaciones, también constituye su mundo social, construye y reconstruye permanentemente tanto su propia realidad social como su propia identidad personal.

Para Wagner (1992) las representaciones sociales están interesadas en la cultura y la ideología. Considera que los contenidos sociales y culturales caracterizan, definen, y diferencian las entidades sociales haciendo de ellas la entidad específica que son.

Éstas se construyen a partir de una serie de materiales de muy diversa procedencia, gran parte de los cuales provienen de un fondo cultural común acumulado en la sociedad a lo largo de su historia; la cual circula por los grupos sociales en forma de creencias ampliamente compartidas, de valores básicos y de referencias históricas, económicas y culturales que conforman la llamada memoria colectiva de una sociedad (Ibañez, 1988).

Las condiciones sociales en las cuales una representación es elaborada son determinantes al entrar en juego con los procesos cognitivos. Así, su lógica es específica, una lógica sociocognitiva que busca la integración de lo racional y lo irracional, pareciendo ser contradictorio, se trata de un particular modo de pensamiento el cual comienza con soluciones o tomar una posición para definir el problema o el objeto (Abric, 1996).

Se pueden formular tres hipótesis para explicar su producción y expresión mediante las palabras (Moscovici, 1984):

- Volver deseable una realidad objetiva indeseable.
- Resolver en términos de estabilidad y equilibrio las situaciones de tensión y desequilibrio emocional y cognitivo.
- Presentar informaciones, después de haber sido manipuladas, y ejercer de cierta manera, su control sobre los comportamientos.

Una representación social enmarca el contexto del conocimiento social y posee una naturaleza simbólica, es decir, que se construye a partir de una experiencia que introduce una relación con el medio circundante. La relación social que se construye cotidianamente y en que participa de una u otra manera lleva implícita la formulación de categorías que se constituyen de manera espontánea y que dan cuenta de la forma en que se percibe el mundo; en pocas palabras crea un pensamiento social, un conocimiento colectivo. La comprensión de procesos subjetivos de la construcción del pensamiento delimita el campo de interacción; lo psicosocial es interactivo y relacional al ser un conjunto de hechos y procesos que se

producen en consecuencia de las relaciones que se establecen entre las propiedades y los fenómenos sociales. El concepto se nutre simultáneamente de elementos de diversa naturaleza: procesos cognitivos, inserciones sociales, factores afectivos y sistemas de valores. Se encuentra conectado a las estructuras sociales y lo hace desde la unificación de su propia identidad simbólica con las prácticas y posiciones sociales (Flores, 2001).

De acuerdo con Ibáñez (1988) es un pensamiento constituido y constituyente; lo primero, porque se transforman efectivamente en productos que intervienen en la vida social como estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta la realidad; lo segundo, porque no solo reflejan la realidad, sino que intervienen en su elaboración, es un concepto cuya movilidad permite deducir el pensamiento colectivo de acuerdo con los cambios naturales inherentes al engranaje social.

1.4 Formación de las representaciones sociales.

Como lo indica Moscovici (1984) existen dos procesos principales que explican como lo social transforma un conocimiento en representación y como esta representación transforma lo social. Estos procesos se refieren a la elaboración y al funcionamiento de una representación social manifestando la interacción entre la actividad psicológica y las conductas sociales. Dichos procesos son la objetivación y el anclaje.

1.4.1 Objetivación.

La objetivación es el proceso mediante el cual convertimos lo abstracto en algo concreto, es dar una correspondencia a imágenes con palabras, “es reabsorber un exceso de significados materializándolos” (Moscovici, 1976: 481). Como nos explica Jodelet (1986) existen tres fases dentro de este proceso:

- ❖ La construcción selectiva, en la que hay una selección y descontextualización de los elementos de la teoría, es decir, las informaciones sobre un objeto determinado son seleccionadas en función de criterios culturales y normativos, dicha selección consiste en retener ciertos elementos de la información, rechazando otros que pasan desapercibidos. Los elementos que quedan pasan por un proceso de transformación para que se puedan ensamblar en las estructuras de pensamiento que ya habían sido construidas por el sujeto.
- ❖ La formación de un núcleo figurativo, en donde los elementos de la representación se distribuyen en forma de esquema para facilitar la comprensión de sus relaciones y funciones; se organizan para formar una imagen del objeto, la cual repercutirá sobre el conjunto de la representación proporcionándole un significado global.
- ❖ La naturalización es la transformación de los elementos de la representación en seres de la naturaleza, es decir, atribuirle plena existencia fáctica. Una vez constituido, el núcleo figurativo tiene toda la fuerza de los objetos naturales, existe en el mundo físico, es real, tangible. Los fenómenos adquieren un estatus de evidencia, lo que integra a sus elementos en una realidad de sentido común.

1.4.2 Anclaje.

Moscovici (1988) describe que el proceso de constitución de una representación es la siguiente: un objeto (locura, sida) llega a ser parte de intercambios si se engancha a un tema (anomalía, desviación, contagio) el cual constituye de algún modo un contenido virtual de esta representación. Dicho contenido puede llegar a ser real a través del proceso de anclaje, una función que ancla el tema a un contexto o a una red de significados.

El anclaje “es un proceso que se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto” (Jodelet, 1984: 486), esto es, el proceso mediante el cual integramos en nuestro sistema particular de conceptos, nuevos conocimientos de tal manera que somos capaces de ubicarlo dentro de un contexto familiar; nos permite integrar objetos que no son familiares en las categorías ya conocidas para interpretar y dar sentido a los nuevos objetos que encontramos en el campo social. Los valores impuestos en un grupo o sociedad contribuyen a crear alrededor de las representaciones una red de significados que les permitan a los individuos evaluarlas y situarlas como hechos sociales.

Al tomar en cuenta que la integración de un conocimiento novedoso a los sistemas de pensamiento preexistentes produce modificaciones, es importante considerar cómo los diferentes grupos sociales dan sentido a los distintos elementos de la representación, siendo determinante la situación social, cultural, educativa, política y económica en el que se encuentren inmersos.

Este proceso se realiza, por lo tanto, clasificando objetos, eventos, personas y dando un nombre a partir de la teoría sobre la sociedad y sobre la naturaleza del hombre, que el individuo utiliza y coloca dentro de sus acciones cotidianas. Pero clasificar y nombrar es posible con la condición de disponer de un conjunto de prototipos con los cuales se comparen los nuevos clasificados para establecer una relación favorable o desfavorable con ellos (Pereira de Sá, 1994).

Para Molinari y Emiliani (1996) el proceso de anclaje responde a:

- a. La integración de conocimiento, en términos de clasificación y denominación dentro de categorías bien conocidas.
- b. La asignación del significado de todos los elementos, tanto centrales como periféricos de una representación.
- c. La instrumentalidad del conocimiento, dado por el hecho de que la organización de las representaciones refleja dinámicas sociales específicas a la cual es funcional.

En esta distinción se pueden encontrar aspectos de la aproximación estructural (la distinción en elementos centrales y periféricos) y la perspectiva sociodinámica (especialmente en la instrumentalidad del conocimiento).

Hace algunos años, Doise (1992) propuso una distinción del proceso de anclaje en tres tipos:

- a. Anclaje psicológico: descrito como el vínculo entre las opiniones expresadas hacia las prácticas actuales y el conocimiento más general del mismo tema.
- b. Anclaje sociológico: es cuando el conocimiento o representación son moldeados por las inserciones sociales de grupos de sujetos.
- c. Anclaje psicosocial: considera el funcionamiento sociocognitivo y la dinámica social, aquí las representaciones sociales son reguladas por la identidad dinámica debido a la hipótesis de los múltiples roles sociales.

1.5 Organización y estructuración de las representaciones sociales.

La representación está constituida por un conjunto de informaciones, creencias, opiniones y actitudes al propósito de un objeto dado. Se organiza y estructura de modo que sus análisis y la comprensión de su funcionamiento necesitan obligatoriamente de una doble identificación: la del contenido y de la estructura. Sus elementos constitutivos son jerarquizados, asignados de una ponderación y mantienen entre ellos relaciones que determinan la significación y el lugar que ocupa en el sistema representacional. Su organización presenta una modalidad particular donde los elementos no solo están jerarquizados sino organizados alrededor de un núcleo central, constituido por uno o varios elementos que le dan significación (Abric, 1976).

Para Abric (1993) las características de sistema central y el periférico de una representación se pueden resumir de la siguiente manera:

Sistema Central	Sistema periférico
Vinculado a la memoria colectiva y a la historia del grupo.	Permite la integración de experiencias individuales a la historia pasada.
Consensa y define la homogeneidad del grupo.	Soporta la heterogeneidad del grupo.
Estable, coherente y rígido.	Flexible, sostiene las contradicciones.
No es muy sensible al contexto inmediato.	Sensible al contexto inmediato.
Tiene como funciones: generar el significado de la representación, así como determinar su organización.	Tiene como funciones: permitir la adaptación a una realidad concreta, además de contener las diferencias y proteger al sistema central.

Para Guimelli (1994) el análisis estructural de las representaciones sociales se funda en dos dominios de estudio complementarios: el de las relaciones entre los elementos y el del papel de la centralidad de ciertos elementos que parecen organizar la totalidad del campo representacional.

1.5.1 El núcleo central.

Cuando un individuo percibe su entorno social, se esforzará por dar sentido a la diversidad de los estímulos inmediatos, focalizando sobre los núcleos unitarios para atribuirles un significado. En ese proceso de percepción social aparecen así, elementos centrales constitutivos del pensamiento social, que permiten poner en orden y entender la realidad vivida por los individuos o los grupos (Abric, 1994).

La idea del núcleo, como la de la centralidad, se encontrará en el trabajo de Moscovici (1976) sobre el psicoanálisis. Para este autor, el paso del concepto 'psicoanálisis' a su representación social se efectúa a través de operaciones, de etapas sucesivas. La primera fase de la elaboración de esta representación constituirá para los individuos involucrados en retener de manera selectiva una parte de la información que circula en la sociedad a propósito del psicoanálisis, para desembocar en un arreglo particular de conocimientos respecto a este objeto. Este proceso llamado objetivación permite pasar de la teoría científica a lo que se denomina 'núcleo figurativo', esquematización de la teoría que se sustenta sobre la selección de algunos elementos concreto. Además de que son seleccionados y clasificados, estos elementos son 'descontextualizados', es decir, disociados del contexto que los produjo, adquiriendo así, una autonomía mayor, que aumenta su posibilidad de utilización para el individuo. Luego el núcleo es simple, concreto, gráfico y coherente, corresponde igualmente al sistema de valores al cual se refiere el individuo, es decir, que lleva la marca de la cultura y de las normas del entorno social.

El núcleo central es un elemento fundamental de la representación puesto que determina la significación y organización de ésta; garantizando así dos funciones esenciales (Abric, 1987):

- Generar: al ser el elemento mediante el cual se crea y/o transforma la significación de los otros elementos constitutivos de la representación. Es por su conducto que esos elementos toman un sentido, un valor.
- Organizar: al ser el núcleo central el que determina la naturaleza de los lazos que unen, entre ellos los elementos de la representación, convirtiéndose así, en un elemento unificador y estabilizador de ella.

Una propiedad que posee es la resistencia al cambio. El núcleo central es el elemento más estable de la representación, el que garantiza su permanencia en contextos movibles y evolutivos. Para trasformarla es necesario realizar una modificación al núcleo central.

Según la naturaleza del objeto y la finalidad de la situación, el núcleo central podrá tener dos dimensiones distintas (Abric, 1994; 1996):

1. La dimensión funcional, en la cual sean privilegiados los elementos que resulten de mayor importancia en la realización/ejecución de una tarea

2. La dimensión normativa, en aquellas situaciones donde intervienen dimensiones socioafectivas, sociales e ideológicas; se puede pensar que una norma, estereotipo o actitud fuertemente marcados estarán al centro de la representación.

Para Guimelli (1993) el núcleo central está compuesto de un pequeño número de elementos los cuales se organizan para conformar la representación, determinando su significación y esta propiedad esencial parece ser estable. El núcleo central también se considera el lugar del consenso de la representación.

1.5.2 Elementos periféricos.

Los elementos periféricos se organizan alrededor del núcleo central, su presencia, ponderación, valor y función están determinados por el núcleo. Constituyen lo esencial del contenido de la representación, su lado más accesible, pero también lo más vivo y concreto. Abarcan informaciones retenidas, seleccionadas e interpretadas, juicios formados respecto al objeto y su entorno, estereotipos y creencias. Estos elementos están jerarquizados, es decir, que pueden estar más o menos cercanos a los elementos centrales: próximos al núcleo, desempeñan un papel importante en la concreción del significado de la representación, más distantes de él ilustran, aclaran y justifican esta significación. Constituyen la interfase entre el núcleo central y la situación particular en la que se elabora la representación y responde a tres funciones esenciales (Abric, 1994):

1. **Concreción:** Los elementos son integrados de la situación en que la representación se produce, hablan del presente y de lo vivido por el sujeto; directamente dependiente del contexto, resultan del anclaje de la representación a la realidad y permiten revestirla en términos concretos, comprensibles y transmisibles de inmediato.
2. **Regulación:** Al ser más flexibles que los elementos centrales, desempeñan el papel esencial en la adaptación de la representación a las evoluciones del contexto. Los elementos susceptibles de poner en duda los fundamentos de la representación podrán ser integrados, ya sea otorgándoles un estatuto menor o reinterpretándolos en el sentido de la significación central.
3. **Defensa:** El núcleo central de la representación resiste al cambio, puesto que su transformación ocasionaría un trastorno completo. La transformación de una representación operará mediante la transformación de dichos elementos: cambio de ponderación, interpretaciones nuevas, deformaciones funcionales defensivas o integración condicional de elementos contradictorios. Es en el sistema periférico donde las contradicciones podrán aparecer entonces y ser sostenidas.

Flament (1989) considera que los elementos periféricos son esquemas organizados por el núcleo central, y que su importancia en el funcionamiento de la representación resulta de tres funciones que se le asigna:

- ❖ Son primeramente prescriptores de los comportamientos del sujeto, indican lo que es normal de hacer o decir en una situación dada, teniendo en cuenta la significación y la

finalidad de la misma, permitiendo así conducir las acciones o reacciones de los sujetos sin tener que acudir a las significaciones centrales.

- ❖ Permiten una modulación personalizada de las representaciones y de las conductas que les están asociadas. Una representación única puede dar lugar a diferencias aparentes, relacionadas con la apropiación individual o con contextos específicos, que serán traducidos por sistemas periféricos y comportamientos eventualmente diferentes; por supuesto, con la condición de que esas diferencias sean compatibles con un mismo núcleo central.
- ❖ Finalmente, los elementos periféricos protegen en caso de necesidad al núcleo central. Cuando este es amenazado, los esquemas normales se transforman en 'esquemas extraños' definidos por cuatro componentes: la evocación de lo normal, la designación del elemento extranjero, la afirmación de una contradicción entre esos dos términos y la racionalización que permita soportar.

1.6 Dimensiones de las representaciones sociales.

Según Moscovici (1976), existen tres ejes o dimensiones bajo las cuales se estructuran los componentes de la representación social:

1. La información se refiere a la cantidad y calidad de los conocimientos que las personas poseen sobre un objeto social dado que tanto las personas como los grupos disponen de una gran variedad de medios para acceder a la información, éstos inciden en la estructuración de las representaciones sociales, ya que la información recogida a través de la comunicación social posee diferentes características y propiedades de la información que surge del contacto directo con el objeto.
2. El campo de representación indica el orden y la jerarquización tanto del contenido de la representación como de los elementos que la configuran. Lo que le interesa es el tipo de organización interna que adoptan los elementos al quedar integrados dentro de la representación.
3. La actitud se manifiesta como la orientación o disposición positiva o negativa, favorable o desfavorable que tiene una persona frente a un objeto de representación. Orienta las conductas hacia el objeto representado involucrando afectivamente con mayor o menor intensidad a las personas. Cabe señalar que esta dimensión puede existir aun cuando la cantidad y la calidad de la información que una persona posee, sea reducida o su campo de representación se encuentre poco organizado.

1.7 Función de las representaciones sociales.

Las funciones de las representaciones sociales no se restringen a fines prácticos de entendimiento y coordinación de la acción, sino también a la elaboración reflexiva de la acción y el mundo. Los actores son considerados sujetos sociales competentes capaces no sólo

de categorizar y asimilar, sino también de particularizar y hacer valer posiciones alternativas (Rodríguez, 2003).

Una representación social tradicionalmente es comprendida como un sistema de valores, ideas y prácticas con una doble función: primero, establecen un orden que permita a los individuos orientarse ellos mismos y manejar su mundo material y social; y segundo, permitir que tenga un lugar la comunicación entre los miembros de una comunidad. Proveyéndoles un código para nombrar y clasificar diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (Moscovici, 1984).

Las representaciones sociales no serían tan significativas e importantes si no tuvieran una función en el comportamiento, ya que aún cuando su finalidad principal es la de orientar la conducta, tienen otras funciones (Paez, Ayesterán, Echeverría, Valencia, y Villareal, 1987; Ibañez, 1994; Peña, 1997; Farr, 1986 citado en Díaz, 1998), tales como las que se citan a continuación:

- **Conforman la realidad.** Al producir nuevas maneras de explicar la realidad, crean esquemas que se renuevan una y otra vez utilizando los esquemas previos; de esta manera los individuos tienen información y una actitud del medio social en el que se encuentran.
- **Intervienen en la comunicación social.** Sirven como medios para comunicarse, y forman parte de un lenguaje común, tienen como consecuencia que esta actividad resulte práctica al resumir una idea en pocos símbolos. Dichas representaciones hacen posible un intercambio verbal coherente entre los sujetos, ya que los comentarios que establecen diariamente los individuos necesitan mucho más que la utilización de un mismo código lingüístico, se requiere de compartir un trasfondo de representaciones sociales para hablar de una comunicación real entre los sujetos.
- **Integran novedades en el pensamiento.** Como procesos que abstraen parte de la realidad al mismo tiempo que la conforman, están en constante comprensión de los hechos sociales más recientes. La dialéctica entre acomodación y asimilación mantienen la estabilidad del pensamiento social, al mismo tiempo que transforman progresivamente las mentalidades; es decir, la adaptación a nuevas realidades sin que éstas transporten de manera permanente hacia situaciones totalmente extrañas.
- **Permiten asimilar la producción científica.** Muchos de los términos de origen científico son difíciles de asimilar y entender debido a su alta especialización, así que las representaciones sociales sirven como un medio codificador que pone a la ciencia al alcance de la comunidad, sin embargo, el costo es que en muchos de los casos proveen información minimizada del objeto científico, haciendo una representación “sencilla” del concepto. En la transformación de los nuevos conocimientos científicos en saber del sentido común a través de los procesos de objetivación y anclaje, el precio es una considerable distorsión ocasionada por el elevado grado de abstracción y complejidad de dichos conocimientos.

- **Dan identidad a los grupos y los configuran.** Una de sus tareas es la conformación de las identidades personales y sociales, así como la expresión y configuración de los grupos. Cuando un grupo comparte un repertorio común de representaciones surge en sus integrantes una toma de conciencia de pertenencia a un colectivo; la identidad de un grupo es un fenómeno diacrítico, es decir, no puede definirse si no es por sus diferencias con los otros grupos.
- **Orientan en el medio social.** Al producir los significados que las personas necesitan para comprender, actuar y desenvolverse dentro de su medio social, pueden describir, clasificar y explicar los fenómenos de las realidades cotidianas de tal forma que se elaboran normas de cómo actuar ante los objetos respecto el valor que estos tienen.
- **Establecen orden social.** Otra de las funciones es conseguir que las personas acepten la realidad social instituida, para que de esta manera el individuo se integre de forma satisfactoria a la condición social que corresponde a su posición y que contribuye a la legitimación y al establecimiento del orden social.

Como se puede observar, estas funciones resultan complejas, pero al mismo tiempo son esenciales en el comportamiento de los seres humanos.

1.8 Aproximaciones al estudio de las representaciones sociales.

A este respecto, Banchs (2000) identifica en el estudio de las representaciones sociales tres líneas: la primera, que parte de la complejidad de las representaciones, es la desarrollada por Denise Jodelet en estrecha cercanía con la propuesta original de Moscovici; la segunda, centrada en los procesos cognitivos, cuyo exponente es Claude Abric en torno al estudio de la estructura de las representaciones sociales con su teoría del núcleo central; y la tercera, más sociológica desarrollada por Willem Doise centrada en las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales. Así como, la existencia de dos modos de abordaje de las representaciones sociales que podrían identificarse uno como procesual y el otro como estructural.

1.8.1 Aproximación procesual.

El concepto 'proceso' identifica la esencia de este modo de aproximación, más centrado en el aspecto constituyente que en el aspecto constituido de las representaciones sociales. Este polo procesual es el que va más allá del interaccionismo simbólico, hacia una postura socioconstruccionista, ciertamente originada a partir de los postulados interaccionistas e influenciada por la literatura foucaultiana, sobre todo en términos de análisis del discurso (Banchs, 2000).

Spink (1993) define al objeto de estudio de las representaciones sociales como la actividad de reinterpretación continua que emerge de su proceso de elaboración en el espacio de interacción que lo constituye, siendo su real objeto de estudio la perspectiva psicosocial.

Este enfoque se caracteriza por considerar que para acceder a su conocimiento, se debe partir de un abordaje hermenéutico entendiendo al ser humano como productor de sentidos, y focalizándose en el análisis de las producciones simbólicas, de los significados, del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos construimos el mundo en que vivimos. Se privilegian desde este enfoque, dos vías de acceso al conocimiento: una a través de métodos de recolección y análisis cualitativo de datos; otra, la triangulación, combinando múltiples técnicas, teorías e investigadores para garantizar la confiabilidad en las interpretaciones. Usándose también para dar mayor profundización y ampliación al objeto de estudio. Otras características son su uso frecuente de referentes teóricos procedentes de la filosofía, lingüística, sociología; un interés focalizado sobre el estudio de las vinculaciones sociohistóricas y culturales específicas (Banchs, 2000).

1.8.2 Aproximación estructural.

Esta designación identifica claramente el objetivo y objeto de estudio. Se estudia la estructura de las representaciones sociales (objeto) a propósito de cualquier objeto de representación, con la finalidad de desarrollar la teoría del núcleo central de la representación (objetivo). Se focaliza sobre la estructura de las representaciones, haciendo uso del método experimental, análisis multivariados, técnicas correlacionales y ecuaciones estructurales, que permitan identificar esa estructura para desarrollar explicaciones acerca de las funciones de esa estructura (Banchs, 2000).

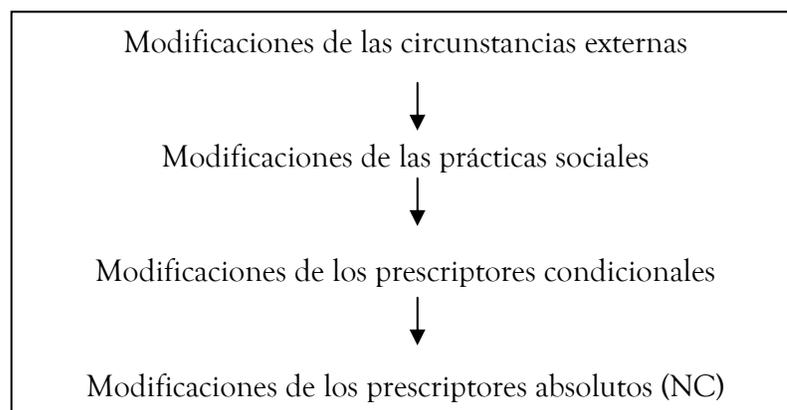
El estudio de los fenómenos cognitivos se realiza a partir de los contenidos representativos tratados, ya sea como campo estructurado o bien, como núcleo estructurante. En el primer caso se despejan los constituyentes de las representaciones (informaciones, imágenes, creencias, valores, opiniones, elementos culturales, ideológicos, etc.); en el segundo, se despejan las estructuras elementales alrededor de las cuales cristalizan los sistemas de representación (Jodelet, 1989).

A partir de los postulados iniciales de Moscovici se han desarrollado múltiples investigaciones empíricas y algunos aportes teóricos que van en una y otra dirección. A partir de la literatura se perfila una evolución hacia el polo estructural más que el procesual. Las publicaciones europeas, que constituyen más del 90% de publicaciones sobre representaciones sociales, aparecen con más frecuencia estudios estructurales que procesuales. Por el contrario, la información sobre investigaciones latinoamericanas, es limitada, encontrándose en México, Brasil y Venezuela presencia de ambos polos, siendo más frecuente el enfoque cercano a lo procesual (Banchs, 2000).

1.9 Representaciones sociales y prácticas sociales.

Abordando de una manera más amplia, el pensamiento práctico es aquello que emerge de las prácticas en vigor dentro de la sociedad y la cultura que la alimenta, se dice que se desarrollan al interior de prácticas socioculturales ejecutadas por tal o cual grupo, se conciben como esquemas de conducta, percepción y juicio. Las representaciones sociales no

son las reglas verbales que gobiernan el comportamiento, pero la acción de las primeras se debe a los últimos, es decir, se construyen a partir de la incesante conversación cotidiana que tiene su lugar dentro de la sociedad, el contenido de esta interacción tiene su origen primeramente en tanto que las reglas se desprenden de las prácticas (Pereira de Sá, 1994). Para Flament (1989) el esquema siguiente sintetiza la forma en que se transforman las representaciones sociales a la par que evolucionan las prácticas sociales:



En donde, las circunstancias externas son cualquier estado del mundo fuera de la representación social; las prácticas sociales se convierten en el enlace entre circunstancias externas y prescriptores internos de la representación social. Estos últimos son los comportamientos globales que evolucionan para adaptarse a los cambios de las circunstancias externas siendo los que determinan las prácticas.

Dentro de este proceso, Flament plantea la existencia de un 'principio elemental de economía cognitiva' que busca que las modificaciones cognitivas sean mínimas; esperando que los cambios incidan lo menos posible en los prescriptores absolutos, que sólo se modifiquen cuando los prescriptores condicionales sean modificados previamente de alguna u otra manera.

Parece ser que la evolución de las prácticas sociales es una determinante poderosa del cambio de estado de las representaciones sociales (Guimelli, 1994). Un tipo particular de su transformación fundada en la teoría de la activación (Flament, 1989; Guimelli, 1989) se puede resumir así:

- I. Las circunstancias externas, es decir, las que dependen de una causalidad ajena a la representación, se modifican. Es cuestión de la aparición de un suceso importante que cambie completamente el orden de las cosas. Es el conjunto de las condiciones que rodean e influyen al sujeto en sus relaciones habituales con el objeto que lo modifican.
- II. Progresivamente, las prácticas sociales ligadas al objeto de representación se modifican a su vez. Aparecen prácticas nuevas que se tornan cada vez más frecuentes en el grupo que busca adaptarse a la nueva situación generada por los cambios externos.
- III. En la medida en que las prácticas nuevas no están en contradicción con el estado inicial de la representación, el incremento en la frecuencia de las prácticas nuevas tiene por

efecto movilizar y activar prescripciones antiguas, ya presentes en el campo representacional, pero aplazadas por la ausencia de una práctica correspondiente. Probablemente éstas, generan a su vez prácticas nuevas, lo que de manera progresiva esta frecuencia y sostenimiento da mayor valor a las cogniciones que prescriben.

- IV. Las prescripciones activadas funcionan en un concepto único que se vuelve entonces el núcleo central de la representación y garantiza la coherencia del conjunto. La activación de los esquemas prescriptores de las nuevas prácticas y su integración en la estructura existente cambia el campo de representación en el sentido de complejidad creciente. Regresando al concepto de 'economía cognitiva' esta fusión es uno de los medios más económicos que existen para reducir y volver más simple el campo representacional.

1.10 Representación social del VIH/SIDA.

El VIH/SIDA es un tema que ha originado múltiples investigaciones con perspectivas epidemiológicas, biológico-médicas y psicológicas; sin embargo para poder entenderlo y enfrentarlo es necesario conocer cuál es la representación del VIH/SIDA en los diferentes grupos sociales.

La teoría de las representaciones sociales ha probado ser útil en la realización de diagnósticos psicosociales con respecto a importantes cuestiones del área de salud. Permite obtener un conocimiento socialmente compartido acerca de objetos relevantes y de esta forma ayuda en la implementación de programas de salud (Nascimento, Fontes y Costa, 1995).

En otros países, las investigaciones sobre la representación social del SIDA han sido realizadas en diferentes contextos sociales y culturales, siendo el SIDA representado como una epidemia causada por conductas inmorales, atribuidas a la responsabilidad personal de las víctimas, creyendo que el SIDA es confinado dentro de grupos pervertidos y que se está favor de la segregación, observando que la reacción que se tiene ante víctimas de VIH/SIDA se origina a partir del miedo a la infección basado en sistemas de creencias concernientes a las categorías sociales.

Mannetti y Pierro (1994) realizaron una investigación con trabajadores de la salud en Italia, en donde sus resultados contradicen los supuestos de que las reacciones negativas hacia las víctimas del SIDA son consecuencias del miedo a la infección y observaron que el significado relacionado entre la percepción del riesgo de la persona y la representación del SIDA emerge desde asociaciones libres, por lo contrario estos trabajadores quienes se sienten expuestos a un alto riesgo, son quienes manifiestan una gran intención de ayuda hacia las víctimas de SIDA.

Resultados similares fueron reportados en estudios previos en diferentes poblaciones italianas (Mannetti y Piero, 1994) en donde se concluyó que: a) las reacciones negativas hacia víctimas de SIDA no son funcionales para reducir el miedo y, b) la percepción del riesgo se muestra como un reconocimiento real de las posibles consecuencias de las conductas, hábitos

e intenciones de uno. Otro punto sobresaliente de esta investigación fue que con el objetivo de mejorar la calidad de la actitud hacia las víctimas de SIDA, se dieron algunos cursos al personal, sin embargo estos no redujeron el miedo, pero muestran bastantes direcciones de la representación general de la enfermedad y el vínculo que esta representación tiene con todo el sistema de representaciones preexistentes mostrado por los sujetos, por lo que para modificar la actitud hacia las personas que tienen el VIH/SIDA no sólo basta con información sino que es necesaria una modificación de su representación social.

En 1992, Breakwell y Fife-Schaw, realizaron un estudio longitudinal a través de cuestionarios para indagar la representación del VIH/SIDA; consistía en una serie de preguntas con las que se buscaba obtener aspectos que permitan identificarla, tales como: conocimiento de las rutas de transmisión, creencias acerca de las personas con SIDA, convicciones concernientes a la posibilidad de descubrir una cura y sentimientos acerca de las oportunidades propias de contraer el virus (incluyendo nivel de miedo). Un extenso conjunto de preguntas acerca de la actividad sexual (edad de la primera relación sexual, número de parejas, uso del preservativo, etc.) así como, autodescripciones de características dirigidas a conductas de riesgo. La tendencia de estos datos es clara: el grado de riesgo expresado se correlaciona con “menos seguro” en cuanto a mayor número de parejas y menos uso del condón. Se puede argumentar que las personas que respondieron al cuestionario están usando ambas características de descripción y el reporte de la conducta autocategorizada como riesgosa. El riesgo definido en términos de conductas y características atribuidas a uno mismo está positivamente correlacionado con la representación del VIH/SIDA la cual efectivamente disminuye los riesgos asociados. Los que corren riesgos son más propensos a sentir que una cura es factible, a pensar que es posible identificar a una persona que vive con SIDA con solo mirarla y que el tener relaciones sexuales únicamente con una pareja prevendrá la infección.

Uno de los más interesantes aspectos de la crisis del SIDA es su vinculación con la homosexualidad, el fenómeno del VIH, el virus que causa el SIDA, es frecuentemente pasado por alto. Un ejemplo lo encontramos en Herek y Capitano (1997) quienes reportan que un 46.2% de una muestra de personas norteamericanas consideran que los varones homosexuales que no están infectados con el VIH pueden transmitir el SIDA durante un encuentro sexual. Los actos homosexuales son vistos como ‘productores de SIDA’ aun cuando sean practicados entre parejas no portadoras.

Desde el comienzo, el SIDA ha sido establecido como controlable por las representaciones sociales que lo han limitado a identidades, a grupos de riesgo, en vez de a las conductas practicadas por cada quien. Tal representación facilita a quienes no forman parte de las identidades censurar y sentirse protegidos y a salvo; paradójicamente, la proyección de la culpa en el ‘otro’ hace a quien acusa más vulnerable al virus porque no sienten la necesidad de tomar precauciones contra él. Las representaciones sociales que vinculan al SIDA con los varones homosexuales sirven como una función defensiva, ya que protege de la amenaza potencial ‘el impacto de lo nuevo’. Cualquier estudio de representación social requiere la contextualización dentro del discurso institucional el cual establece los términos del debate que inspira a las representaciones sociales. Las campañas de SIDA en los medios

de comunicación dirigen a los discursos existentes, en los cuales lo gubernamental ve como graves para la salud de su audiencia, además de establecer los términos para futuros discursos (Joffe, 1995).

Aquellas personas que adquieren el VIH/SIDA convierten la representación del 'SIDA como castigo' a 'SIDA como regalo de Dios'; en vista de que es una enfermedad extremadamente seria que se acompaña de un inmenso estigma social prefieren delinear una visión positiva de su condición. Lo anterior probablemente ocurra (como en las enfermedades crónicas) ante el inminente sentimiento de la muerte, lo que intensifica el disfrutar y valorar su vida. En la mayoría de las personas que pertenecen a grupos estigmatizados hay esta tendencia a cultivar su vida espiritual (Hildebrant, 1992).

Desde el inicio de la epidemia, la colectividad recurrió a explicaciones sustentadas en mitos y creencias para otorgar un sentido que explicara lo inexplicable, descuidando frecuentemente la información esencial que ubicaba el origen de la enfermedad como consecuencia de infección por VIH. No cabe duda que a pesar de los enormes esfuerzos desplegados mundialmente en el sentido de generalizar la información con respecto a esta enfermedad, las originales explicaciones ingenuas todavía hoy influyen en la forma de percibir el objeto. Esto nos indica que los diversos significados que han modelado el objeto (información científica, mitos, creencias, prácticas, etc.) influyen en la manera en que los sujetos interpretan y llevan a cabo prácticas de prevención.

Uno de los postulados de la teoría moscoviana sustenta que los procesos de una representación social son indisolubles de sus contenidos y en este sentido la dimensión histórica es un elemento clave en la interpretación de los fenómenos representacionales (Moscovici, 1976).

El hecho de que el SIDA fuera vinculado con la homosexualidad, la toxicomanía, la prostitución, y en general con los grupos que posteriormente se denominaron de "alto riesgo" contribuyó a modelar un sentido del fenómeno relacionándolo al Otro, particularmente distante del Yo. Blanchet (1989 citado por Morin, 2001) en una investigación cuando planteó la siguiente pregunta: ¿Piensa usted que el SIDA sea un riesgo? para algunos grupos (84%), para la sociedad (70%), para usted mismo (40%).

Estas cifras permiten comprender cómo una determinada representación puede influir en los sujetos y orientar su práctica preventiva. Al percibir el SIDA como un alto riesgo para algunos grupos a los cuales el sujeto cree no pertenecer y al percibir que el riesgo para sí-mismo es menor que la percepción del riesgo para los otros, forzosamente estas formas de interpretación de la realidad se reflejan en la práctica de los sujetos y en su forma de interpretar la prevención.

En un estudio realizado entre estudiantes universitarios, población general y personal de salud, Ruiz (2000) encontró que el término SIDA estaba fuertemente asociado a emociones como tristeza, rechazo, y su adquisición se centraba en conductas sexuales como homosexualidad y prostitución.

En cuanto a la representación social del SIDA se han detectado dos sistemas de creencias diferentes y opuestas acerca de lo mismo, que corresponden a dos diferentes posiciones ideológicas y sociales: una representación moral y otra liberal. La primera atribuye la enfermedad a la crisis social y moral de la sociedad, asocia al SIDA con grupos ‘desviados’, como homosexuales y drogadictos; además está más a favor de prácticas preventivas, basadas en el aislamiento y represión de los grupos afectados, lo que al mismo tiempo implica ‘castigo’ que moralmente deben recibir los afectados. Esta representación es predominante en grupos de ideología conservadora y que no han tenido contacto con los llamados grupos de alto riesgo. La segunda, es compartida por grupos sociales con ideología liberal y que han tenido mayores niveles de contacto con grupos de alto riesgo; esta representación no utiliza explicaciones moralistas, desecha la discriminación y las formas represivas como métodos de control y pone énfasis en prácticas de riesgo, más que en grupos de riesgo. Tienen una concepción más realista de las condiciones de riesgo y creen menos en el contagio fácil del VIH (León, 2001).

En el caso de México, Orellan y González (1991) exploraron la representación social del SIDA en adolescentes, encontrando que ésta varía según el nivel sociocultural al que pertenecen las personas, para quienes tienen un nivel bajo (adolescentes de Neza), basan su representación en los aspectos sociales y cotidianos de la enfermedad, el SIDA para ellos es el resultado (castigo divino) de una conducta sexual anormal o desordenada, sin embargo para quienes tienen una mejor posición (adolescentes del Centro Activo Freyre) la representación social que tiene de SIDA es de tipo científico, basándose en aspectos biológicos de la enfermedad, además de que su representación está más integrada y sólida.

Jodelet (1991) encuentra una representación moral del SIDA con características similares a las referidas anteriormente y una representación biológica’ de la enfermedad. El elemento central de esta última es la creencia en la transmisión a través de líquidos corporales como la saliva o el sudor. Esta creencia se apoya en la posibilidad de transmisión del VIH a través de la sangre y el semen, lo cual despierta el resurgimiento de las creencias expresadas en la teoría de los humores. Esta representación biológica explica el temor al contagio fácil del SIDA. Señala Jodelet, que la falta de información precisa y la incertidumbre de la ciencia, favorecen el surgimiento de este tipo de representaciones las cuales se vinculan a valores y posiciones sociales, quienes cargan de diferente contenido a la palabra SIDA, a la enfermedad y a sus víctimas.

En el marco de una investigación llevada a cabo con una muestra de treinta estudiantes de ambos sexos, de quinto semestre de bachillerato de una escuela pública, con un promedio de edad de diecisiete años. Los resultados preliminares que aquí se exponen permiten realizar un esquema preliminar del modelo de la representación social del SIDA que articula esta población de jóvenes adolescentes (Díaz, 2001):

1. En cuanto a las actitudes hacia los recursos de prevención la muestra revela un conocimiento de diversos significados de la prevención, sin embargo estas nociones no surgen como centrales en la representación, es decir, el tema que genera el sentido de la

representación, y que consecuentemente determina su organización no es elemento del orden preventivo.

2. Respecto a la información, la muestra describe un conocimiento que manifiesta el impacto de las nociones científicas en el ámbito del sentido común. Se observan referencias a su grupo lo que demuestra que estos adolescentes se sienten aludidos con respecto al SIDA, no obstante la relación se establece en un nivel de abstracción: “la”juventud, “la” adolescencia, “los” hijos, “todos” expuestos, pero jamás “nosotros”.

3. Otro punto importante de subrayar es la escasa delimitación que se hace entre el VIH y el SIDA dando por entendido que se habla de lo mismo. Este matiz semántico devela un esquema cognitivo en el cual hay que profundizar, particularmente al momento de desarrollar estrategias preventivas para los jóvenes; es necesario lograr transmitir que a pesar de que el SIDA sea actualmente incontrolable al nivel de la colectividad (desde su cura), el contagio por VIH depende de una actitud personal. Son dos tiempos (colectivo e individual) del fenómeno que es necesario destacar.

4. El SIDA se ancla a la representación social de la enfermedad, heredando el conjunto de significados que han construido históricamente este objeto. Al concebir una causalidad exterior en los determinantes de la enfermedad y al cristalizar el SIDA en esta creencia, se instituye un significado de fatalidad que confunde la construcción de un sentido novedoso en que el sujeto puede a partir de sus propios recursos, incidir y determinar en el curso de los acontecimientos.

El núcleo cognitivo sobre el SIDA incluye la asociación entre sexo, enfermedad y muerte, su campo representacional se construye sobre la unidad transmisión-prevención, donde aparecen vinculados conceptos como virus, contagio, sexo, protección y condón, existiendo una actitud ambivalente para la prevención al resaltar situaciones donde consideran nula su capacidad para prevenir la transmisión; estando la utilidad del condón relacionada con la prevención del embarazo más que con las I.T.S.; concluyen que la representación social del SIDA se constituye por elementos de orden científico y de sentido común, basada en mitos, estigmas y miedos (Flores y Leyva, 2003).

Como se ha comentado a lo largo de este capítulo, la teoría de las representaciones sociales nos sirve para entender cómo los grupos elaboran significados de objetos, eventos, valores, creencias y fenómenos, en su trayectoria histórica y cultural, la forma en la cual las personas que viven y trabajan en prisión conceptualizan e interpretan el fenómeno del VIH/SIDA, en términos de su entendimiento, la comunicación y actuación cotidiana, cómo estructuran las nociones, imágenes y actitudes de este problema de salud, es lo que define sus planes de acción, por lo tanto, el poder acceder a ellos es una herramienta muy importante que permitirá la creación de estrategias que satisfagan sus necesidades en cuanto a este tema.

Estudiar las representaciones sociales implica sumergirse en ámbitos que se interrelacionan para fusionar: el lenguaje, el pensamiento y el comportamiento, ya que el significado de las normas sociales, de lo válido, de lo aceptado, se encuentra en las prácticas

sociales más que en la mente de sus actores, estas prácticas se articulan bajo las condiciones sociales que se viven dentro de escenarios particulares, en este caso, la prisión, la cual posee características propias e individuales a partir de las cuales quienes viven y trabajan en ella construyen su visión de ellos mismos, de los otros, de la vida, de la salud, etc.; interpretando la realidad.

No olvidemos que el uso de las representaciones sociales permite a las personas enfrentar la incomodidad o el miedo a lo desconocido, a lo extraño, al ser un proceso cognitivo-emocional, aspectos que se activan dependiendo del contexto en el cual las representaciones sean usadas y las circunstancias personales de quienes las elaboran.

Esta teoría permitirá entender cómo ese elemento extraño del VIH/SIDA ha irrumpido en la vida de quienes viven y trabajan en dos centros penitenciarios del Distrito Federal, cómo lo explican, en ese proceso constructivo que implica el ir y venir de imágenes y afectos, cuya lógica no es racional, por lo que sus contenidos no son susceptibles de un análisis lógico-deductivo, por eso pueden ser contradictorios, más cuando se trata de una institución cerrada donde lo legítimo y lo ilegítimo surge desde las reglas particulares que se generan a partir de la convivencia diaria, de aprender la rutina institucional, de formar parte de la cultura carcelaria.

CAPÍTULO 2. EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

*“Las metáforas que usamos en el entendimiento cotidiano
no tienen nada que ver con la ciencia,
aunque se trate de algo científico”
Wolfgang Wagner*

De acuerdo con el ONUSIDA, hasta diciembre de 2006 existían en el mundo 39,5 millones de personas que viven con VIH/SIDA, generándose en ese año 4,3 millones de nuevas infecciones y registrándose 3,2 millones de defunciones por esta causa.

ONUSIDA (1999) ha propuesto una tipología para caracterizar las epidemias de SIDA: incipiente, concentrada y generalizada. México se clasifica como un país que tiene una epidemia concentrada, lo cual significa que aunque la infección por VIH se ha difundido rápidamente en algunos subgrupos de la población, aún no se generaliza en la población en su conjunto.

Actualmente, México tiene una prevalencia elevada en hombres que tienen sexo con hombres (15%), en trabajadores del sexo comercial (12.2%) y usuarios de drogas inyectables (6%), pero mantiene una prevalencia baja en población adulta de 15 a 49 años (0.3%) y mujeres embarazadas (0.09%). Un riesgo potencial para nuestro país es que tiene fronteras con países de epidemias mayores como Estados Unidos (0.6%), Belice (2%) y Guatemala (1%), con quienes existen fuertes flujos migratorios y de comercio sexual, situaciones que podrían favorecer la diseminación de la epidemia.

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983. Con un crecimiento inicial lento, la epidemia registró un crecimiento exponencial en la segunda mitad de los años ochenta; al inicio de la década de los noventa este crecimiento se amortiguó, mostrando una importante desaceleración a partir de 1994. La relación de casos de SIDA entre hombres y mujeres es de 5 a 1, en tanto que las personas de 25 a 34 años de edad constituyen el grupo más afectado con 42.4% de los casos registrados en adultos.

En nuestro país existen 107,625 casos acumulados de SIDA, pero se estima que son alrededor de 182,000 personas las infectadas por VIH de 15 a 49 años, lo cual indica una prevalencia de 0.3 por ciento; y significa que, por cada mil personas adultas en nuestro país, tres de ellas podrían ser portadoras del VIH; ocupando México el lugar 77 a nivel mundial y 23 en el continente americano y el Caribe (CENSIDA, 2006).

El fenómeno del VIH/SIDA, es un padecimiento que repercute a varios niveles: social, dado que trastorna la dinámica de interacción familiar y de las personas afectivamente cercanas al individuo; económica, puesto que el individuo que la padece, representa un costo elevado (dentro del sistema de salud pública) e implica un individuo menos dentro de la población económicamente activa y no podemos olvidar de las fuertes cantidades de dinero que se invierten en prevención y atención del padecimiento.

2.1 Antecedentes.

En junio de 1981, en Estados Unidos se detectaron a pacientes que presentaban una rara infección pulmonar, conocida como Neumonía por *Pneumocystis Carinii*, y casos de un tipo de cáncer en la piel denominado *Sarcoma de Kaposi*, quienes tenían algunas características comunes, como es un sistema inmunológico deteriorado, ser hombres de treinta años en promedio y con preferencias homosexuales. Dos años después se descubrió al agente causal de esa enfermedad, se trataba de un retrovirus caracterizado por producir infecciones lentas donde la aparición de los síntomas está temporalmente separado del momento de la infección. Por otro lado, supuso que las principales formas de contagio eran a través de sangre y semen; es hasta 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso unificar el nombre del agente del SIDA, llamándolo como Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), porque su acción debilita al sistema inmunológico del organismo (Castellanos, Delgadillo y Reséndiz, 2000).

En la actualidad, los medicamentos desarrollados para tratarlo han hecho de esa enfermedad un padecimiento crónico como la diabetes. Las personas afectadas pueden vivir ahora durante años y reintegrarse a su vida productiva. Eso ha llevado a muchas personas, principalmente jóvenes, a bajar la guardia y a no protegerse.

Si bien, el desenlace natural del VIH/SIDA es la muerte, existe evidencia de que los síntomas clínicos y psicológicos se encuentran determinados por la interacción de tres diferentes niveles de causalidad, que en su conjunto suponen un impacto emocional de considerable importancia para el curso de la enfermedad: la influencia orgánica del virus y las infecciones oportunistas; la influencia psicológica y la influencia social (Villagrán, 2001).

2.2 Aspectos biológicos.

El SIDA es una condición caracterizada por un grupo de signos o síntomas que se presentan simultáneamente, que afectan y debilitan al sistema del organismo que combate las enfermedades, tratándose de una condición que se adquiere después de la concepción a consecuencia de acciones específicas (Fernández, 1999). Esto quiere decir que el SIDA es un estado de salud causado por el VIH, dicho virus debilita las defensas del cuerpo humano por medio de la destrucción de los glóbulos blancos, lo cual permite que otros microbios puedan entrar al cuerpo y causar diversas enfermedades. Las células que ataca de forma preferente son las denominadas células CD4 o linfocitos T-4, el número de estas en la sangre sirven como indicador para medir el progreso de la infección del virus, por lo tanto si la infección está muy avanzada, el número de estas células es menor (Villagrán, 2001).

Se considera como persona infectada por el VIH o seropositivo a aquella que presente dos resultados de pruebas de tamizaje de anticuerpos positivos y una prueba suplementaria positiva. Las primeras detectan la presencia de anticuerpos contra el VIH en el suero o plasma (ensayo inmunoenzimático o ELISA y aglutinación pasiva); las segundas detectan la presencia de anticuerpos contra el VIH en el suero o plasma (inmunoelectrotransferencia o

prueba de Western Blot, inmunofluorescencia y radioinmunoprecipitación o RIPA). Existen otras pruebas específicas que determinan la presencia del virus o algún componente del mismo (cultivo de virus, determinación de antígeno viral y reacción en cadena de la polimerasa para determinar el ARN viral o ADN proviral).

2.2.1 De la infección al síndrome.

De acuerdo a la literatura, es posible distinguir cuatro etapas en la historia natural de esta enfermedad (Olivier y Thomas, 1996):

- I. **Infección aguda:** una vez que las personas contraen la infección, desarrollan anticuerpos dentro de las seis primeras semanas posteriores a ésta, sin presentar alguna manifestación clínica, pudieran presentarse molestias de corta duración, tales como: fiebre, ardor de garganta, cansancio, diarrea, dolor abdominal; las cuales desaparecerán de forma espontánea en un lapso menor a tres semanas. Sin embargo, no se presentan cambios inmunológicos detectables por medio de una prueba de laboratorio, debido a que los anticuerpos empiezan a generarse alrededor de los 3 a 6 meses después de que la persona estuvo en contacto con el virus, a este lapso de tiempo se le denomina período de seroconversión o periodo de ventana.
- II. **Infección asintomática:** se caracteriza por no presentarse ninguna manifestación clínica en la persona infectada, es un período donde el VIH continúa multiplicándose en el tejido linfóide destruyendo poco a poco el sistema inmunológico. El tiempo en el que se puede permanecer en esta etapa es muy variable, dependiendo de diversas circunstancias, entre ellas, el estilo de vida de la persona seropositiva.
- III. **Linfadenopatía generalizada o complejo relacionado al SIDA:** se empiezan a presentar manifestaciones clínicas que se conocen como síndrome de desgaste, entre los principales síntomas, se encuentran: cansancio, dolores en distintas partes del cuerpo, signos como fiebre recurrente, tos, diarreas frecuentes, sudoraciones nocturnas, baja de peso del 10% del peso habitual, inflamación de ganglios (sobre todo en cuello, axilas e ingles) cuya duración es mayor a tres meses.
- IV. **SIDA:** es la fase terminal de la infección caracterizada por manifestaciones clínicas específicas: neumonía debida al *Pneumocystis carinii*, infecciones por citomegalovirus, candidiasis en esófago, traquea y/o bronquios, tuberculosis, sarcoma de Kaposi, herpes simple, neumonía recurrente y cáncer cervical. Su aparición está íntimamente ligada a la inmunosupresión, la mayoría de las infecciones oportunistas aparecen cuando el conteo de linfocitos CD4 es menor a 200/ml.

De acuerdo a la Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales (CONASIDA, 2001), la historia natural de la infección por el VIH se puede dividir en los siguientes estadios:

- I. **Transmisión viral:** el tiempo promedio desde la seroconversión hasta el desarrollo del SIDA es de cerca de siete años, para aquellos que adquirieron la infección por transfusión y de ocho a doce años para quienes se infectaron por relación sexual.

- II. **Infección primaria:** implica las manifestaciones asociadas al episodio de replicación viral inicial. La presencia de síntomas durante esta etapa se asocia a una propagación rápida de la enfermedad. La sintomatología generalmente se presenta de dos a cuatro semanas después de la adquisición de la infección, pero a veces el período de incubación puede ser hasta de diez meses.
- III. **Seroconversión:** se refiere al desarrollo y detección de anticuerpos en contra del virus en suero o plasma; ocurre de tres a doce semanas después del evento de transmisión, aunque más de 95% de los pacientes lo presentan dentro de los primeros seis meses.
- IV. **Período estable inicial (“Setpoint”):** ocurre por lo regular seis meses después de la transmisión del VIH, implica la estabilización de la carga viral y de la cuenta de linfocitos CD4 como consecuencia de la respuesta inmune y de la virulencia de la cepa viral adquirida. Los niveles de carga viral y de células CD4 en este período, correlacionan fuertemente con pronóstico de desarrollo del SIDA en los siguientes seis años.
- V. **Infección sintomática:** es el período considerado antes de la latencia, en el cual se encuentra una constante actividad viral y un equilibrio entre producción y destrucción celular (10^9 células CD4 por día). Puede haber Linfadenopatía persistente generalizada, debido a que en los ganglios linfáticos se establece el principal reservorio del virus.
- VI. **Infección sintomática temprana:** incluyen manifestaciones clínicas que se presentan como consecuencia de la destrucción celular y el inicio de la inmunodeficiencia.
- VII. **SIDA:** es la consecuencia de la destrucción de linfocitos CD4 y la presencia de inmunodeficiencia adquirida manifestada por infecciones oportunistas y neoplasias secundarias.
- VIII. **Infección avanzada:** se presenta en pacientes con <50 células CD4/ml, cuya expectativa de vida es de doce a dieciocho meses y que generalmente fallecen como consecuencia de condiciones relacionadas al VIH.

2.2.2 Manifestaciones clínicas.

Las manifestaciones específicas que definen al SIDA son (Olivier y Thomas, 1996):

- ❖ **Síndrome de desgaste.** Se caracteriza por la pérdida de peso involuntaria del 10 al 15% del peso total en menos de un mes, fiebre, diarreas por más de un mes, debilidad y/o cansancio.
- ❖ **Síndromes neurológicos:** se definen por hallazgos clínicos de trastornos cognitivos y motores que interfieren en las actividades diarias de la persona, observándose alteraciones físicas o cambios en el comportamiento, tales como los que se citan a continuación:
 - **Problemas físicos:** falta o incremento de la sensibilidad de alguna parte del cuerpo, movimientos involuntarios, convulsiones o incapacidad de movimiento y neuropatías.
 - **Problemas de conducta:** cambios repentinos de carácter sin razón aparente, depresión, pérdida de la memoria, entre otras. Estos trastornos pueden ser

resultado del daño directo del VIH en el cerebro, o de otras infecciones o tumores.

- **Neoplasias secundarias:** el paciente puede presentar con frecuencia uno de los dos tipos de cáncer, ya sea, Sarcoma de Kaposi (cáncer en vasos sanguíneos) que afecta principalmente la piel y las mucosas; el Linfoma (cáncer del tejido linfático) que afecta ganglios, bazo, etc.
- **Infecciones oportunistas:** Neumonía por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmosis cerebral, leucoencefalopatía multifocal, *Mycobacteriosis* atípica, isoporiasis, *Strongyloidiasis* extraintestinal, herpes simples mucocutáneo crónico, citomegalovirus, histoplasmosis diseminada, salmonellosis reactivante, criptococosis meníngea, candidiasis esofágica, branquial o pulmonar.

Las enfermedades infecciosas son la causa inmediata de muerte en más del 90% de los pacientes con infección avanzada por el VIH, conforme esta avanza y la inmunidad disminuye, los pacientes se vuelven más vulnerables a las infecciones (UNICEF, 1998).

2.3 Aspectos psicológicos y emocionales.

Ante cualquier enfermedad las personas experimentan una serie de cambios emocionales, en el caso del VIH/SIDA dichos cambios se presentan en dos momentos según Fernández (1999), el primero es al recibir el resultado ante la prueba de anticuerpos, en caso de ser negativo la persona siente alivio y regocijo, corriéndose el riesgo de que se consideren inmunes; de ser positivo el resultado la persona probablemente entre en un estado de postración nerviosa, se sienta abrumada y experimente una sensación de pérdida de control, seguida por una sucesión de emociones, pensamientos y preguntas.

El segundo momento es después del diagnóstico, en donde el paciente atraviesa una serie de etapas, que no necesariamente siguen un orden o no se presentan todas. Dichas etapas son de acuerdo a Kubler-Ross (1970) las que a continuación se exponen:

- **Negación y/o desconcierto:** es un mecanismo de defensa en donde el paciente dice: “No, a mí no me pasa”, “Yo no estoy enfermo”, etc. En esta etapa muchas de las veces el paciente niega atención médica o psicológica, por lo que se descuida física y psicológicamente, además de que suele aislarse.
- **Tristeza:** la persona cree que se le quita la vida y considera el momento que está viviendo como algo falso, irreal, como una pesadilla. Esta etapa puede durar meses y convertirse en depresión.
- **Rabia:** se experimenta un sentimiento de enojo y agresión hacia Dios, la vida, su familia, su pareja, y a todo lo que le rodea. Es un momento de defensa que lo libera del sentimiento de pérdida, se siente frustrado y con culpa, muchas de las veces desea vengarse, por ejemplo contagiando a otros. Puede sentirse víctima, tiene miedo al deterioro físico, a enfrentarse a la estigmatización (de sí mismo y de la sociedad), así como de quedar sólo o ser abandonado, tanto física como

psicológicamente. Vive con incertidumbre, pues no sabe qué enfermedad oportunista se le puede presentar.

- **Regateo, pacto o negociación:** la persona trata de congraciarse con Dios, sus promesas son sólo conocidas por el capellán o el consejero y se relacionan con ocultos sentimientos de culpa, “Dios mío, si me curas prometo ser mejor.”
- **Depresión:** esto es que ante las respuestas o pérdidas sufridas, reales, afectivas o imaginarias, toma conciencia de que va a morir y es aquí en donde él y su familia sufren más. Esta etapa es necesaria para que el paciente cierre círculos, se despida de todos y de todo, siendo éste en sí el dolor de la muerte.
- **Aceptación:** es la etapa en la que el paciente logra aceptar su condición, le encuentra sentido a su vida y lo que resta de ella; en esta etapa va creciendo el aspecto religioso del ser humano así como el de su espiritualidad.

Y de acuerdo a Bayés (1994), por todo este impacto emocional descrito, la persona puede producir algún tipo de modulación inmunológica que afecta negativamente el curso de la enfermedad.

Las reacciones del paciente frente al diagnóstico de infección por el VIH están determinadas por una serie de variables personales desarrolladas a lo largo de su historia personal. La ansiedad es la primera respuesta emocional que se presenta ante una situación amenazante o catastrófica como lo es una enfermedad mortal, es una reacción de alarma que busca desencadenar una serie de mecanismos de afrontamiento más adaptativos. Si estos mecanismos no son suficientes para mantener o restaurar el equilibrio emocional, el individuo puede entrar en estados de crisis (Albarracín, No, McNatt, Williams, Rhodes, Malotte, Bolan, Hoxworth, Zenilman e Iatesta, 2000).

Las personas que presentan un mayor control interno en el área de salud física, muestran conductas preventivas con mayor frecuencia que aquellas que consideran que su salud depende de la suerte. Por otra parte, las personas que se inclinan hacia los valores hedonistas, aunque percibían un mayor riesgo de contagio por VIH, persistían en conductas de alto riesgo de contagio (Diaz-Loving, 2001).

2.4 Aspectos sociales.

El SIDA ha demostrado que las epidemias tienen lugar a varios niveles: evento biológico, percepción social, respuesta colectiva y fenómeno individual, tanto existencial como moral. Cada enfermedad, en tanto fenómeno social, es una configuración única de eventos y respuestas tanto en la esfera biológica como en lo social. Por otro lado, el elemento clínico y epidemiológico central del SIDA es que la transmisión del VIH ocurre en el contexto de las relaciones sociales más íntimas o en aquellos contextos que se han demostrado refractarios por casi un siglo al control social. El SIDA confronta con el problema de cómo tratar actos privados que tienen consecuencias sociales (Izazola, Astarloa, Belequi, Bronfman, Chequer y Zacarias, 1999).

De esta manera, el SIDA ha dejado al descubierto la vulnerabilidad de la condición humana, lo cual se observa durante la evolución que tiene la enfermedad al constituir una modificación determinante en la vida del paciente, ya que mientras más evidentes son los síntomas, se enfrenta al constante rechazo y aislamiento por parte de la sociedad, quien se ha caracterizado por tratar de encontrar culpables y chivos expiatorios de las grandes epidemias, debiéndose esto a diferentes razones de tipo social y cultural, y en el caso del SIDA podemos citar los siguientes de acuerdo a Del Río (1994, 1998):

- a) Los grupos sociales en los que surgió inicialmente la enfermedad.
- b) El manejo que los medios dieron a la epidemia en un principio.
- c) La negación y minimización del problema por los líderes de opinión y políticos.
- d) La actitud de la sociedad ante la sexualidad.

Dichas razones se han expresado en tres fenómenos, el primero de ellos es la desintegración de estructuras sociales alrededor del infectado: parejas, familias, vecindarios, grupos o comunidades; esto ocurre por la pérdida, muerte o enfermedad de personas que ejercían sobre el grupo una influencia integradora de carácter económico, afectivo o normativo, y por las reacciones disfuncionales y conflictos que surgen en el interior del grupo frente a la posibilidad o evidencia de que uno de sus integrantes está infectado o en riesgo de estarlo. Un segundo fenómeno es la discriminación de grupos e individuos considerados por otros grupos de “mayor riesgo”; la cual se puede manifestar desde el sutil paternalismo y las disposiciones legales presuntamente basadas en hechos científicos, hasta la agresión violenta de los individuos discriminados, impidiéndoles en última instancia ejercer sus derechos humanos. Por último, las crisis que se generan en las estructuras ideológicas, a partir de las reformulaciones sobre el significado y la práctica de aspectos como la sexualidad, la calidad de vida, la ética, la moral, los derechos humanos y el papel del Estado frente a la salud, el efecto de estos cambios puede ser conveniente y positivo, sin embargo los individuos experimentan un nivel variable de malestar y sufrimiento en relación al resultado.

Otro factor importante es que la sociedad está acostumbrada a vivir sin el miedo a la muerte por el contagio, por ello, el tener contacto con una persona que pueda ser “portadora” de VIH/SIDA constituye una reacción propia de la naturaleza humana, y más aún porque el vínculo no sólo es con la muerte, sino también “con la tríada sexualidad-sangre-drogas” (Cruz, 1996). Todo esto conduce a lo que el Doctor Jonathan Mann ha denominado “la tercera epidemia” refiriéndose a esta como “la reacción económica, social, política y cultural” (OMS, 1987), hacia el VIH/SIDA, lo cual ha dado lugar a la ejecución de algunos abusos inauditos, entre ellos podemos mencionar los que señala Sepúlveda (1996) “la negativa de otorgarles educación, vivienda, servicios funerarios, etc.; la realización de exámenes de detección, sin contar con el consentimiento del interesado; la pretensión de aislarlos en albergues especiales; la prohibición de viajar a determinados países, o al menos, el impedimento de que obtengan la calidad de inmigrantes o residentes; el despido de los trabajadores infectados, así como el rechazo de sus solicitudes de empleo; la mala atención por parte de algunos profesionales de salud y, en ocasiones, la negativa de éstos a atender al enfermo; la divulgación indiscriminada de los resultados positivos de la prueba de detección del VIH, llegándose a extremos como la extorsión de la persona afectada, bajo la amenaza de

hacer público su estado de salud, entre otras formas de discriminación”, que dan lugar a una gran diseminación que está determinada por el prejuicio y la estigmatización por parte de la sociedad.

Para Mann (1987; citado en ONUSIDA, 2002) son tres fases las que componen la epidemia del SIDA en cualquier sociedad:

1. La epidemia de la infección por VIH, penetra en una comunidad de manera silenciosa y sin que nadie se dé cuenta.
2. La epidemia del SIDA que aparece cuando el VIH provoca infecciones que amenazan las vidas.
3. La epidemia del estigma, la discriminación, la culpa y el rechazo colectivo; que tanto dificulta enfrentarse de modo eficaz a las otras dos.

2.4.1 Prejuicio.

El prejuicio, de acuerdo a Morales (1996), es un modo de definir al grupo mediante una serie de atributos que son vistos como intrínsecos del grupo. Algunos autores consideran que de acuerdo al tipo de actitudes que una persona o un grupo pueden adoptar, el prejuicio se puede presentar en cualquiera de los siguientes niveles:

- Anti-locución o rechazo verbal.
- Esquivamiento o tendencia a evitar a una persona.
- Discriminación.
- Ataque físico.
- Exterminio de una persona o un grupo.

Y cuyas consecuencias psicológicas más importantes, son:

1. **Efectos sobre la autovaloración.** Las personas asumen la visión negativa que se tiene de ellas.
2. **Abandono de grupo.** Esta puede ser real o de forma simbólica; los efectos incluidos en este apartado implican un planteamiento individual, es decir, la persona en cuestión rompe los vínculos con su grupo e intenta negar su anterior identidad.
3. **Estrategias cognitivas.** Son formas que tienen los miembros de grupos discriminados o estigmatizados para defenderse, esto es cuando obtienen resultados negativos o pobres, que atribuyen a las actitudes de prejuicio que los demás tienen hacia su grupo.
4. **Competencia social.** Las personas que pertenecen a grupos que sufren la discriminación pueden también intentar que su grupo deje de sufrirla, aunque no necesariamente, o suele ser frecuente que este efecto psicosocial conlleve una estrategia de competición con el grupo de más estatus, con el fin de igualarlo o incluso de superarlo en dimensiones relevantes para la comparación intergrupala.

Los dos primeros suponen que los miembros de grupos discriminados aceptan su situación de discriminación y de inferioridad, mientras que las dos últimas, suponen que quienes sufren el prejuicio intentan superar o salir de esta situación de desventaja (Morales, 1996).

El prejuicio es un fenómeno difícil de medir, sobretodo porque existe una tendencia a la negación, pocas veces las personas aceptan tener cierto tipo de prejuicio, o lo que es peor, ignoran que lo tienen (Ruiz, 2000).

2.4.2 Estigma.

El estigma se ha descrito como una característica que desprestigia considerablemente a un individuo ante los ojos de los otros. La estigmatización es un proceso de subvaloración, las características a las que se fija pueden ser arbitrarias. Dentro de una cultura o un ambiente particular, ciertos atributos son tomados y definidos por otros como deshonorosos o indignos (ONUSIDA, 2002).

Socialmente, las personas que padecen el VIH/SIDA son estigmatizadas, entendiéndose como un patrón de prejuicio social que reduce y descuenta lo que un individuo siente o tiene, como resultado de juicios de otros acerca de sus características personales o de su pertenencia a un grupo (Herek y Capitanio, 1997). El doble estigma se refiere por un lado a la enfermedad que padecen ya que amenaza la vida; por otro lado, se identifica con grupos que han sido socialmente marginados, como los homosexuales, situación perfecta para expresar más que la hostilidad hacia la enfermedad, su prejuicio hacia ese grupo (Ruiz, 2000).

Goffman (1986) define el estigma como un atributo de un individuo que produce en los demás, a modo de efecto, un amplio descrédito, además señala que hay tres tipos de estigma:

1. Tiene que ver con deformidades y enfermedades físicas; en este grupo se incluyen a los leprosos, sifilíticos, mutilados y enfermos de SIDA.
2. A los percibidos como una falta de voluntad o como resultado de pasiones antinaturales o de creencias rígidas o falsa; en este grupo se incluyen a los exconvictos, drogadictos, alcohólicos, prostitutas, homosexuales, desempleados, etc.
3. Se asocia a una raza, nación o religión, transmisible por herencia y contaminadores por igual de todos los miembros de una familia, como es el caso de los judíos, negros, indios, etc.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA son universales, puesto que tienen lugar en todos los países y las regiones del mundo. Son provocados por muchas fuerzas; entre ellas, la falta de conocimiento sobre la enfermedad, los mitos sobre los modos de transmisión del VIH, los prejuicios, la falta de tratamiento, las informaciones irresponsables de los medios de comunicación sobre la epidemia, el hecho de que el SIDA

sea incurable, los miedos sociales en torno a la sexualidad, los miedos relacionados con la enfermedad y la muerte, y los miedos relacionados con el consumo de drogas. Tienen grandes consecuencias psicológicas en relación al modo en que las PVVS (personas que viven con VIH/SIDA) se perciben a sí mismas, lo cual conduce en algunos casos a la depresión, falta de autoestima y desesperación; socavan la prevención al generar miedo entre las personas para averiguar si están o no infectadas; y algunos seropositivos continúan teniendo sexuales sin protección para no levantar sospechas acerca de su estado infectado (ONUSIDA, 2002).

Así, tenemos que la estigmatización de los portadores de VIH y de los enfermos de SIDA está ligada a símbolos sociales, que son fuente de prejuicios, intolerancia hacia grupos que varían de un país a otro, pero que tienen un común denominador: pertenecer a sectores marginales incluso antes de la aparición del SIDA. Se trata de emigrantes, refugiados, presos, hombres y mujeres dedicados a la prostitución, poblaciones autóctonas, consumidores de drogas por vía intravenosa y homosexuales (Dussault, 1999).

Por otro lado, la familia del seropositivo juega un papel muy importante en la aceptación de la enfermedad, la cual se da después de afrontar diversas situaciones, como son:

- El reconocer en uno de sus miembros un comportamiento sexual “diferente” (homosexual, bisexual).
- Temor al contagio.
- Enfrentar la posibilidad del estigma social.
- Enfrentar la muerte de un ser querido.

En el caso de la estigmatización, la familia se ha visto en la necesidad de elaborar un “diagnóstico creíble” para disfrazar la enfermedad y defenderse del ostracismo, este hecho lo afirman Castro y Eroza (1997), en su investigación donde se explica la frecuente existencia de un acuerdo familiar con el enfermo: se oculta hacia afuera de la familia, o se disfraza, la existencia del problema del VIH, a cambio de proveer cierto apoyo para el enfermo al interior de la familia, apoyo que la mayoría de las veces es de tipo material, es decir, se le da una atención física y una cobertura de gastos médicos, existiendo un rechazo moral tendiente a estigmatizar al enfermo, ya que los familiares los categorizan a partir de la forma en que creen se han infectado, esto es, relacionan el SIDA con determinadas características sexuales inaceptables dentro de la escala familiar de valores, a partir de la cual se establecen las bases del doble juego “rechazo - apoyo”. Así tenemos que, si se cree que la infección es por accidente o por transfusión se da un mayor apoyo y solidaridad que cuando se estima que el problema es consecuencia de una conducta desviada o inmoral, por lo que muchos pacientes son etiquetados como homosexuales, independientemente del verdadero origen de su condición. También se observa que para evitar la discriminación social y mantener un ambiente de solidaridad con el paciente se encubre parcial o totalmente la enfermedad, principalmente bajo el disfraz de otras modalidades, como son la leucemia o cáncer.

El SIDA no sólo afecta al paciente y sus familiares y amigos, sino que ha demostrado tener efectos significativos sobre toda la sociedad, sus consecuencias han repercutido sobre las instituciones religiosas, políticas y sociales, así como sobre sistemas de seguros médicos y de vida. Con lo que respecta al impacto económico, es enorme, porque la mayoría de las personas afectadas se encuentran en los grupos de edad más reproductivos (OPS, 1993).

De acuerdo a Dussault (1999), lo que hace del SIDA una enfermedad generadora de prejuicios que estigmatiza a sus víctimas se refiere a que es un padecimiento relacionado con lo sexual, un fenómeno mórbido porque en una enfermedad venérea, es decir, está asociada a una conducta o vida sexual desordenada o desacreditada como la prostitución o la sexualidad fuera del matrimonio; existe una tendencia cultural ver con cierto rechazo los líquidos corporales y considerarlos contaminantes y efectivamente, la sangre y el semen son modos de transmisión del virus.

Frente a la aparición del SIDA han surgido reacciones sociales, producto del miedo al contagio, así como la desaprobación de estilos de vida no aceptados socialmente que se atribuyen a las personas afectadas. Esta situación ha ocasionado que se realicen actos de discriminación, como la negación de servicios médicos, despidos injustificados y estigmatización de grupos específicos.

El estigma y la discriminación han provocado que el problema sea más complejo de resolver, ya que no solamente afecta a los individuos, sino también a las comunidades, favoreciendo que las personas con mayor riesgo se alejen de los servicios de prevención y atención. Para disminuirlos se han desarrollado campañas orientadas a evitar la violación de los derechos humanos de las personas afectadas por el VIH/SIDA, así como lineamientos para proteger la identidad y la libre decisión. El costo elevado de la atención, aunado al estigma y la discriminación, multiplica la necesidad de apoyo social, legal y comunitario que ayuden a mitigar el impacto de la enfermedad (CONASIDA, 2001).

A menudo se cree que las PVVS merecen su destino porque han hecho algo malo. Por lo regular, estas acciones se vinculan con relaciones sexuales o con actividades ilícitas o reprobadas por la sociedad, como el consumo de droga intravenosa. Los hombres infectados pueden ser percibidos como homosexuales, bisexuales o clientes de prostitutas. Las mujeres infectadas son percibidas como promiscuas profesionales del sexo. Las imágenes del VIH/SIDA que aparecen en la televisión y otros medios de comunicación, también contribuyen al estigma y la discriminación ya que refuerzan estereotipos y creencias. La autoestigmatización y la vergüenza sentida por las PVVS ocurre cuando interiorizan las respuestas y acciones negativas de los demás; lo que puede conducir a la depresión, el retraimiento y el autodesprecio. Silencio y socava la fuerza de individuos y comunidades al afectarse sus sentimientos de orgullo por su pertenencia a determinado grupo. Las concepciones negativas acerca de cómo se conducen los individuos los llevan a hacer cosas o dejar de hacer cosas que perjudican a otros o que les niegan servicios y derechos. El personal hospitalario o penitenciario, por ejemplo, puede negar los servicios de salud a una persona con el VIH/SIDA. Los empresarios pueden despedir a un trabajador en razón de su estado seropositivo real o supuesto. Las familias y comunidades pueden condenar al ostracismo a

quienes tienen o se considera que tienen el VIH/SIDA. Tales actos constituyen una discriminación y violan los derechos humanos; lo que incrementa el impacto negativo de la epidemia. En el individuo provocan angustia y desesperación excesivas que contribuyen por sí mismos a un mala salud, dentro de la familia y la comunidad provoca que las personas se sientan avergonzadas, oculten sus vínculos y se abstengan de participar es respuesta sociales positivas (ONUSIDA, 2002).

2.5 El VIH/SIDA en México.

En México, los primeros pacientes identificados aparecieron en 1983, se trataba de hombres extranjeros residentes en este país, que habían empezado su padecimiento en 1981. Los pacientes tenían como antecedente común viajes a los Estados Unidos o relaciones íntimas con extranjeros procedentes de países con las más altas tasas de incidencia (Bronfman, 1989). Para ese momento, la población mexicana había escuchado y comentado acerca de esta enfermedad, concibiéndole como detestable, asociada a la homosexualidad y muy lejana de las personas normales. En febrero de 1986 se crea el CONASIDA (actualmente denominado CENSIDA-Centro Nacional para el Control y la Prevención del VIH /SIDA) en respuesta a la convocatoria de la OMS. Su objetivo era unificar criterios de diagnóstico, tratamiento y prevención del SIDA, y en sus discursos se hablaba de la importancia de la fidelidad como un medio más seguro de prevención, además se enfatizaban los “grupos de alto riesgo”, refiriéndose de esta manera a homosexuales, prostitutas y bisexuales, principalmente (Sepúlveda, 1996).

A partir de este momento se dieron lugar múltiples investigaciones con el objetivo de conocer los factores causales del SIDA, una de ellas es la realizada por González -Block, Liquori y Bazua (1990), quienes analizaron la prevalencia del SIDA en México y la frecuencia de los riesgos de transmisión sexual según el estrato socioeconómico de los pacientes, donde los resultados señalaron que la alta incidencia de bisexualismo encontrada entre los estratos bajos a partir de la notificación de casos de SIDA puede explicarse por la existencia de roles sexuales claramente diferenciados en la cultura mexicana. Así tenemos que las prácticas homosexuales se orientan a través de dos roles estereotipados: el activo y el pasivo, el primero no resulta identificado como homosexual, porque al penetrar por el ano a otro hombre no pierde sus atributos masculinos, y el que es penetrado asume el rol socialmente establecido para el género femenino, por lo cual, la diferencia de ambos roles guarda estrecha relación con el patrón cultural de hipermasculinidad o “machismo” que regula las relaciones heterosexuales en nuestra cultura.

En general, las investigaciones se han enfocado más a obtener datos epidemiológicos, una de ellas, es la efectuada por Salazar (1999), quien señala que el registro nacional de casos de SIDA reportado hasta octubre de 1998 era de 37 mil 381 enfermos, concentrándose el 25.9% en los diez estados expulsores de migrantes hacia Estados Unidos, y en relación a esto CONASIDA reveló que la migración, durante el último lustro, se convirtió en un factor de propagación del VIH en ambos sentidos, es decir, la salida y el regreso de millones de portadores de ambas nacionalidades. Ésta forma de diseminación del VIH se observa con el

movimiento internacional de personas en general, y en particular con los migrantes laborales, en el caso de los migrantes mexicanos se observa que predominan los jóvenes en edad productiva y de mayor actividad sexual, los cuales de acuerdo a Carlos Magis, Director de Investigaciones Médicas de CONASIDA, en entrevista con Salazar constituyen un grupo vulnerable por los bajos niveles de conocimiento sobre los riesgos de transmisión del VIH/SIDA (comúnmente las prácticas promiscuas asociadas a la relación prostitución-infidelidad) y de las prácticas preventivas.

México al ser un país de grandes dimensiones y controles, manifiesta tantas posturas frente al problema del SIDA como clasificaciones sociales se realicen. Así, tenemos que la postura de los grupos conservadores ha sido de rechazo a las políticas y acciones emprendidas tanto por el gobierno como por las organizaciones no gubernamentales, argumentando que, en tanto no se cuente con una vacuna o tratamiento curativo, lo único efectivo contra el SIDA es la promoción de la abstinencia sexual y la monogamia. Han criticado severamente el uso del preservativo y de la práctica del sexo seguro, puesto que incita a la población, particularmente a los jóvenes, a la promiscuidad, al desenfreno y a la perversión. Este tipo de posturas favorecen las violaciones a los derechos humanos, a partir de la premisa de que quienes tienen SIDA lo adquirieron por su comportamiento equivocado (Sepúlveda, 1996).

Este tipo de posiciones expresan la gran necesidad con que los diferentes gobiernos y sociedades deben comprender el inminente peligro que representa el VIH/SIDA, sin dejar a un lado la universalidad y la indivisibilidad de los derechos humanos, pues esto permitiría disminuir la vulnerabilidad y el riesgo ante dicho fenómeno.

2.5.1 Transmisión sexual.

La epidemia del SIDA en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante del 92.3% de los casos acumulados de SIDA. La epidemia se concentra fundamentalmente en el grupo de HSH (hombres que tienen sexo con hombres), con el 46.7% del total de casos acumulados; y un 45.6% en los casos de tipo heterosexual. En el caso de las proporciones de varón-mujer, es de 5 a 1, el 83% de los casos son varones y el 17% mujeres (CENSIDA, 2006).

El riesgo que suponen las relaciones sexuales, sin protección, para los y las jóvenes queda de manifiesto en las tasas elevadas de ITS y embarazos no planeados. La iniciación temprana de sus relaciones sexuales representa un factor de riesgo adicional, ya que la tasa de cambio de pareja sexual es más elevada entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad. La prevención de las ITS y los embarazos no planeados constituyen una parte fundamental de la salud sexual, por lo que la información clara y precisa de cómo evitar estos riesgos debe ser accesible a toda la población. Se ha demostrado que la utilización de anticonceptivos y condones es más constante si esta información se recibe antes de la primera relación sexual, es decir, en la preadolescencia, además de que no promueve el inicio más temprano de las relaciones sexuales. En ausencia de vacunas efectivas contra las ITS, incluyendo el SIDA, la forma efectiva para evitar el riesgo de infecciones es el uso del condón. Su uso correcto y

constante protege entre un 90 a 95% de la transmisión de ITS y VIH. Aunque existen evidencias de incremento del uso del condón, entre HSH y trabajadoras del sexo comercial, para controlar el crecimiento de estas infecciones es urgente aumentar el uso adecuado del condón en otras poblaciones, especialmente entre los jóvenes (SSA, 2003).

2.5.2 Transmisión perinatal.

El riesgo de transmisión perinatal del VIH/SIDA en países en desarrollo varía del 15 al 30%; en países desarrollados se ha disminuido a menos de 2% mediante el uso de antirretrovirales y otras medidas. En México, la transmisión perinatal constituye la principal causa de infección por el VIH/SIDA en menores de 15 años, con 2.3% de los casos de SIDA acumulados (CENSIDA, 2006). Para prevenir la transmisión perinatal del VIH/SIDA e ITS, se requiere detectar oportunamente a toda mujer infectada. Es por ello imprescindible capacitar al personal de salud para identificar factores de riesgo, promover la atención prenatal, proporcionar información y consejería adecuada sobre la importancia de estas infecciones y el riesgo de transmitirlos a sus hijos. No obstante, mientras no se incremente el control prenatal y se realice la detección al 100% de las mujeres que acuden a este servicio, seguirán presentándose casos de sífilis congénita y de VIH/SIDA que pudieron ser evitados (SSA, 2003).

2.5.3 Transmisión sanguínea.

Desde 1986, existen en México disposiciones legales que prohíben la comercialización de la sangre y obligan a que toda la sangre sea previamente analizada. Como resultado, los casos de SIDA debido a transfusiones disminuyeron drásticamente a partir de 1988. Actualmente, sólo el 5.1% de los casos ha ocurrido por esta vía, donde el 3.3% de los casos corresponden a transfusión sanguínea, 0.5% están asociados a donadores, 0.9% al consumo de drogas inyectables, 0.4% a hemofílicos y 0.1% a la exposición ocupacional (CENSIDA, 2006).

La transmisión sanguínea constituye una de las vías de transmisión del VIH/SIDA y otros agentes patógenos, como la Hepatitis B y C. Encontrándose asociada a la transfusión de sangre contaminada o sus derivados y al contacto cutáneo con objetos punzocortantes contaminados con sangre infectada, riesgo al que están expuestos los usuarios de drogas inyectables y el personal de salud. En el personal de salud, el riesgo de transmisión de la Hepatitis B por exposición accidental varía de 6 a 30%, de la Hepatitis C de 1.2 a 6%; mientras que el riesgo de infección por exposición ocupacional al VIH es de 0.3%. Por esta razón, es indispensable lograr que todo el personal de salud complete su esquema de vacunación contra la Hepatitis B y promover el cumplimiento de las precauciones universales, que incluyen técnicas para prevenirla exposición al virus de la Hepatitis, VIH y otros patógenos contenidos en la sangre. En UDI (usuarios de droga intravenosa) los programas de reducción de riesgo han abatido significativamente la infección por el VIH, los cuales incluyen acciones como: proporcionar información sobre SIDA; dotar de cloro y

jeringas estériles; distribuir condones e incorporarlos a programas de desintoxicación y tratamiento (SSA, 2003).

2.6 VIH/SIDA y prevención.

Según Aggleton y Dowsett (1999) en el rubro de prevención de las enfermedades sexuales, las investigaciones se han enfocado a:

- A. La medición de patrones de comportamiento sexual (por ejemplo: edad de la primera relación sexual, niveles de actividad sexual, experiencia de intercambios anales, etc.);
- B. Averiguar los significados de la actividad sexual para los jóvenes (por ejemplo: familiaridad con los patrones sexuales antes del intercambio sexual, características de la primera pareja sexual, edad, nivel de experiencia, categoría de la primera pareja sexual: cliente, par, esposo; razones y reacción ante la primera relación sexual, uso reportado del condón, etc.);
- C. Descripción comunitaria de cómo se entiende la actividad sexual (por ejemplo: diferencias generacionales, valores tradicionales, entendimiento del trabajo sexual);
- D. Identificar fuentes de información reportada acerca de sexo y VIH/SIDA (por ejemplo: familias, influencias extranjeras, grupos de pares, escuelas, programas de planificación familiar, medios de comunicación, etc.);
- E. Explorar el impacto del VIH/SIDA en la actividad sexual de los jóvenes (por ejemplo: conocimiento de las vías de transmisión del VIH, percepción de la vulnerabilidad personal, dinámica del uso del condón, etc.);
- F. Analizar los aspectos estructurales y contextuales de la conducta sexual (por ejemplo: género, nivel socioeconómico, etc.).

Educar a las personas acerca del VIH, enseñándoles habilidades para negociar, resolver conflictos, tener opiniones críticas, tomar decisiones y saber comunicarse, mejorar la confianza en sí mismos, así como, la capacidad para tomar decisiones con conocimiento de causa, demorando el inicio de las relaciones sexuales hasta que sean suficientemente maduros para protegerse de la infección por VIH, de otras ITS y de los embarazos no deseados. Los padres y madres, las familias ampliadas, las comunidades, las escuelas y los pares son fundamentales para orientar y apoyar a los jóvenes en la adopción de decisiones seguras sobre su salud y bienestar. Los estudios demuestran que las relaciones afectivas sólidas y positivas con adultos comprensivos pueden ayudarlos a sentirse seguros y protegidos, lo que les permite desarrollar la resistencia necesaria para enfrentarse a los problemas que encuentran en su vida (ONUSIDA, 2002).

Algunas personas, aunque dispongan de información, tienen relaciones sexuales sin protección porque carecen de las habilidades para negociar la abstención o utilización de un preservativo. Es posible que les dé miedo o vergüenza hablar de relaciones sexuales con su pareja. Hay también otras que tal vez no adopten comportamientos seguros porque perciben que su riesgo individual es bajo.

Los factores de protección incluyen (ONUSIDA, 2002):

- Las relaciones positivas con los padres, maestros y otros adultos de la comunidad.
- Sentirse valorado.
- Los entornos escolares positivos.
- El contacto con valores, normas y expectativas positivos.
- Tener creencias espirituales.
- Tener esperanzas para el futuro.

Para que éstas medidas resulten eficaces se necesita modificar las creencias y actitudes que se tienen hacia las actividades con las cuales se vincula el SIDA, como son la sexualidad (uso de preservativo, homosexualidad), drogadicción, entre otras. De esta manera los diversos programas que existen de información, asesoramiento, detección sistemática en las personas de alto riesgo, rastreo de los contactos y modificaciones de los hábitos de conducta, podrán ser interiorizados y lograrán una sensibilización sobre el VIH/SIDA, por lo tanto, el bloqueo de su propagación depende de la educación y de la práctica de relaciones sexuales más seguras, mientras no se disponga de una farmacoterapia eficaz o de una vacuna.

2.7 VIH/SIDA y medios de comunicación.

Para algunos especialistas se debe a los medios de comunicación que el SIDA se haya convertido en un fenómeno social.

El carácter público y social del SIDA radica, en el nivel más general, en el número actual y potencial de víctimas, en la manera en que se ha reaccionado, desde diferentes instancias como gobiernos, universidades, organismos internacionales y de la sociedad civil, ante este fenómeno. Por otro lado, el acto sexual en cualquiera de sus modalidades, es ante todo un acto social no solo porque implica por lo menos dos personas, sino porque la manera en que estas dos personas dan curso a su sexualidad es un producto social, culturalmente determinado, sujeto a ciertas normas y valores entendidos, que varían de una sociedad a otra. La prensa diaria, las revistas, la televisión y la radio de una u otra manera recogen y expresan el sentir de la comunidad, y lo manifiestan destacando las deficiencias o necesidades para atender problemas de salud. El análisis de la opinión pública es un instrumento que permite detectar, e incluso anticipar, las expresiones de la sociedad en torno a problemas de salud (Paredes, 1995).

Algunos estudios realizados en México como las encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas que se realizan constantemente, han sido útiles para demostrar lo poco que se conoce sobre patrones de comportamiento sexual. En algunas de ellas realizadas en diversos grupos poblacionales se ha encontrado un marcado contraste entre el alto nivel de conocimientos sobre la enfermedad y sus formas de transmisión y de prevención, por una parte, y la falta de aplicación de esos conocimientos en las prácticas sexuales, por la otra.

Es muy significativo que las personas entrevistadas no se perciban a sí mismas en riesgo de adquirir la infección del VIH, a pesar de incurrir en prácticas que, como ellos mismos saben, traen consigo un alto riesgo de transmisión.

Diseminar información sobre el SIDA es necesario, pero no suficiente. Se deben combatir los mitos, el miedo y la discriminación. Se requiere de una presencia constante y repetida de mensajes educativos claros y explícitos, por todos los medios de comunicación. La prensa no siempre es aliada del conocimiento, sino que, con más frecuencia de la deseable, trabaja para el prejuicio y la desinformación. El SIDA ha creado opiniones variadas que politizan su recepción como mal social y los medios de comunicación no han dejado de informar sobre esta enfermedad (Sepúlveda, 1996).

Moscovici da relevancia al papel jugado por los diferentes medios de comunicación en el origen y desarrollo de las representaciones sociales ha sido particularmente fructífera en el desarrollo de investigaciones y teorías psicosociales, algunos estudiosos han enfatizado como los medios de comunicación masiva juegan un papel significativo no solo en la circulación y transmisión del conocimiento científico, sino también en su construcción como conocimiento común.

Las mejores campañas de prevención funcionan en varios niveles al mismo tiempo (UNICEF, 1998):

Educación para modificar el comportamiento sexual o de drogadicción, alentando la adopción de medidas de protección, por ejemplo, promoviendo y proveyendo preservativos baratos, equipo de inyección limpio, e información sobre su uso correcto.

Detección y tratamiento de otras I.T.S., ya que estas condiciones contribuyen a la transmisión del VIH.

Tratamiento médico, mejoría en el cuidado prenatal y en el parto seguro y alternativas a la lactancia materna para reducir la transmisión de la madre al niño.

Servicios de orientación y diagnóstico voluntarios y confidenciales.

Prevención de la transmisión a través de la sangre.

El hecho de que los medios de comunicación masiva abarquen a toda la población, no significa que los mensajes emitidos a través de ellos tengan efecto en todos los estratos de la misma, y tampoco que causen el mismo efecto en todos los sectores a los que si les llegan o afectan. Con esto queremos decir que hay un mensaje que dar, pero que este no puede darse de la misma manera a toda la población, sino que hay que tener en cuenta la diversidad cultural, en la que se deben considerar, entre otras muchas cosas, el nivel académico, los valores, las costumbres, la religiosidad, etc., y de esto va a depender el lenguaje que se use, la intensidad, la música, las imágenes, etc. Por otro lado, la experiencia que se tiene al respecto, es que la efectividad de un mensaje también depende de quién lo dice y desde qué contexto.

2.8 Campañas Internacionales.

Inicialmente, las campañas a nivel mundial se plantearon en tal que sentido se optó por brindar información a la población en general, acerca de la existencia de lo que hasta entonces era una nueva enfermedad. A pesar de ello, existía mucha confusión entre la gente con respecto a las personas que podían verse afectadas. Esto se debió en gran parte a la asociación del SIDA con la sexualidad y en especial con la homosexualidad masculina, la prostitución y la promiscuidad, lo cual propició que los sectores que no se identificaron con los grupos antes mencionados, no se sintieran en riesgo, y por lo tanto, no adoptaran conductas preventivas. Aunado a esto, la forma en que se manejó la información en las campañas instrumentadas generó miedo, lo que provocó que un número importante de la población bloqueara el mensaje enviado (Marchetti, 1997).

Para la Campaña Mundial contra el SIDA de 1997, su lema fue: “*Los niños en los tiempos del SIDA*”; su meta general buscaba un mejor conocimiento de la magnitud de la epidemia del VIH/SIDA a escala mundial, haciendo hincapié en promover medidas prácticas y las políticas adecuadas para evitar la transmisión del VIH reduciendo al mínimo el impacto de la epidemia sobre los niños, sus familias y sus comunidades. Sus objetivos fueron (ONUSIDA, 1997b):

“*La fuerza del cambio: con los jóvenes*” fue el lema de la Campaña Mundial contra el SIDA de 1998, su meta era movilizar a los jóvenes para reducir la propagación de la infección por el VIH para fortalecer el apoyo a los jóvenes infectados y afectados por el VIH/SIDA, así como fomentar y salvaguardar sus derechos humanos. Sus objetivos (ONUSIDA, 1998):

La Campaña Mundial contra el SIDA de 1999, cuyo lema fue *¡Escucha, aprende y vive!*, centró su atención en la comunicación con los niños y los jóvenes, aprovechó el impulso generado con dos años de actividades de promoción a través de la Campañas anteriores, su objetivo era fomentar la sensibilización sobre la necesidad de escuchar tanto a niños como a jóvenes, para que fueran eficaces los esfuerzos de prevención y asistencia relacionados con el SIDA, con la intención de disminuir su vulnerabilidad brindándoles oportunidades económicas y de formación profesional, educándolos sobre aptitudes para la vida sobre salud sexual y sobre el VIH/SIDA dentro y fuera de la escuela, creando servicios de salud acogedores para ellos, reduciendo el estigma y la discriminación relativa al VIH/SIDA y previniendo la transmisión del VIH de la madre al niño (ONUSIDA, 1999).

“*Los hombres marcan la diferencia*” fue el lema de la Campaña del ONUSIDA del año 2000, centrada en el papel de los varones en la epidemia de SIDA. Su propósito era implicar más plenamente a los varones en los esfuerzos contra el SIDA y de centrar la atención en este grupo de población en las respuestas nacionales a la epidemia. Lo anterior, dado que existen fundadas razones para afirmar que los varones deberían implicarse más plenamente en la lucha contra el SIDA; si pensamos en que suelen tener más parejas sexuales que las mujeres, hay más varones que mujeres que se inyectan drogas intravenosas, y muchos varones que tienen relaciones sexuales con varones, y que no saben cómo pueden protegerse a sí mismos

o a sus parejas. El secreto, el estigma y la vergüenza relacionados con el VIH pueden impedir que muchos hombres y mujeres reconozcan que están infectados. Distintas circunstancias exponen a los varones a un riesgo particularmente elevado de contraer el VIH. Es frecuente que aquellos que emigran en busca de trabajo viviendo lejos de sus familias, paguen dinero a cambio de relaciones sexuales y consuman sustancias, incluido el alcohol, como una manera de hacer frente al estrés y la soledad resultantes de vivir lejos del hogar. La violencia masculina contribuye a aumentar la propagación del VIH de diversas formas: mediante los conflictos bélicos, migración y relaciones sexuales forzadas (ONUSIDA, 2000).

La campaña mundial del 2001 con el lema "*A mí me importa... ¿Y a ti?*" tenía por objetivo crear un enfoque sostenido en el papel que desempeña el varón en la epidemia de SIDA. La elección de este lema se justifica por su capacidad de generar discusiones tanto de los líderes como las necesidades de los varones jóvenes, siendo al mismo tiempo lo suficientemente amplio para acoger el debate de otras cuestiones relacionadas con la prevención y la atención, que conciernen a todas las personas. Una parte del esfuerzo para contener la epidemia de SIDA conlleva enfrentarse a los conceptos de masculinidad perjudiciales y cambiar muchas actitudes y comportamientos frecuentes, como la forma en que los varones perciben el riesgo, analizando el modo de educar socialmente a los muchachos para que sean hombres. Algunas de esas expectativas se traducen en formas de pensar y comportarse que ponen en peligro la salud y el bienestar no solo de los varones sino de sus parejas sexuales. Por el contrario, otros comportamientos y actitudes representan un potencial valioso que pueden aprovechar los programas contra el SIDA (ONUSIDA, 2001).

El lema de la Campaña 2002-2003 fue "*Vive y deja vivir*". Uno de sus retos fue crear un espacio para todas las personas, con o sin el VIH, basado en la comprensión, la empatía, el cariño, la confianza, la esperanza, los derechos humanos y la dignidad. Consideraban que mantener el mismo lema durante toda la campaña le daría continuidad, reconocimiento y mecanismos de conexión durante el período de dos años (ONUSIDA, 2002). Se trató de una campaña escalonada en dos años; durante el primero, la campaña estaba dirigida a las personas. El objetivo era que cada una de ellas comprendiera de qué forma sus acciones contribuían al estigma y la discriminación. Durante el segundo año, se centró en el papel de las instituciones, en el refuerzo del estigma y la discriminación y la forma de superarlos.

Para el 2004, la campaña se centró en las mujeres debido a que las muchachas y mujeres jóvenes son más susceptibles al VIH que los varones, así lo identifican los estudios que se han hecho, en donde las primeras tienen una probabilidad de 2.5 veces mayor de infectarse; esto debido que tienen el doble de probabilidad de contraer el VIH por único acto sexual no protegido, ya que siguen dependiendo de la cooperación masculina para protegerse de la infección. El lema escogido fue "*Mujeres, muchachas, VIH y SIDA*" y buscaba acelerar la respuesta mundial al VIH y al SIDA enfocándose en las mujeres y muchachas para ayudar a prevenir nuevas infecciones promoviendo un acceso equiparado al tratamiento que mitigue el impacto del SIDA, buscando crear un entorno que anime a las comunidades a no tolerar ningún tipo de violencia hacia las mujeres (ONUSIDA, 2004).

Durante el 2005, el lema propuesto para la campaña fue “*Detener el SIDA. Mantengamos la promesa*”, la cual invitaba a los gobiernos, organizaciones, asociaciones y población en general a sostener y realizar actividades que permitieran cumplir con los compromisos establecidos en la Asamblea General de las Naciones Unidas para enfrentar la pandemia (ONUSIDA, 2005).

2.9 Campañas nacionales.

Los primeros casos de SIDA en el mundo se diagnosticaron en el año 1981. Para 1985; ante el crecimiento de una enfermedad que ya se vislumbraba como pandémica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un llamado para que todos los gobiernos establecieran comités de lucha contra el SIDA. La respuesta gubernamental en México se dio en 1986, con la creación del Comité Nacional de Prevención del SIDA, cuyo objetivo era evaluar la situación nacional en lo concerniente al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control, y coordinar la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas. En 1988, el Comité adquirió el nombre de Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), por el decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de agosto de 1988. En 1986, ya se habían notificado 250 casos. Un porcentaje muy elevado se había infectado por vía sexual; en el resto, el factor de riesgo fue la sangre. Era imprescindible actuar rápido. A las primeras acciones siguió la creación del Comité Nacional para la Prevención del SIDA (Conasida). Una de sus primeras medidas fue la prohibición del comercio de sangre, la posterior evolución de la epidemia confirmó lo adecuado de esta decisión. Más difícil resultaba prevenir el otro factor de riesgo, el sexual. Se decía entonces, y aún se dice, que ante la ausencia de recursos preventivos y terapéuticos de orden biológico, la única arma para contender con la epidemia es la tecnología social. La traducción de esta afirmación condujo, y sigue conduciendo, a las campañas publicitarias (Sepúlveda, 1996).

A lo largo de la historia de las campañas de prevención del VIH/SIDA, tanto en nuestro país como en el mundo, se han seguido diferentes vertientes: las primeras fueron las conocidas como de terror, que hacían referencia a la muerte (en donde el SIDA era sinónimo de muerte), y se demostró que no tenían ningún impacto debido a que la población objetivo se bloqueaba psicológicamente ante estos mensajes. Después le siguieron las campañas de estadísticas en donde lo que se manejaba era una gran cantidad de números estadísticos en torno al VIH/SIDA, posteriormente continuaron las de movilización comunitaria, las que a pesar de no haber tenido el impacto esperado sí han servido para socializar el tema y dar la información básica acerca de lo que es el VIH y el SIDA, cómo se transmite y se previene.

De acuerdo a Sepúlveda (1996) durante 1980 a 1995 se puede realizar una clasificación de las campañas, distinguiéndose tres fases:

1. **Primera fase (1987-1988).** El primer modelo de comunicación consistió en la distribución de folletos con preguntas y respuestas sobre el SIDA, dirigidos al público

general, conjuntamente con otros materiales especialmente destinados a hombres homosexuales y bisexuales. Siguió una campaña de información poco definida, que combinaba mensajes macabros, tratando de reflejarse las principales tendencias internacionales: todos concordaban en que había que apelar a sentimientos básicos, algunos creían que lo mejor era provocar miedo, mientras que otros sostenían que la información racional acerca de los mecanismos de transmisión presentada con humor era lo más adecuado. Como mucha gente había oído hablar del SIDA, pero aún predominaban las concepciones equivocadas, la campaña en los medios de comunicación masiva fue diseñada entonces para enfrentar estas carencias, informando sobre los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas adecuadas, combatiendo los mitos prevalecientes, al tiempo que se promovía la monogamia como la mejor estrategia preventiva y el uso de condones como una alternativa. El lema de la campaña era: *"Disfruta del amor. Hazlo con responsabilidad"*. Se consideraba que si se querían modificar comportamientos, el primer paso debía ser la entrega de información; ahora se sabe que la información es una condición necesaria, pero no suficiente para modificar la conducta. La nueva campaña se anunció a través de una conferencia de prensa y ese día los periódicos publicaron una inserción de una plana con el siguiente encabezado: *"Preservativo o condón: el nombre es lo de menos, lo que importa es que puede salvar vidas"*. El anuncio terminaba diciendo: *"El SIDA no es un problema moral; es un problema de salud pública"*. A partir de entonces, todas las campañas del CONASIDA terminaban presentando la identificación institucional y el número telefónico de Telsida.

2. **Segunda fase (1989-1992).** Esta instancia, bajo la frase *"No es cuestión de suerte sino de vida o muerte"* en 1989 marcó un cambio en la filosofía de las campañas del CONASIDA. Se organizó un foro con participación de académicos, artistas, líderes de opinión, organizaciones de homosexuales, funcionarios públicos, grupos de derechos civiles, de prostitutas, ministros religiosos y representantes de todo el espectro político que discutieron temas, tales como: el papel del gobierno y de los medios, la educación sexual en las escuelas, la discriminación y los derechos humanos. Tres recomendaciones emergieron del foro:
 - a) El SIDA era un problema de salud pública y no un problema moral;
 - b) La información debía ser explícita; y
 - c) Las organizaciones no gubernamentales debían asumir un rol más activo.

La primera parte de esta campaña utilizó el lema: *"¿No cree que debería informarse?"* La segunda parte estuvo destinada a reconocer y estimular el involucramiento de la sociedad en la lucha contra el SIDA. Para ello, se usaron testimonios de líderes políticos, adolescentes, seropositivos, ejecutivos de empresas, etcétera, todos los cuales terminaban con el siguiente mensaje: *"Esto es lo que yo estoy haciendo, y tú ¿qué estás haciendo?"*. Posteriormente, se eligió el popular juego de *La Lotería*, los personajes fueron seleccionados para representar prácticas de riesgo y, junto con refranes populares humorísticos, se presentaron en veintidós carteles diferentes que se exhibieron en los vagones, en los corredores y en las plataformas del Metro. Algunos de estos carteles respondían a preguntas básicas sobre prevención, otros estaban

dirigidos a los grupos con prácticas de riesgo y todos enfatizaban que la información era la mejor arma contra el SIDA. Una atención preferencial se le dio a las mujeres, subrayando el hecho de que entre ellas la epidemia avanza más rápidamente que en otros grupos y se les estimulaba a exigir a sus compañeros el uso del condón. Además, se realizaron dos anuncios televisivos, y el lema de la campaña fue: *“El SIDA no es cuestión de suerte, sino de vida o muerte”*. A finales de 1991 se lanzó una nueva campaña. Se trató, en este caso, de un ‘spot’ televisivo en el que un niño de once años, con los ojos vendados, preguntaba a su padre - que estaba leyendo el periódico -: *“papá ¿qué es el SIDA?”*. El padre evidenciaba incomodidad, bajaba el periódico -él también tenía una venda en los ojos - y trataba de responder a su hijo, pero sin saber qué decir. El anuncio finalizaba con la frase: *“Quítate la venda de los ojos y quítasela a tus seres queridos”*.

3. **Tercera fase (1992-1994).** En 1992 el CONASIDA organizó un seminario multidisciplinario con la intención de analizar el punto en el que se encontraba la epidemia. Tomando en cuenta las opiniones y sugerencias derivadas de ese seminario, así como las experiencias de otros países, se desarrolló un Plan cuyos supuestos que lo inspiraron fueron los siguientes:

- a) En México, la mayoría de la gente tenía la información básica sobre el SIDA y cómo prevenirlo. Los mensajes no debían repetir lo que la gente ya sabe, sino dar nueva información.
- b) La mayoría de la gente no se sentía en riesgo. La campaña debe incrementar la percepción de riesgo en el conjunto de la población.
- c) Persistía una actitud discriminatoria frente a los que vivían con VIH/SIDA. Se debe fomentar la solidaridad y evitar violaciones a los derechos humanos.
- d) Las campañas en medios de comunicación masiva no modificaban el comportamiento y, por lo tanto, debían ser reforzadas con intervenciones cara a cara.
- e) México es un país complejo, con variadas y diferentes realidades sociales, culturales y religiosas. Por lo tanto CONASIDA, como institución de gobierno, debe proponer opciones para todos: desde la abstinencia hasta el uso del condón.
- f) Existía una creciente tendencia a olvidar que el SIDA se había instalado entre nosotros. La campaña debía asegurar que la gente no olvidara este problema. Un punto para destacar es la utilidad de la investigación para fundamentar la producción de campañas e intervenciones.

De 1996 al 2001 las campañas siguieron una estrategia trazada a partir de un plan de comunicación para la prevención del VIH/SIDA, fortalecido con la evaluación de la recordación e impacto de las campañas que se realizó a nivel nacional en 1997, la cual incluyó entrevistas a líderes de opinión de diversos sectores. Dicho plan concluyó con la quinta fase denominada *“Enchufes”*, transmitida en los medios masivos de octubre del 2001 a abril del 2002, en la que se destacó el efecto multiplicador de la infección del VIH por vía sexual mediante una analogía con enchufes, lo cual previamente se había destacado como un factor de mayor impacto entre la generalidad de los adolescentes.

A partir del 1º de noviembre del 2002 salió al aire una nueva campaña de prevención del VIH/SIDA, que promovía el uso del condón como una de las formas más eficaces para prevenir su transmisión y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) buscaba la comunicación entre madres, padres y sus hijas e hijos en torno a la sexualidad y al VIH/SIDA. Esta primera fase, denominada “*Resultado*”, se difundió en televisión, radio y anuncios en prensa y revistas durante los meses de noviembre y diciembre del 2002, pretendiendo cubrir a uno de los factores que han obstaculizado la adopción del uso del condón como medida de prevención del VIH/SIDA e ITS: el argumento “*con condón no se siente los mismo*”, que se expresa repetidamente entre el público como un pretexto, para no adoptar esta medida, aún entre quienes no han iniciado todavía su vida sexual.

El anuncio de televisión plantea un estado de alteración de un personaje joven que tuvo una práctica de riesgo y que se siente en peligro de haberse infectado, pretendiendo lograr una real percepción del riesgo en el espectador hacia la angustia, el miedo y la incertidumbre de saber si está o no infectado con el virus y, sobre todo, no llegar a experimentar estos sentimientos. Para ello se usa una frase que ha obstaculizado la adopción del uso del condón, y que cada vez que piensen que “*con condón no se siente lo mismo*” evoquen también las situaciones y miedos que provoca el no usarlo.

En radio y medios impresos se refuerza el mensaje hacia los adolescentes de que un pretexto para no usar un condón es todo lo que el SIDA necesita, con la propuesta de que el condón es una de las formas más efectivas para la prevención del VIH/SIDA y otras ITS. En el caso de las madres y padres de los adolescentes la propuesta radica en que prohibirles amistades, no dejarlos salir o tenerlos vigilados todo el tiempo no los protege, pero platicar con ellos, y ofrecerles confianza, son las únicas formas de ayudarlos a prevenir, dado que en la mayoría de los casos la transmisión del VIH es ocasionada por falta de información y por no darnos cuenta de que todos podemos estar en riesgo. Con este fin el lema que se maneja en los materiales informativos es: “*Tú no puedes estar siempre con tus hijas e hijos. Un condón sí*”.

Algunas de las lecciones aprendidas pueden resumirse así:

- a) La educación es un punto central en el combate a la epidemia, pero el conocimiento que se deriva de la pura información no es suficiente para modificar comportamientos de riesgo.
- b) Modificar los comportamientos creando un sentido de la percepción del riesgo y conciencia de que la prevención depende de cada uno, pero aun se está en los comienzos de la operacionalización de esas evidencias.
- c) Es indispensable desarrollar intervenciones que toquen aspectos más profundos de los individuos a los que se quiere llegar.
- d) Las campañas masivas no cambian de manera importante los comportamientos, pero son útiles para mantener un estado de alerta y para crear el clima que haga aceptable otro tipo de intervenciones más puntuales y específicas.

Si bien estas campañas han tenido un mayor impacto en la población general, al promoverse en los medios de comunicación, habrá que preguntarse qué pasa con aquellas personas que no tienen acceso a la televisión, la radio o el internet, etc.; éste es el caso de quienes se encuentran viviendo en prisión, donde sólo unos cuantos pueden contar con esos aparatos, lo que tiene como consecuencia que los mensajes diseñados por las diferentes estancias dedicadas al cuidado de la salud no les lleguen.

Por otro lado, la población interna se caracteriza por un nivel educativo muy bajo que no les permite comprender completamente los pocos mensajes que puedan llegar a escuchar o leer, y lo cotidiano es que no tengan contacto con personas que puedan resolver sus dudas o aclarar información.

Las estrategias para informar y prevenir en un escenario como la prisión deben seguir una detección de necesidades reales, construyéndolas con base en los recursos materiales, espaciales, recursos humanos, con los que se cuenta en la institución, para que se pueda impactar a esta población haciéndola conciente del problema y brindando alternativas para la realización de prácticas sexuales saludables y sin riesgo de adquirir el VIH.

En este capítulo se ha ofrecido un panorama muy general del estado del arte que guarda el fenómeno del VIH/SIDA en nuestro país, la información recopilada resulta un elemento que permite mayor conocimiento del mismo y su análisis crítico brinda la pauta para el desarrollo de intervenciones.

CAPITULO 3. EL SISTEMA PENITENCIARIO MEXICANO

*“Mirar y entender la cárcel y sus poblaciones en sí mismas
y en relación a su entorno, constituye un requisito
para la definición de intervenciones en VIH/sida
en el sistema penitenciario”
Onusida*

La finalidad por la que se ha decidido dedicar un capítulo al sistema penitenciario es la de describir el marco en el cual se ha desarrollado el presente trabajo, ofreciéndose una breve revisión general del sistema penitenciario en el Distrito Federal.

El sistema penitenciario en el Distrito Federal está constituido por 10 centros penitenciarios, el más antiguo la Penitenciaría del Distrito Federal inaugurada en los 50's, los Reclusorios Preventivos Varoniles Norte, Oriente y Sur, el Centro Femenil de Readaptación Social Tepepan y los Centros de Ejecución de Sanciones Penales Norte y Oriente (antes llamados Reclusorios Preventivos Femeniles), que iniciaron operaciones en los 80's; el Centro de Readaptación Social Varonil y el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, que se inauguraron en 2003 y 2004 respectivamente. El último centro es el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial para población psiquiátrica e inimputable.

3.1 Finales del siglo XX

La década de los años ochenta tuvo para el penitenciarismo pocos avances y muchos retrocesos, la mayoría de las prisiones habían sufrido un gran deterioro: sobrepoblación, normatividad deficiente, autogobierno, corrupción de autoridades e internos, falta de personal o personal inadecuado, directivos improvisados, grandes y exagerados privilegios para internos con fuerte poder económico (Tavira, 1995; Mendoza, 1998).

Lo anterior tiene como consecuencia que la historia de esos años y principios de los noventa este llena de fugas, motines y riñas que dejan ver la pérdida del control en el sistema penitenciario no solamente en el Distrito Federal sino en todo el país.

Es hasta mediados de 1998 cuando se vuelve a poner atención en la situación que atravesaban las prisiones, realizándose algunas acciones que permitieran mejorar la calidad del servicio brindado por el sistema penitenciario tanto a los internos como a la sociedad, algunas de ellas son señaladas por la Licenciada Clementina Rodríguez. Directora del Reclusorio Preventivo Femenil Norte: “A partir de 1998 se empiezan a elaborar reformas como la Ley de Ejecución de Sanciones Penales (que sustituye a la Ley de Normas Mínimas) en la cual el punto más importante es el tratamiento en externación, principalmente para los primodelincuentes con penas menores de 7 años; también se introducen dos nuevas figuras dentro del personal penitenciario: los técnicos penitenciarios cuya función es la de trabajar en medidas para mejorar la calidad de vida de los internos dentro de la institución; y los supervisores de aduana quienes se encargan de supervisar y normar lo que ingresa a la

institución (tanto personas como alimentos, objetos, etc.). Se está capacitando al personal para que tomen conciencia del papel que juegan como servidores públicos y se estimula la cultura de respeto a los derechos humanos” (citado en Castellanos, *et. al.*, 2000:52).

Respecto a la situación en la que se encontraban los centros penitenciarios del Distrito Federal a fines del año 2000, algunos funcionarios y expertos en la materia comentan:

“En 1992, la población penitenciaria no rebasaba los 5,000 internos en todos los reclusorios (varoniles y femeniles), actualmente estamos hablando de más de 20,000 por lo que los espacios han sido reaprovechados, es decir, se han hecho anexos en los reclusorios Norte, Oriente y Sur para dar atención a un mayor número de internos de acuerdo a la acreciente demanda que se ha dado en el sistema penitenciario. Esto ha tenido como consecuencia que se reduzcan espacios deportivos, áreas verdes, entre otros. Lo anterior ha dificultado el cumplimiento del artículo 18 constitucional referente a los medios para la readaptación social. Creo que en este momento el sistema penitenciario debe renovarse, puesto que la situación se esta convirtiendo en una bomba de tiempo” (Licenciado Jaime Abasolo, Director del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial –CE.VA.RE.PSI.- citado en Castellanos, *et. al.*, 2000:53).

“La situación actual de las cárceles en el Distrito Federal es apremiante y muy difícil porque hay sobrepoblación y toda una serie de situaciones que han venido a complicar el que estas instituciones se mantengan en un nivel de eficiencia y funcionamiento adecuados. En el caso concreto de la Penitenciaría presenta características diferentes, no tiene sobrepoblación por el contrario de los reclusorios preventivos, especialmente el Norte y el Oriente; dichas circunstancias han permitido implementar una serie de programas que han dado resultados si no completamente transformadores, si impactantes para la población dentro de la Penitenciaría. Sin embargo, con la construcción de la nueva penitenciaría quedarán espacios libres para descargar a los reclusorios preventivos lo cual dará al sistema nuevas posibilidades” (Licenciado Francisco Escalante, Director de la Penitenciaría del Distrito Federal, citado en Castellanos, *et. al.*, 2000:53).

También considera que hay más internos porque existe una política más estricta en relación a la forma de trabajo de la Procuraduría que tiene que ver con la eficiencia en las detenciones de los delincuentes, las políticas que sigue el Ministerio Público en cuanto a la persecución de los delitos denunciados, entre otros.

“Es importante considerar que la población penitenciaria cambió, ya no son los mismos delitos que antes, se ha pasado de un ladrón simple al crimen organizado en el cual se habla de un alto poder económico y social que ha vuelto vulnerable al sistema. El problema de la sobrepoblación se ha agravado más por el endurecimiento del sistema penal, en el que se etiquetan más delitos como graves y por lo tanto se dan penas más largas y sin derecho a beneficios lo cual provoca que se dificulte la readaptación” (Licenciada Clementina Rodríguez, Directora del R.P.F.N., citado en Castellanos, *et. al.*, 2000:53).

“La cárcel para mí es un establecimiento donde se dan todas las contradicciones sociales, y esa condición social lleva a un problema de cómo se aplica la ley, consecuentemente si tenemos un mal procedimiento penal lo vemos reflejado en la cárcel en la sobrepoblación y el hacinamiento, la suma de éstas lleva a otras problemáticas internas (tanto de personal técnico, custodios y funcionarios, como de los propios internos), siendo la corrupción una de ellas, lo que provoca el hundimiento de valores en la gente, esto es que la sobrepoblación y el hacinamiento llevan a la pérdida de la libertad, de los valores y los principios de los seres humanos en donde la ley del más fuerte es el que prevalece. Ambos fenómenos son el resultado de sentencias muy altas y no solución de la problemática” (Maestro Fernando Mancilla, Criminólogo y Coordinador del Área Psicolegal de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México citado en Castellanos, *et. al.*, 2000:54).

“La situación actual es con tendencia al caos, es decir, la sobrepoblación en cada centro penitenciario va en aumento, es por eso que están ampliando instalaciones, sin embargo, no son suficientes debido al exceso de internos. En el Reclusorio Sur, que es el conocemos perfectamente por trabajar en él, no existe tanto hacinamiento porque si se ha ampliado; en cuanto a su interior, su contenido, el hacinamiento es tal, que justamente provoca rozamientos, situaciones desagradables, pleitos, conservación de la situación de liderazgo, conservación del tráfico de estupefacientes y tóxicos en general. Si no fuera por los tóxicos la estabilidad de los reclusorios peligraría porque es un mal hasta cierto punto necesario, puede existir la falta de agua o alimento, pero no puede existir la falta de tóxicos porque la población inmediatamente se empieza a alterar” (Doctor Alberto Pinzón, Médico Psiquiatra del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, -R.P.V.S.-, citado en Castellanos, *et. al.*, 2000:54).

“La situación actual de las prisiones en el Distrito Federal me parece espantosa, se termina el siglo XX en las mismas condiciones espantosas que había al término del siglo XIX; en 1900 se inició el siglo con la inauguración de Lecumberri, se inició el 2000 con la próxima inauguración de la nueva penitenciaría, lo que es una aberración: construir lo nuevo cerca de lo viejo” (Doctor Antonio Sánchez Galindo, Director Técnico del Consejo de Menores Infractores del Distrito Federal citado en Castellanos, *et. al.*, 2000:54).

3.2 El VIH/SIDA en las cárceles.

Dentro de la subcultura intracarcelaria, existe un vínculo directo entre la jerarquía de poder y la sexualidad. Esta estructura ha sido completamente impactada por la contundencia del VIH/SIDA: lo que antes era visto como parte intrínseca de esta subcultura, en muchos casos deliberadamente invisibilizada, a la sombra del SIDA se ha dimensionado como uno de los problemas de salud más importantes en algunos sistemas penitenciarios (Schifter, 2001).

Tradicionalmente la asistencia médica en las prisiones se ha prestado a demanda, atendiendo fundamentalmente desórdenes mentales y enfermedades transmisibles clásicas, la

irrupción en la sociedad, y por tanto, en las prisiones, a mediados de la década de los ochenta, de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, cambia sustancialmente esta situación (Guerrero, Vera y González, 2001).

La población penitenciaria se ha caracterizado por albergar a un gran número de personas que proceden de ambientes marginales, fracaso escolar y carencia de recursos para solventar dichos problemas. La privación de la libertad viene a agudizar dichos problemas, y esta población generalmente manifiesta hostilidad y rechazo hacia todo aquello que represente los valores de una sociedad 'diferente' que no es precisamente la marginal en la que han tenido que sobrevivir (Collantes, Llorente, Lucas y Serralta, 2002).

Se ha constatado que la prevalencia de infección por VIH es proporcionalmente más elevada en la población reclusa que en la población general. En algunas prisiones madrileñas se eleva hasta el 50%. Lo anterior se da por tres razones (Martín, 2000):

1. La población reclusa está compuesta por grupos de riesgo frente a la infección por VIH.
2. La prisión es un lugar donde las prácticas de riesgo frente al VIH están presentes.
3. Las políticas de prevención y control de la infección por VIH obvian aquellos mecanismos y actividades que en la sociedad se han mostrado eficaces.

Los presos son un grupo de alto riesgo debido a que son predominantemente varones entre veinte y cuarenta años, un grupo sexualmente muy activo, procedentes de niveles económicos pobres con bajos niveles de educación, siendo muy comunes los problemas de consumo y abuso de alcohol y drogas. La infección por VIH suele estar relacionada al colectivo de usuarios de droga intravenosa (Martín, 2000).

Las prisiones no están fuera del mundo. Los índices de VIH son muy altos en la población carcelaria. Los prisioneros y los otros -incluyendo personal y visitantes-, se mueven dentro y fuera de la prisión todos los días. Algunos prisioneros tienen una sentencia corta y una vez concluida ésta regresan al mundo exterior (Colectivo Sol, 1994; ONUSIDA, 1997a).

Dentro de las instituciones penitenciarias existen una gran variedad de factores de riesgo para la infección por VIH entre los que podemos mencionar: el consumo de drogas inyectables, los tatuajes y/o perforaciones en la piel con material compartido y no esterilizado, y las relaciones sexuales (prostitución o violación) sin protección principalmente entre hombres.

La diseminación del SIDA en las cárceles fue acelerada no solo por las relaciones sexuales sin protección, sino también por violaciones, uso común de agujas hipodérmicas, ritos de hermandad de sangre, sobrepoblación y falta de educación, de información y cuidados médicos (Deen, 1997).

Aunque sean menos numerosos, puede haber casos de transmisión del virus por personas que no sean portadoras, pero que manejen inadecuadamente objetos infectados, por ejemplo: material quirúrgico u odontológico, o plasma sanguíneo. Por otro lado,

refiriéndose a los seropositivos, hay otras vías de transmisión que no son sexuales, en España la principal vía de contagio es el uso común de jeringas entre drogadictos. Otra forma de diseminación es por agresiones clavando agujas u otros objetos infectados, a través de las pequeñas heridas o cortes, o peleas en las que puede haber contacto con la sangre de otros (Luzón, 1993 y Alvaro y Vegue, 2000).

Las personas que viven en prisión reportan múltiples parejas sexuales, prácticas sexuales de alto riesgo y uso inconsistente del condón. En el caso de quienes son adictos, los predispone a intercambiar sexo por drogas o dinero (Chang, Bendet, Koopman, McGarvey y Cantebury, 2003).

Multidimensionalmente, los factores de riesgo se han vinculado a variables conductuales, actitudinales, interpersonales y psicosociales. En las personas que viven en prisión ha sido asociado a uso de drogas intravenosas, enfermedad psiquiátrica, padecimiento de ITS, inadecuada percepción de riesgo, alto índice de actividades sexuales de elevado riesgo, actitud negativa ante actividades reductivas de riesgo, bajos niveles de conocimiento acerca del VIH, consumo de alcohol, intercambio de jeringas, desesperanza, pobre comunicación acerca del SIDA con sus parejas, contexto social de conductas de riesgo e influencia de pares. Intervenciones ante el VIH se han encontrado que son efectivas cuando se apunta hacia las conductas de riesgo y necesidades de subpoblaciones específicas (Lang y Belenko, 2001).

En el medio penitenciario, la prevalencia de internos seropositivos alcanza un elevado porcentaje, entre 20 y 40% dentro de las prisiones españolas. Este hecho es conocido por los trabajadores y funcionarios penitenciarios y genera sentimientos de preocupación por los riesgos de contagio de enfermedades que pueda haber en su labor diaria en contacto con estos internos (Arroyo y Aso 2000). En Estados Unidos, entre las mujeres presas hay mayor índice de seroprevalencia que entre los varones presos (3% y 2% respectivamente). En el 2001 la seroprevalencia entre personas que viven en prisión corresponden, en Francia (4.1%), España (16.4%), Rusia (3.1%), Honduras (6.8%), Nigeria (9.0%), Zambia (26.7%), Costa de Marfil (27.5%) y Brasil (15%) (Grace, Macalino, Sanford-Colby, Patel, Sabin, Salas y Rich, 2004).

La prevalencia del VIH en las cárceles de Francia es diez veces mayor que en la población general. En Santa Fe, Argentina, entre 11 y 14 % de todos los presos tenían el virus del SIDA en 1995. En Alemania, un estudio en cárceles femeninas reveló que un tercio de las reclusas se inyectaban droga y 4.9% de ellas eran portadoras del VIH (Deen, 1997).

En un estudio realizado por Arroyo y Aso (2000) se construyó una encuesta cuya intención era evaluar los conocimientos y actitudes que los funcionarios tenían en relación con los siguientes temas: riesgo de contagio de trabajador penitenciario, aspectos psicopatológicos del SIDA y entorno penitenciario, aspectos médico-legales del SIDA en relación con el trabajo penitenciario, programas de prevención del SIDA y enfermedades asociadas promovidas por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Después de haber tomado el curso de intervención, 94.4% declararon que sí existía diferencia entre un

portador del virus y un enfermo de SIDA; el 70% no creía conveniente el aislamiento de los enfermos de SIDA. El SIDA es una enfermedad contagiosa con graves implicaciones para la salud, y por esta razón generadora de fuertes sentimientos de temor, que pueden dar lugar a actitudes guiadas más por factores emocionales que racionales. Los funcionarios no sanitarios que trabajan en las prisiones se relacionan, por su trabajo, con un número importante de internos seropositivos y de enfermos de SIDA o de otras enfermedades contagiosas y perciben la existencia de un potencial riesgo de contraer dichas enfermedades. Es importante que los equipos sanitarios de las prisiones tengan en cuenta las demandas y las atiendan adecuadamente para evitar actitudes irracionales de rechazo colectivo de reclusos enfermos. Se observa que hay una sobrevaloración de los riesgos de contacto, si bien el 90% declara conocer los mecanismos de transmisión del SIDA, un 50% expresan comportamientos irracionalmente precavidos.

En un estudio realizado en prisiones de Nueva York se utilizaron dos escalas: *Addiction Severity Index* (ASI) y *Self-rating Psychosocial Functioning and Motivation Scales* (SRF) con la intención de elaborar perfiles de riesgo de adquisición de VIH. Descubriendo que en los delincuentes que dicho riesgo estaba asociado al consumo de drogas más que a actividades sexuales. En el primer caso, reportan llevar un gran número de años consumiendo alguna sustancia y se han visto involucrados en delitos que están directamente relacionados con la adquisición de las drogas (robos, asaltos), cuentan con un bajo grado de escolaridad y por lo tanto, de oportunidades laborales (Lang y Belenko, 2001).

Es difícil estimar la cantidad de reclusos y reclusas usuarios de drogas inyectables, o los y las que tienen relaciones sexuales sin protección, porque en teoría son comportamientos que no están permitidos o no deberían ocurrir en un sistema penitenciario, y por eso se realizan en la clandestinidad. Sin embargo, es evidente que en la mayor parte de las cárceles del mundo estas conductas son cotidianas. En México, la visita conyugal implica (en estas condiciones) un incremento del riesgo de infección para el interno o la interna y para su pareja por la falta de precauciones adecuadas (Scholle, 1988; Ruiz, 1998).

Muchos de los seropositivos que están en prisión fueron infectados fuera de ella; algunos de ellos pertenecen a segmentos de la población con un riesgo de infección más alto. Por ejemplo, algunos fueron detenidos por uso o tráfico de drogas y a veces continúan usándolas dentro de prisión.

Los prisioneros se encuentran en una posición sumamente vulnerable tanto hacia el poder de las autoridades carcelarias, como hacia las demandas sexuales de los propios internos, muchas de las cuales son violentas por naturaleza. El contacto sexual entre hombres es común en todas las prisiones alrededor del mundo; la violación existe, en algunas cárceles es un "evento usual", una manera de iniciación institucional. Lo más común es el sexo anal y si la relación sexual es forzada como en el caso de la violación, el condón no es una regla válida en prisión. Las relaciones pueden ser de común acuerdo, pero pueden ser asimismo forzadas en mayor o menor grado. Muchos reclusos se hallan en la cárcel por delitos violentos; algunos son psicológicamente inestables. En el ambiente tenso y claustrofóbico de las cárceles, con sus propias reglas, jerarquías, alianzas y enemistades entre los presos, pueden

producirse con facilidad agresiones, inclusive de tipo sexual contra reclusos. Entre las relaciones sexuales practicadas entre hombres en las cárceles figura el coito anal sin protección, el cual es un factor de alto riesgo de transmisión del VIH. El riesgo es incluso mayor sin lubricación o si el coito es forzado, como en el caso de violación. En las cárceles no se dispone por regla general de preservativos. En las cárceles de mujeres en que hay funcionarios varones también pueden darse las relaciones sexuales entre ambos sexos (ONUSIDA, 1997a).

En la mayor parte de las instituciones penitenciarias se hace poco por educar a los presos acerca de los riesgos del VIH. En algunos países se llevan a cabo las pruebas del VIH entre la población reclusa, pero a menudo sin haber obtenido su consentimiento informado.

Silva (1993) señala que una vez conocidos los sujetos seropositivos se plantea la cuestión de si cabe adoptar medidas de separación o aislamiento de éstos frente al conjunto de los reclusos. Hay quien entiende que tales medidas de aislamiento no están indicadas desde el punto de vista médico salvo que se pueda determinar en el sujeto una especial agresividad, una homosexualidad activa o una prosecución del consumo de drogas por vía parental.

Este mismo autor indica que el hallarse afectado por una enfermedad infecto-contagiosa debe ser fundamento suficiente para la separación en aquellas actividades u ocupaciones en las que por su especial configuración, sea ineludible su adopción, dados los riesgos de contagio existentes, en particular a los relativos a la celda, donde, en lo que importa al efecto de transmisión del SIDA, el consumo conjunto de droga o las relaciones sexuales consentidas o forzadas pueden ser factibles.

En esta misma línea Del Pont (1995), considera que las personas privadas de su libertad poseen el derecho a la separación de los enfermos mentales, de quienes padecen una enfermedad infectocontagiosa, sordomudos y menores de edad, esto debido a que los individuos necesitan de un tratamiento adecuado en una instalación separada que cuente con los medios humanos y técnicos suficientes.

La confidencialidad de la información médica en una prisión es virtualmente imposible de mantener. Donde existe la cuarentena o el aislamiento no es posible conservar la confidencialidad. El personal médico que maneja los registros médicos no siempre es cuidadoso en la protección de la privacidad. Algunas cárceles utilizan los resultados de la prueba de VIH para tomar decisiones acerca de la clasificación o segregación, la asignación de trabajos y los privilegios de visita, entre otros.

Históricamente, las prisiones se han aproximado a la prevención de la transmisión del VIH en dos maneras diferentes y contradictorias: cuarentena o segregación y educación. En el 2000, en los estados de Alabama, Mississippi y el Sur de Carolina, se ubicaba a los seropositivos en áreas de segregación, y con el transcurso del tiempo, se analizaba caso por caso para determinar otra ubicación (Hammett, Harmon y Maruschak, 2001)

La mejora del cumplimiento antirretroviral en sujetos seropositivos, constituye uno de los principales objetivos marcados por los profesionales sanitarios que prestan sus servicios a la población penitenciaria. De igual forma, la puesta en práctica de medidas que aumenten la accesibilidad para iniciar estas terapias y mantengan una alta adherencia al tratamiento, aparecen hoy en día, como verdaderos retos de la sanidad penitenciaria, propósitos que se muestran difíciles de alcanzar (Romero, Gallego, Vaquero, Aguilera, Molina y Vinuesa, 1999).

En el caso de la infección por el VIH, el abandono de los tratamientos prescritos suele situarse habitualmente, en torno al 20-60%; no existe un patrón estándar que permita calificar previamente a un paciente como potencialmente “incumplidor”, aunque existen algunos grupos caracterológicos (enfermos mentales, indigentes, alcohólicos, UDVPs (usuarios de droga por vía parental), pacientes con abandonos previos, etc.) que se han mostrado habitualmente ligados al incumplimiento del tratamiento en otros procesos como la tuberculosis. De forma general, se considera cumplidor al paciente que efectúa correctamente un mínimo del 90% de las pautas y dosis prescritas; y como cumplidor parcial cuando está por debajo de este umbral (<90%). Algunas ventajas derivadas del internamiento, ya que la asistencia a los reclusos, por las características de institución cerrada de la prisión y la organización de los servicios sanitarios penitenciarios, suele ser próxima, inmediata y accesible, lo que permite el acercamiento, la comunicación y la rápida resolución de posibles incidencias del tratamiento. Otro elemento que repercute en el cumplimiento terapéutico es la capacidad y voluntad del equipo sanitario para atender las necesidades perentorias de los enfermos, como ocurre en los internos drogodependientes, en quienes la necesidad adictiva es prioritaria (Marco, 2000).

Para la Organización Mundial de la Salud (1987), los presos no deben sufrir prácticas discriminatorias en relación con el SIDA, o la infección del VIH (pruebas obligatorias, segregación o aislamiento), salvo cuando sea necesario para su bienestar. Las decisiones sobre pruebas y/o medidas de detección deben tomarse teniendo en cuenta el consentimiento informado, la capacidad de preservar el carácter confidencial de los resultados y la presentación de ayuda positiva a los individuos afectados.

En 1999 el Buró Federal de Prisiones solicitó pruebas obligatorias para los reclusos de sus prisiones, pero algunos estudios sugieren que este método es probablemente menos efectivo en la educación de prisioneros y en el cambio de su conducta que los programas educativos y las pruebas voluntarias; debido a que esta población requiere más información que otras poblaciones para tomar decisiones informadas acerca de participar en estudios relacionados con el VIH (Marjone, Robertson, Clark, Charlebois, Tulski, Long, Bangsber y Andrew, 2004).

Otra organización que enfatiza la consideración del problema del SIDA en el ámbito penitenciario es Act Up (AIDS, Coalition To Unleash Power) quien señala que toda persona detenida tiene los mismos derechos que la población fuera de prisión en lo que se refiere al acceso a la información, a la prevención y a la atención sanitaria, al respeto a la confidencialidad y a la protección contra toda forma de discriminación (Act Up, 1995).

En Austria, se cuenta con una Ley Especial del SIDA desde 1989, cuya concepción básica con la que se intenta hacer frente a la propagación del SIDA dentro de las prisiones, radica principalmente –de acuerdo con las correspondencias de la OMS y del Consejo de Europa- en medidas de información, asesoramiento y ayuda (Burgstaller, 1993).

En Argentina existe la posibilidad de la liberación de aquellos internos que comprueben ser portadores de VIH y tengan por lo menos una de las enfermedades oportunistas vinculadas con el SIDA que conducen a la muerte o a la invalidez física y/o mental, no debiendo los prisioneros seropositivos ser objeto de prácticas discriminatorias. En Chile, el Programa Nacional de Control del SIDA en Recintos Penales tiene el objetivo de controlar la propagación de la enfermedad al interior de las prisiones, mediante vigilancia epidemiológica, la prevención, el fomento de actitudes y conductas seguras, a través de la atención médica especializada y digna a los internos seropositivos y enfermos del SIDA (Labastida, Villanueva e Izazola, 1997).

Neuman (1994) considera que en cuestión del SIDA, aun no se ha atinado dando pasos para su solución, no pareciendo la cárcel tradicional, ni siquiera en pabellones especiales, lo más conveniente. Por otro lado, apunta: “Creo que los enfermos de SIDA - procesados y sentenciados- ya se hallan bastante condenados por la vida (o la muerte, según se vea); por ello, deberían ser ubicados en granjas, reciclando algún edificio, formando comunidades terapéuticas, con trabajos útiles y productivos y, en lo fundamental, permitiendo que estos reclusos se junten para gestionar con la dirección. Formando, de tal modo, grupos a la medida de alcohólicos anónimos, para ayudarse y redimensionar sus existencias o lo que reste de ellas”(p.121).

Para el Act Up (1995) los detenidos con SIDA deben ser beneficiarios de todas las medidas posibles que puedan conducir a una excarcelación anticipada, tomando en consideración los efectos negativos que el encarcelamiento produce sobre el estado de salud del detenido. También señala la importancia de un trabajo de formación de personal sanitario y penitenciario, así como la información para las personas encarceladas, todo esto, con el fin de cesar las discriminaciones asociadas al estatuto serológico.

En prisiones, la prevención de enfermedades, así como la atención médica requieren contrastar el modelo médico basado en la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento con las exigencias penitenciarias de custodia, control y castigo. Tanto los aspectos relacionados con la seguridad como la propia noción de castigo inherentes al sistema carcelario pueden ser serios obstáculos para la prevención efectiva del VIH/SIDA en prisión (Tollada y Comp, 1994).

Frecuentemente la asistencia sanitaria a los reclusos seropositivos o con SIDA es nula o mínima, en comparación con la que éstos podrían recibir fuera de la cárcel. A veces las autoridades estiman que aislar a los presos seropositivos o con SIDA es la respuesta adecuada para detener la propagación del VIH en las cárceles (ONUSIDA, 1997a).

Es importante mejorar las condiciones de higiene y el sistema de atención sanitaria dentro del medio penitenciario, el seguimiento médico constante tanto preventivo como profiláctico reconociendo primeramente la existencia de prácticas de riesgo (homosexualidad, tatuajes, uso de droga endovenosa), situación que requiere la distribución de equipos que contengan tanto productos de higiene de primera necesidad, como el material necesario para el desarrollo de prácticas seguras, sean éstas lícitas o no, y la información necesaria para su utilización (Act Up, 1995).

Cuando se han detectado conductas de riesgo, es más fácil intervenir desde la promoción del uso del condón, que abogar por el intercambio de jeringas o la instrucción de alternativas de esterilización para agujas, lo que genera controversia dentro de encuadres legales (Lang y Belenko, 2001).

Para Silva (1993), existe un acuerdo generalizado en admitir que la transmisión del SIDA constituye en prisión un riesgo más elevado que en otros ámbitos sociales, a ello contribuyen una gran diversidad de factores. Por un lado, en las cárceles se hallan individuos consumidores de drogas por vía parental en un número muy elevado y por consiguiente puede apreciarse una alta concentración de individuos pertenecientes a uno de los “grupos de riesgo” en relación a la infección del VIH. Por otro lado, además aunque ya en segundo plano, es asimismo una realidad extendida en prisión la de las prácticas homosexuales, ya sean consentidas o forzadas con lo cual se constata la concurrencia de un segundo grupo de individuos con conductas de alto riesgo.

En un estudio realizado por Chang, *et. al.* (2003) encontraron que las personas en reclusión tienen menos conocimientos respecto al VIH/SIDA que la población en general, que el monitoreo parental, que incluye la cantidad de tiempo que los hijos viven con sus padres biológicos, la atención y apoyo que éstos brindan, están asociados a la ejecución de conductas poco riesgosas durante los intercambios sexuales.

Asimismo, la posesión de una autoestima elevada es un factor que favorece las conductas de sexo protegido. Otra variable psicológica asociada a actitudes sexuales seguras es el sentido de ‘esperanza’ como ‘el grado en el cual una persona posee la creencia de una vida confortable y que la existencia de un futuro positivo es posible para sí mismo y los otros’. Al pensar en la existencia de futuras oportunidades pueden optar por procurar su salud. Por el contrario, el sentimiento de desesperanza guía la adopción de conductas de riesgo. Finalmente, el consumo de alcohol y drogas está negativamente asociado a las actitudes sexuales seguras.

Junto a lo anterior, varios factores actúan de modo potencial a la difusión de la enfermedad como lo son la sobrepoblación, el hacinamiento, la falta de higiene, el clima de violencia, la ignorancia, los prejuicios, la negación de los problemas, todos estos son rasgos característicos de un buen número de centros penitenciarios en el mundo y por consecuencia de nuestro país.

3.2.1 VIH/SIDA y género en las instituciones penitenciarias.

Para el caso de la vulnerabilidad biológica se ha comprobado que en las relaciones heterosexuales la mujer es de dos a cuatro veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre, porque la zona de exposición al virus durante la relación sexual es de mayor superficie en la mujer, porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales, y porque las ITS son más frecuentemente asintomáticas y no tratadas en la mujer que en el hombre, lo que debilita la mucosa vaginal permitiendo la entrada del virus, más aun en las adolescentes, cuyo aparato genital todavía está inmaduro. Epidemiológicamente los patrones de formación de pareja vigentes en la gran mayoría de las sociedades llevan a que mujeres más jóvenes mantengan relaciones sexuales y establezcan pareja con hombres de mayor edad, lo que hace que dichas mujeres estén en un mayor riesgo de infectarse por el VIH debido a que practican sexo desprotegido. Por otro lado, las mujeres suelen necesitar más transfusiones sanguíneas que los hombres. En cuanto a la vulnerabilidad social, las mujeres del tercer mundo siguen teniendo menor acceso a la educación y al trabajo asalariado, lo que las vuelve más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a la información y a servicios adecuados de salud (Herrera y Campero, 2002).

En Nueva York, la prevalencia de seropositividad en sus prisiones es del 19%; asimismo, se encuentran elevados índices de ITS. Las evaluaciones conductuales de mujeres que viven en prisión corresponden a historias de conductas sexuales de riesgo, entre ellas el uso de drogas y el intercambio sexual por dinero, el inicio temprano de su vida sexual y las múltiples parejas sexuales. En el estudio realizado por Hogben, Lawrence, Hennesy y Eldridge (2003), se utilizaron cuatro instrumentos para evaluar: conocimientos, creencias acerca del uso del condón, creencias acerca de la prevención del VIH e ITS y barreras percibidas. Encontrándose que las creencias acerca de la prevención del VIH no estaban asociadas a las actitudes acerca del uso del condón, ellas reportaban baja autoeficacia preventiva cuando se encuentran bajo el efecto del alcohol o las drogas; las intervenciones que promueven el autocontrol en la ingesta de alcohol/drogas y la separación de situaciones potencialmente sexuales de la droga/alcohol pueden ser estrategias útiles.

Las mujeres seropositivas presas han estado en situaciones de riesgo asociadas a intercambio de sexo por drogas o dinero, sexo no protegido con usuarios de droga intravenosa, así como bajos índices de uso del condón (Lawrence, Eldridge, Shelby, Little, Brasfield y O'Bannon, 1997).

El género femenino está asociado con más fuerza a las intenciones de sexo seguro en comparación con el género masculino. Las mujeres tienden a tener más actitudes favorables acerca del condón, como presionar para que se use y consistencia en su uso con sus parejas masculinas. También poseen mayores conocimientos acerca de los contraceptivos que los varones. Los varones reportan más parejas sexuales que las mujeres. La edad puede estar asociada al mantenimiento de conductas de riesgo debido a que se ha estado expuesto mayor tiempo al reforzamiento y a la promoción de prácticas sexuales riesgosas por parte de los pares (Chang, *et. al.*, 2003).

En prisiones españolas, en 1999 se inicia un proyecto de formación de mediadores en salud para actuar contra la infección por VIH. Esta actuación ya tiene precedentes en relación con programas de sexo más seguro y de mantenimiento con metadona que se ha realizado en algunas prisiones. Este proyecto buscaba promover el uso del preservativo, consumo de drogas con menos riesgo y la adherencia a tratamientos antiretrovirales. La educación entre iguales, es decir, la educación de unas personas por otras de su mismo grupo o rango social es una estrategia que evita el rechazo de lo 'convencional'. Implicar en la promoción de la salud y en especial de la prevención del VIH a profesionales que laboran dentro de los centros penitenciarios. La instrucción con los profesionales se realizó mediante talleres formativos, enfatizando el promover el cambio de prácticas de riesgo. Para la selección de internos se tomó en cuenta su conocimiento acerca de los compañeros, su relación con ellos y su grado de participación en otras actividades; de preferencia con buena capacidad de liderazgo, con capacidad de comunicar, permanencia en el centro de por lo menos un año, actitud de compromiso con los temas de salud y tener una edad próxima a la población meta. Entre los aspectos positivos destacaron el aumento de conocimientos que habían adquirido los internos y la mejora de la calidad comunicativa entre internos y profesionales. Concluyen que la educación de interés a través de sus iguales resultó una estrategia acertada y efectiva, ya que los celos que provoca la información transmitida, sobre todo si proviene de agentes institucionalizados por el medio penitenciario, quedan aparcados la mayor parte de las veces si la información es exacta, inequívoca, adecuada y está revelada además por un compañero. Concluyen que el principal recurso para la salud son las propias personas, señalando que si se consigue que los internos se consideren a ellos mismos como máximos responsables de su salud estarán dando un paso fundamental para la prevención de la infección por VIH (Collantes, *et. al*, 2002).

Bollini, Laporte y Harding (2002) evalúan las directrices marcadas por la OMS en 1993 para el tratamiento y prevención de la infección del VIH en el sistema penitenciario de cinco países y regiones de Europa del Este (Moldavia, Hungría y Nizhniy Novgorod) y Europa Occidental (Suiza e Italia). Los resultados ponen en relieve que los países de Europa del Este que se caracterizan por un sistema penitenciario opresivo y totalitario y se requiere la identificación de los casos diagnosticados y el aislamiento de los reclusos infectados por VIH. En los países de Europa Occidental que se caracterizan por un sistema penitenciario basado en los valores del Consejo de Europa, los reclusos pueden realizarse la prueba de detección del VIH de forma voluntaria y no son segregados. En Suiza se enfatiza el preservar la vida a través de evitar la infección, es el único país que ha aplicado todo tipo de estrategias de reducción de daños tanto en la comunidad como dentro de las prisiones. Concluye que aunque las directrices señaladas por la OMS posibilitan que los países contemplen en sus políticas sanitarias la importancia de la prevención y el tratamiento al VIH/SIDA dentro de las prisiones, la `presencia de leyes que prohíben acciones específicas, el desconocimiento de las autoridades penitenciarias de la existencia de dichas directrices, o la escasez de recursos económicos impiden que se materialicen las recomendaciones de la OMS en prácticas eficaces. Junto a esto la actitud negativa de la comunidad hacia los reclusos considerando que estas personas deberían tener acceso limitado a los servicios sanitarios y la controversia que suscitan ciertos temas como el intercambio de jeringuillas, posprogramas de metadona y la

distribución de preservativos constituyen obstáculos importantes para aplicar tratamientos sanitarios preventivos en las instituciones penitenciarias.

3.2.2 Prisiones y prácticas preventivas.

Las cárceles son diseñadas para confinar y castigar a las personas, pero frecuentemente fracasan al proveer el nivel de servicios de salud requeridos por pacientes con VIH. Como sucede con otras enfermedades crónicas, el control del VIH requiere servicios de salud que son caros en términos de personal, pruebas de laboratorio y medicamentos. Una condición que obstaculiza la consistencia del esquema de tratamiento médico que se les proporciona, es el traslado de los reclusos a otros centros penitenciarios.

En el caso de la población carcelaria se empieza con una cierta ventaja: el hecho de que los reclusos constituyan una comunidad cautiva brinda una oportunidad excepcional para acceder fácilmente a ellos, con la finalidad de darles la educación y los materiales necesarios para la prevención de la infección por el VIH.

En una consulta realizada en 1987 por la Organización Mundial de la Salud, reconociendo los riesgos de transmisión del VIH en las prisiones, recomendaron las siguientes líneas de trabajo (García, 2003):

- Trato de los prisioneros de forma similar a otros miembros de la comunidad.
- Considerar la liberación compasiva de prisioneros con SIDA.
- Prácticas no discriminatorias en relación a la infección por VIH.
- Proveer información acerca del VIH al personal y a los prisioneros.
- Consentimiento informado y confidencialidad en las pruebas de anticuerpos *contra el VIH.

Entre las respuestas específicas a los problemas del uso de drogas intravenosas y de las relaciones sexuales entre hombres cabe citar las siguientes (ONUSIDA, 1997a):

- Reducir la demanda y ofrecer tratamiento a los presos toxicómanos, incluidos el tratamiento de sustitución o el programa de suministro (por ejemplo, con metadona).
- Suministrar lejía líquida concentrada para esterilizar agujas y jeringuillas (incluidas las que se utilizan para el tatuaje), junto con instrucciones para su uso adecuado.
- Facilitar agujas estériles sobre la base del intercambio: una aguja nueva por otra usada.
- Implantar la educación recíproca entre los presos que se inyectan, recurriendo a antiguos reclusos y toxicómanos por vía intravenosa.
- Favorecer un acceso discreto y fácil a los preservativos.
- Facilitar educación sobre los riesgos de la transmisión del VIH tanto a los presos como al personal de la cárcel.

Las técnicas de educación para la salud, deben constituir un instrumento que favorezca un examen crítico y responsabilice a los individuos de las opciones que tienen

efectos sobre su salud. El *marketing* sanitario es una forma de promoción de la salud que tiene como finalidad sustituir prácticas adversas para las personas o grupos por otras favorables empleando científicamente procesos comerciales, a través de la investigación del mercado o entorno ambiental sobre el que se va a actuar, el perfil social de los clientes o población diaria, y los mecanismos más eficaces para comunicar los beneficios del producto a introducir (Arroyo, Aso, Fernández de la Hoz, Otal y Febrel, 1998).

En el Centro Penitenciario de Zaragoza se elaboró un video de 30 segundos, charlas informativas, talleres para la creación de carteles y grupos de discusión; los resultados señalan que para los internos la propia salud no era vivida como algo importante, estando por debajo de valores como la libertad, la amistad, la familia, o el dinero. La salud era entendida como la obtención inmediata del mayor nivel posible de bienestar o placer, en este concepto no había sitio para la planificación porque la vivencia futura era ignorada. La salud de la familia o los amigos sí era tenida en cuenta como algo importante. La esperanza de disfrutar de la libertad con los seres queridos también era capaz de mover voluntades entre los presos. Se debe perseguir que los individuos y grupos acepten la salud como valor fundamental, que modifiquen las pautas de comportamientos de riesgo y que cada sujeto sea competente en el cuidado y promoción de su salud, para lo que se requiere del trabajo conjunto de todos los profesionales de la prisión: maestros, educadores, trabajadores, sanitarios, funcionarios, etc. (Arroyo, *et. al.*, 1998).

De acuerdo a Sobrón-Gutiérrez (1999), existen parámetros que deben incluirse en la educación sanitaria dentro de las prisiones:

1. Información: la consulta diaria podría ser un buen momento para realizar una labor de información eficaz. Pero la demanda de atención y la habitual saturación de pacientes en la atención primaria impide realizar esta labor personalizada. No obstante, seguimos teniendo en la atención sanitaria en prisión un elemento que no suele ser común fuera de los centros penitenciarios: el tiempo, como recurso valioso a la hora de educar para la salud. El mensaje educador choca con tres dificultades importantes: el nivel sociocultural de la gran mayoría de la población reclusa; la inevitable y muchas veces inconsciente jerga tecnicista y la inexistencia de materiales intuitivos, basados fundamentalmente en la imagen.
2. El conocimiento de la enfermedad y sus efectos.
3. El ofrecimiento de medios para la prevención. La estructura material de las prisiones no ayuda demasiado a que determinados elementos importantes para la prevención de esta enfermedad, puedan facilitar esta labor: ausencia de ventilación adecuada, sobre todo en las celdas, espacios comunes saturados, celdas compartidas, costumbres relacionadas con la higiene personal, etc.
4. La asistencia al enfermo y su entorno.
5. La implicación social y administrativa. Junto a la total disponibilidad de medios diagnósticos y curativos con que se puede contar, se da el hecho de que la planificación estructural de las prisiones está prácticamente en función de la 'seguridad', sin tener en cuenta las características de los problemas sanitarios más frecuentes en la población reclusa que requerirían unas estructuras distintas, principalmente a nivel de

enfermerías, cuya construcción dista mucho de ser la más adecuada ante las patologías actuales encontradas en la prisión.

Para impedir conductas inapropiadas, es importante dar información comprensiva, exacta y adecuada a la demanda. Estamos convencidos de que en un contexto de trabajo en el que predominen el desconocimiento y la falta de información, proliferarán las creencias erróneas y la intranquilidad, unos elementos sobre los que crece la intolerancia, el rechazo y el miedo. Transmitiendo información en un clima de entendimiento, basado en la confianza y el respeto por el trabajo de cada uno, se puede fomentar en los centros una actitud racional, responsable y de colaboración de los trabajadores penitenciarios ante los enfermos institucionalizados (Arroyo y Aso, 2000).

Los programas educativos que incorporan a las parejas de los presos con pruebas voluntarias, servicios de aconsejamiento han sido efectivos en la detección de individuos que desconocían que estaban infectados, la promoción de la aceptación y la adherencia al tratamiento farmacológico y seguimiento en libertad, reduciendo sus conductas de riesgo durante su estancia en prisión y a su externación. La consejería individual, la educación por pares, los grupos de apoyo, diseñados por y para los prisioneros han sido exitosos en un gran número de instituciones y parece ser la mejor herramienta educativa (Maruschak, 2001).

En 1995 en Nueva York fueron creadas *hotlines* que eran un servicio telefónico usado por los prisioneros de manera gratuita donde había consejeros que brindaban información detallada acerca del tratamiento y prevención del VIH, hasta el 2001 continuaba este programa debido a que había demostrado ser una estrategia eficiente (US Department of Justice, 2001a).

La información de los programas educativos debe ser claro y simple en cuanto a los términos que se utilizan y estar dirigida a evitar la transmisión del VIH. En un estudio realizado en la ciudad de Québec, se estableció que el personal menos informado acerca de la prevención y transmisión del VIH fueron quienes expresaron las actitudes más negativas hacia los portadores del virus. El reglamento en algunos estados considera la actividad sexual de los reclusos como un delito. En las prisiones de San Francisco la distribución de condones es acompañada de consejería, en Mississippi los condones se venden en máquinas expendedoras o contenedores institucionales, en las prisiones canadienses desde 1992 los prisioneros tienen acceso a los condones, igual ocurre en diecisiete naciones europeas (US Department of Justice, 2001b).

En las prisiones españolas la atención integral al paciente VIH está desarrollándose de forma positiva e intensa: prevención a través de programas de educación para la salud y minimización de riesgos; diagnóstico precoz con programas de evaluación al ingreso en prisión, autocuidado, consejo y asesoramiento, tratamiento antiretroviral con elección de momento de inicio y pauta más adecuada; evaluación de adherencia y cumplimiento, etc. (Kindelán, 2000).

En el Centro Penitenciario de Valencia se llevó a cabo un programa con la finalidad de capacitar a internos e internas en la práctica de medidas preventivas frente a la transmisión. Las actividades de intervención se basaban en actuar de manera grupal y participativa sobre aquellos determinantes de la conducta (información, percepción de riesgo y gravedad, actitudes hacia las conductas preventivas, costos y beneficios de las prácticas preventivas) que han demostrado su importancia en la modificación de comportamientos de riesgo en relación a prácticas sexuales y consumo de drogas. Los resultados señalan cambios significativos a nivel de conocimientos respecto a vías de transmisión, uso adecuado del preservativo, comunicación con la pareja; no detectándose cambios en cuanto a la percepción del riesgo. Las necesidades, objetivamente detectadas y subjetivamente expresadas de la población penitenciaria en relación al VIH y también a la salud en general y debe empujarnos al compromiso, no solo a observar, a criticar o juzgar hacia adentro desde afuera, sino más bien a ponernos en marcha, para actuar desde adentro (Aviñó, Bustamante, González-Aracil, González, Paredes y Pitarch, 1999).

En junio de 1994, en la prisión de mujeres de Hindelbank, en Suiza, se inició un experimento de suministro de agujas estériles durante un año. Debido al éxito del proyecto, al término del año se decidió proseguirlo. Esa cárcel alberga un número de hasta cien mujeres, en seis alas, y la mayoría de las reclusas cumplen condenas por delitos relacionados con las drogas. En el marco de ese proyecto se instalaron máquinas distribuidoras de agujas estériles en diversos lugares accesibles (duchas, excusados, zonas de almacenamiento). Se permitió a las reclusas que guardaran un juego del material de inyección (no más de uno), sólo en un armario especialmente destinado a este efecto. La evaluación efectuada al cabo del primer año del proyecto mostró que no había habido nuevos casos de VIH o hepatitis en la cárcel y que la salud de las reclusas había mejorado. Además, se observó que había disminuido significativamente la compartición de agujas, que no había aumentado de modo ostensible el consumo de drogas y que no se habían utilizado las agujas como armas. Distribuir gratuitamente agujas y jeringuillas estériles, sobre una base de intercambio (el recluso obtiene una aguja nueva a cambio de la usada) (ONUSIDA, 1997a).

La propagación del VIH en muchas cárceles, estimulada por el compartir material de inyección, hace necesaria una respuesta enérgica. La prohibición de las drogas (en teoría, esta es la política en casi todas las cárceles) siempre ha fracasado. Existen varias otras opciones posibles, algunas de las cuales se están ensayando. Ninguna de ellas es necesariamente fácil, y a menudo se encuentran problemas de orden práctico y ético que requieren una solución (ONUSIDA, 1997b):

- **Instaurar medidas para reducir la demanda y ofrecer tratamiento para los presos toxicómanos.** Es importante proporcionar un tratamiento de sustitución, por ejemplo, con metadona a los reclusos que deseen iniciarlo o continuar el que han iniciado fuera de la cárcel. Otra medida importante consiste en ofrecer tratamiento para reducir la demanda o para ayudar a interrumpir la adicción.
- **Proporcionar lejía líquida concentrada a los presos, junto con instrucciones sobre el modo de esterilizar las agujas y jeringuillas.** Esta intervención ha dado resultado en varias cárceles (incluidas algunas en Europa y Australia, algunos países africanos y al

menos un país de América Central) se continúa ensayando en otras. Algunas personas temen que se haga un mal uso de la lejía, por ejemplo para agredir al personal de la cárcel o a otros reclusos, o para intentar suicidarse. Esto no ha sucedido en ninguna cárcel donde se ha probado la distribución de lejía.

- **Estimular la educación recíproca sobre el VIH y el consumo de drogas intravenosas entre reclusos toxicómanos.** Esto también podría plantearse como una labor extrainstitucional a cargo de reclusos o ex reclusos toxicómanos. Esta respuesta puede contribuir a promover la participación de los presos en los programas para dejar la droga, o bien, si insisten en no dejar este hábito, hacer que puedan evitar todo riesgo mediante el uso correcto de lejía y el intercambio de agujas y jeringuillas. Proteger a los reclusos que tienen relaciones sexuales en la cárcel. En las cárceles de hombres es conveniente facilitar preservativos y lubricantes a los presos, mediante máquinas distribuidoras o, probablemente mejor y más discretamente, por conducto del funcionario médico, en privado. Esto se está haciendo ya en un número creciente de países. En las cárceles de mujeres con personal de prisión masculino, tanto éstos como las reclusas deben ser informados de los riesgos inherentes a las relaciones heterosexuales no protegidas. Reducir el clima de violencia. Deben encontrarse medios para prevenir las agresiones contra presos, incluidos el abuso sexual y la violación. En estos casos los preservativos no servirán para nada. Hay que enseñar a los funcionarios de prisiones a evitar el uso innecesario de la fuerza o la brutalidad y a respetar los derechos, la dignidad y el bienestar de los reclusos.
- **Acabar con el hacinamiento.** Muchas cárceles están enormemente superpobladas. Debe reconocerse la influencia que tiene el hacinamiento de las cárceles en las deficientes condiciones higiénicas, en la transmisión de enfermedades y en el aumento de las tensiones, incluidas las de tipo sexual.
- **Facilitar el tatuaje sin riesgo.** En las cárceles está muy extendido el tatuaje, a menudo más que el uso de drogas intravenosas, con frecuencia el material para tatuar se comparte. Es importante proporcionar lejía líquida para esterilizar dicho material. Por su parte, las autoridades consideran el tatuaje como una práctica aceptable (muchos funcionarios de prisiones también están tatuados), debería haber menos oposición al uso de lejía con esa finalidad. Esto ya en sí mismo puede ser una manera cómoda de introducir el uso de lejía para esterilizar el material de inyección, especialmente después de haberse comprobado que esta sustancia no se utiliza como arma. En todo caso, la lejía se encuentra ya a menudo en las cárceles, casi de manera inadvertida, como medio ordinario de limpieza de los baños y otras zonas.
- **Reforzar el derecho a la asistencia sanitaria.** Es necesario que se respeten los derechos humanos fundamentales, incluido el derecho a la asistencia sanitaria. Los presos tienen derecho a recibir una asistencia sanitaria de la misma calidad básica que la disponible fuera de la cárcel. Antes de practicarle cualquier prueba de detección del VIH deberá obtenerse siempre el consentimiento informado del recluso.
- **Facilitar información.** Facilitarse educación e información sobre el VIH/SIDA a todos los funcionarios de prisiones y reclusos. No aislar a los presos en razón de su seropositividad. Si debe procederse al aislamiento de los presos o a su agrupamiento en un ala determinada de la cárcel, ello se hará sin hacer referencia a si son seropositivos o

no. Poner la asistencia sanitaria en la cárcel bajo el control de las autoridades sanitarias. La experiencia adquirida en diversos sistemas penitenciarios muestra que las autoridades de salud pública pueden prestar la asistencia sanitaria en las cárceles con mayor eficacia que la administración penitenciaria. Además, esto tiene la ventaja de reforzar los vínculos entre la salud en la comunidad (incluidos la educación y el asesoramiento sobre la salud) y la salud en las cárceles.

Bonelly y Fariás (1997) realizaron un programa de prevención del VIH/SIDA que se aplicó en el Penal de Los Andes, ante la necesidad de proporcionar información y fomentar actitudes de prevención en una institución de esa naturaleza. El objetivo era formar monitores con la intención de que sirvieran como agentes multiplicadores con sus pares y familiares, tomando conciencia de sus deberes consigo mismos y con los demás que se tradujera en la adopción de conductas responsables y previniendo conductas de riesgo.

En una encuesta que fue aplicada entre la población penal alojada en los establecimientos dependientes del Servicio Penitenciario Federal, sobre la base de sus resultados, desarrolló talleres informativos-preventivos. El 81.23% de los encuestados dijo conocer cómo se contagia una persona del VIH, por el contrario un bajo porcentaje, 36.94% manifestó conocer las diferencias entre la infección por VIH y SIDA; mientras que un 44.68% reconoció haberse expuesto a situaciones de riesgo y el 79.22% dijo saber cómo se evita el contagio. En cuanto al nivel de información solo el 33.41% señaló poseerla de manera suficiente. Los objetivos educacionales de los talleres diseñados eran informar sobre las características del VIH/SIDA y sobre los mecanismos de transmisión del virus, sobre la prevención primaria de la infección por el VIH, difundir información adecuada acerca de los análisis de laboratorio para detectar anticuerpo anti-VIH y fomentar la realización de pruebas de forma voluntaria quienes lo soliciten (Ministerio de Justicia, 1997).

La situación referente al riesgo de infección por ITS. y SIDA en las prisiones brasileñas es compleja debido a la alta concentración de población en las cárceles, la falta de información adecuada y de proyectos de prevención son los principales obstáculos. La mayor parte de las campañas realizadas hasta la mitad de la década de los noventa en estas prisiones no tomaron en cuenta las necesidades y problemas de los encarcelados, mostrándose ineficaces en el seguimiento de los objetivos previstos al no posibilitar a los encarcelados la remodificación de la información recibida. En este proyecto se constituyeron ochenta talleres dramáticos con la finalidad de desencadenar un proceso educativo para la transformación de actitudes frente a las ITS y el SIDA. Como resultados se logró despertar la necesidad de aprender más sobre ITS y el SIDA y las actitudes frente a ellas entraron en un proceso de cambio, en la medida en que lo grupo reflexionaron en las personas infectadas y los aspectos discriminatorios que tal hecho trae como consecuencia, el aspecto educativo de este proyecto propicia la resignificación de los conflictos, experiencias e información en el cotidiano del hombre preso. Mientras las campañas por la radio, la televisión, los folletos informativos y las conferencias proporcionan información científica fundamental, la posibilidad de darles significado solamente es factible en el campo de la simbolización y de lo intrapsíquico. La educación no es un acto estrictamente reflexivo, principalmente si se pretenden cambios de comportamiento y no solamente la transformación de conceptos a través del conocimiento.

Cuando la ignorancia es la base de las relaciones, se establecen a través de prejuicios que provienen de las actitudes afectivo/sociales. Estos prejuicios no se destruyen con argumentos racionales, sino mediante el aumento de la conciencia sobre uno mismo y sus actitudes (Rusche, del Cid y De Souza, 1997).

Raramente se les proporciona a los presos medios para reducir comportamientos de riesgo, siendo muy pocos los países que permiten el acceso a los presos a preservativos y lejía o material desinfectante, menos los que tienen programas extendidos de mantenimiento con metadona en prisión y sólo a nivel de experiencias piloto hay programas de intercambio de jeringuillas en unas pocas prisiones. Los sistemas de educación para la salud se basan fundamentalmente en charlas, conferencias y material impreso o audiovisual, habitualmente impartido por personal penitenciario; aplicándose sistema de dudosa eficacia y nula eficiencia como la segregación de pacientes seropositivos y la detección obligatoria de infectados (Martín, 2001), las estrategias pueden ser las siguientes:

- Reducir el número de UDIs que ingresan a prisión.
- Instaurar programas de mantenimiento con metadona.
- Programas de intercambio de jeringuillas.
- Distribución de preservativos.
- Prueba voluntaria y consentimiento informado.
- Educación para la salud.
- Liberación por motivos humanitarios en caso de enfermedad terminal.

La situación del VIH/SIDA en prisión involucra el derecho a la salud, a la seguridad personal, igualdad ante la ley y estar libre de un trato inhumano y degradante.

ONUSIDA ha declarado vital la distribución de condones y lubricantes a los reclusos y recomendó la utilización de dispensadores en los servicios médicos carcelarios. Urgió a las autoridades carcelarias a proveer lejía e instruir a los presos sobre el uso correcto para la esterilización de agujas y jeringas, así como establecer programas de intercambio de agujas usadas por otras esterilizadas; señalando que la resistencia generalizada a reconocer que muchos hombres tienen relaciones sexuales entre sí los lleva a negarse a adoptar cualquier medida que implique tal reconocimiento.

Las drogas no inyectadas también contribuyen a la propagación de la epidemia cuando los usuarios intercambian favores sexuales por drogas o dinero, o cuando tienen relaciones sexuales de alto riesgo que en condiciones normales no tendrían. Detectar a través del trabajo en talleres los hábitos de riesgo de los internos y construir algunos puntos de consenso para el desarrollo de acciones tendientes a modificar prácticas nocivas; se busca concientizar a la población, mediante el suministro de información, sobre la adecuada prevención de la adquisición del VIH/SIDA (Llordachs, 2000).

Propone el modelo PRECEDE dividiendo lo en tres tipos de factores que ayudan a explicar conductas:

- 1) Predisponentes, donde se pretende promover información, actitudes, valores y creencias;
- 2) Facilitadores, se diagnostica la habilidad para realizar conductas, la existencia y accesibilidad de instrumentos preventivos y centros con sus respectivos profesionales;
- 3) Reforzantes, evaluando la respuesta de agentes clave, la respuesta del propio individuo o grupo, los beneficios perjuicios físicos y las consecuencias tangibles. El modelo está encaminado a la adopción de prácticas sexuales de nulo riesgo mediante la información por parte de personal capacitado en el tema, así como la modificación de creencias que obstaculizan la prevención del VIH (Bimbela, 1994, 2000).

La información obtenida a través del contacto con las personas privadas de su libertad es utilizada como insumo para la discusión con las autoridades penitenciarias y la presentación de propuestas que permitan modificar las prácticas, procedimientos y rutinas institucionales que obstaculizan la adecuada prevención y tratamiento del VIH/SIDA en establecimientos penitenciarios (Llordachs, 2000).

En las prisiones españolas el test de VIH es voluntario y se ofrece sistemáticamente a todos los ingresados en prisión, y es frecuente que el recluso con prácticas de riesgo de infección por VIH, que carece de información sobre su estatus serológico o previamente tenía un resultado negativo, acepte un nuevo estudio analítico (Marco, Gallego, Caylá, Guerrero y Da Silva, 2001).

El programa de prevención y control de SIDA en cárceles, en República Dominicana, inició en el 2000 logrando formar comités de reclusos multiplicadores en prevención de I.T.S y VIH/SIDA. Ellos reciben materiales didácticos y pláticas informativas, que luego replican entre sus compañeros, fungiendo como ‘mensajeros de la salud’ (Correa, 2001).

3.2.3 El fenómeno del VIH/SIDA en las prisiones mexicanas.

El primer antecedente conocido de casos de SIDA dentro de instituciones penitenciarias de la República Mexicana ocurrió en 1985, cuando fue reportada la muerte de un interno recluido en el Centro de Readaptación Social de Almoloya de Juárez en el Estado de México. En el Distrito Federal, el primer caso fue notificado en 1987. Cabe mencionar que a partir de 1991 el número de casos se incrementó, esto puede deberse a que fue en ese año cuando se inició el programa permanente de detección de VIH/SIDA en internos.

Hasta el momento no es posible conocer con exactitud la cantidad de internos infectados dentro de los centros penitenciarios del país, ya que las pruebas de seropositividad sólo se pueden aplicar con la autorización de los mismos.

En 1997, Labastida, *et. al.* realizaron una investigación con internos de la Penitenciaría del Distrito Federal, con el objetivo de evaluar los programas sobre SIDA existentes dentro de dicha institución, para lo cual utilizaron un cuestionario de preguntas

cerradas, que evalúa algunos aspectos relacionados con el VIH/SIDA, así como la consulta de los expedientes técnicos de los internos seropositivos.

En dicho estudio encontraron que el 80% de los entrevistados mencionó no haber rechazado a los internos seropositivos que permanecen dentro del penal, mientras que el 20% restante precisó que si había rechazado a los internos con el padecimiento, ya fuera por vergüenza o molestia, pero principalmente por temor a contraer el virus por simple contacto verbal, físico o a la hora de la comida. Asimismo, un alto porcentaje manifestó que el principal sentimiento que un enfermo les provocaba era de tristeza por la evolución de la enfermedad y por la percepción de que su muerte es irreversible.

Respecto a la situación del aislamiento de los internos portadores de VIH, en la misma investigación se entrevistó a un funcionario quien reportó que la concentración de los seropositivos en un dormitorio obedece a factores de prevención del contagio frente a la población restante y a mecanismos de atención y protección para los enfermos. En cuanto a la confidencialidad de su condición, esta no era respetada puesto que todos los internos saben cuál es el dormitorio en el que los infectados de VIH/SIDA están ubicados.

Otros de los resultados que sobresalen son que el 90% de los encuestados refirió no haber consultado a alguien por causa de una infección de transmisión sexual, manifestando que nunca han tenido problemas de ese tipo, dado que recurren constantemente al uso de preservativo para evitar contraerlas y/o evitar el embarazo. En cuanto a los seropositivos entrevistados, la causa inmediata a través de la cual adquirieron el VIH fueron las relaciones sexuales, en segundo término quedó el uso de drogas intravenosas, y en tercer plano, la aplicación de tatuajes dentro y/o fuera del centro. También señalan que la enfermedad les ha afectado de manera emocional (al ser notificados se sintieron deprimidos) y han experimentado un constante rechazo por parte de otros internos; respecto a los servicios que proporciona el centro penitenciario ellos asisten preferentemente a los eventos religiosos y asesorías psicológicas, quedando muy por debajo la asistencia médica y alimenticia. Un deseo manifestado con gran inquietud fue el de recibir terapias de apoyo individual y familiar de manera constante y profesional, así como la necesidad de contar con mejores instalaciones médicas y con personal más sensible a sus padecimientos, y establecer la distribución permanente de medicamentos cuya escasez representa un verdadero conflicto para los internos. Otro aspecto señalado se refiere a que los internos cuentan con información respecto al tema, la cual se les da a conocer por medio de folletos, boletines, proyección de videocintas, pláticas informativas y preventivas, brindadas por el personal médico de la institución, trabajadoras sociales, médicos externos y miembros de las Organizaciones No Gubernamentales (O.N.G).

Respecto al fenómeno del VIH/SIDA en algunas instituciones penitenciarias del Distrito Federal, funcionarios y expertos en la materia señalan:

A decir de Jaime Abasolo “el SIDA es un asunto que está latente dentro de todas las sociedades, particularmente en la nuestra se observa un aletargamiento ya que es algo que tenemos enfrente y lo queremos ignorar, no queremos darnos cuenta de que ahí está un

problema severo para la humanidad. Eso que ocurre fuera de las cárceles, también ocurre dentro de las cárceles y posiblemente mucho más acentuado debido a la conjunción de muchísimos factores. El problema del SIDA es muy grave, sabemos que en este momento un enfermo de SIDA puede vivir tranquilamente, puede contrarrestar el problema del virus si recibe una atención médica justa y profesional, posibilidades a las cuales en nuestro país todavía no tenemos acceso. El medicamento es sumamente caro, entonces a nuestros internos contagiados de VIH les damos la atención que medianamente podemos” (Licenciado Jaime Abasolo, Director del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial – CE.VA.RE.PSL.- citado en Castellanos, et. al., 2000:79).

Fernando Mancilla agrega que cuando se habla del SIDA, “hablamos de una enfermedad de transmisión sexual y la pregunta es: ¿cuántos de los que están internos han tenido relaciones sexuales por su gusto? Muchos se contagiaron dentro, teniendo en cuenta que dentro de la prisión otro de los derechos que se pierden es el ejercicio libre de la sexualidad en donde las opciones se reducen a la masturbación o a las relaciones homosexuales (porque no hay dinero para pagar la visita íntima, porque no hay espacios o no hay visita íntima). La sexualidad se torna así una forma de establecer poder dentro de la prisión, siendo la violación una práctica cotidiana. El SIDA es en lo que menos problemas hay si lo comparamos con el tráfico de drogas y la prostitución dentro de las cárceles, siendo éstos dos factores favorecedores de su propagación” (Maestro. Fernando Mancilla, Criminólogo y Coordinador del Área Psicológica de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México, citado en Castellanos, et. al., 2000:80).

Por su parte, Francisco Escalante establece que “en la Penitenciaría se hace más o menos trabajo de prevención, la promiscuidad en la cárcel implica un riesgo real, por lo que se han impulsado programas de orientación que intenta combatir la transmisión del VIH/SIDA. Es un problema grave de muy difícil solución, es una enfermedad que tiende a proliferarse por los usos y costumbres, porque la gente conoce las cosas pero no las previene; en el caso de los internos, aun teniendo el conocimiento de como prevenirlo prefiere gastar su dinero en drogas que en preservativos” (Licenciado Francisco Escalante, Director de la Penitenciaría del Distrito Federal, citado en Castellanos, et. al., 2000:80).

En tanto que el doctor Alberto Pinzón considera que “la promiscuidad, el hacinamiento, van a provocar que el SIDA se prolifere, una medida para el control de esta infección sería la distribución de preservativos que ya no permitan la contaminación o transmisión de este tipo de enfermedades; en sí, todas las enfermedades venéreas disminuirían con esta medida. En los centros de reclusión donde no existen las relaciones sexuales apropiadas son los que están en mayor riesgo. Por ejemplo, los centros psiquiátricos en donde no existe la visita de parejas del sexo contrario” (Doctor Alberto Pinzón, Médico Psiquiatra del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, citado en Castellanos, et. al., 2000:81).

Asimismo, la licenciada Clementina Rodríguez considera que “el problema del SIDA es un problema social muy grave, es una enfermedad transmisible, incurable y mortal. En el sistema penitenciario no se han tenido los espacios adecuados para contener a este tipo de

población, es un problema social en el cual es necesario un trabajo directo con el servicio médico. Se debe tener un programa a nivel psicológico, social e institucional para apoyar a esta población, hay que brindarles opciones, ya que los seropositivos son discriminados dentro de los discriminados: ser delincuente es ser discriminado y además ser portador del VIH lo es doblemente” (Licenciada Clementina Rodríguez, Directora del Reclusorio Preventivo Femenil Norte, citado en Castellanos, *et. al.*, 2000:81).

En una investigación realizada en la Penitenciaría del Distrito Federal en el 2000 mediante la técnica de los grupos focales, se exploró el contenido de la representación social que los internos poseen respecto al VIH/SIDA encontrándose las siguientes conclusiones (Castellanos, *et. al.*, 2000):

- Los internos poseen una percepción de riesgo de adquirir el virus muy baja; y aún cuando en su discurso señalan que todos y todas somos susceptibles de adquirir el VIH, sus conductas demuestran que ellos no se incluyen en el “todos”.
- Reconocen el riesgo de contagio por relaciones sexuales y que las prácticas de fidelidad -promiscuidad incrementan y/o decrementan tanto el riesgo de contagio como el nivel de precaución. Para ellos, el riesgo de adquirir el virus está representado por el número de parejas sexuales que se tiene, es decir, si se es “promiscuo” se puede contraer el VIH, en cambio si se es “fiel” no hay riesgo de adquirirlo, independientemente de si se usa o no protección durante las relaciones sexuales.
- La representación del SIDA como una enfermedad estrechamente relacionada con la muerte, lo que probablemente les lleva a sentir miedo y rechazo hacia las personas portadoras del VIH; actitud que contradice su discurso respecto a que las personas que viven con VIH son seres humanos al igual que quienes no portan el virus.
- El contenido de la representación social fue separado en cinco categorías:
 1. **Información.** Los indicadores asociados al término SIDA se refieren a características que le atribuyen: mortal, incurable, contagiosa, progresiva, controlable y causada por un virus.
 2. **Emociones.** Una sensación muy frecuente es la incomodidad y el malestar lo que da lugar al rechazo, al miedo y a la desconfianza.
 3. **Necesidades.** Señalan como prioritaria la información clara y precisa acerca del VIH/SIDA, así como una educación más abierta esto es, que desde que los niños son pequeños se hable de sexualidad.
 4. **Creencias.** Las características que le atribuyen a los seropositivos: agresivos, aislados, sensibles, descuidados, chantajistas, inseguros y diferentes en su estilo de vida. En lo que se refiere a la prevención hay quienes consideran que la monogamia y la fidelidad son las mejores formas de evitar la transmisión; otros suponen que no hay que tener relaciones sexuales con personas seropositivas, o que el realizarse un examen de detección de anticuerpos con resultados negativos son otras formas de prevención, pues este último se percibe como una vacuna que los vuelve inmunes al VIH.
 5. **Fuentes de información.** La información que poseen la han obtenido de los medios de comunicación (televisión, radio, periódicos, revistas, etcétera), pláticas con

profesionales (psicólogos, médicos, organizaciones no gubernamentales, entre otros) y charlas con sus compañeros seropositivos.

La experiencia ha demostrado que si bien poco se puede hacer para controlar la expansión del VIH, es una responsabilidad del sistema penitenciario, primero el reconocer ciertos factores de riesgo y formas de conducta en las prisiones. El hecho de que los prisioneros sean una comunidad cautiva crea una inusual oportunidad para el acceso a la información, educación y recursos para prevenir la infección.

Esto ocurre dentro de las cárceles en donde las personas seropositivas son segregadas, ya sea por parte de los mismos internos o por las autoridades. Esta situación muy probablemente se deba a la carencia de políticas penitenciarias, programas educativos y asistenciales en la prevención del SIDA, así como una falta de recursos económicos destinados a estos fines. La mayor parte de las prisiones en México internan en sus instalaciones al doble de presos para las que se construyeron, por lo que el presupuesto que tienen asignado para programas de salud no es suficiente.

Como se puede observar, hay mucho que hacer todavía respecto al VIH/SIDA dentro de las prisiones, dadas las condiciones de éstas, sus habitantes se convierten en un grupo sumamente vulnerable. Así, para desarrollar estrategias y acciones encaminadas a prevenir y controlar este fenómeno, primeramente es necesario conocer cómo lo definen y cómo lo enfrentan las personas que viven y trabajan en una institución penitenciaria; para lograr esta meta será la teoría de la representación social el marco de referencia bajo el cual se estudiará al objeto social antes mencionado.

CAPÍTULO 4. MÉTODO

“El diseño metodológico más acorde, es aquel que busca interpretar y comprender la estructura, dinámica y complejidad del sistema representacional, para llegar a la comprensión de los significados, las expresiones, las interpretaciones y explicaciones de las representaciones sociales...”
Robert Stake

4.1 Planteamiento del problema.

A pesar de que la caracterización del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida se ha alcanzado apenas hace poco más de dos décadas, ya tiene un lugar en la historia de la humanidad por las implicaciones que, más allá de la salud, tiene en el desarrollo de los países y por su gran impacto en individuos y grupos sociales, no siendo la excepción las personas que se encuentran viviendo en alguna institución penitenciaria.

La población penitenciaria se ha caracterizado por albergar a un gran número de personas que proceden de ambientes marginales, con fracaso escolar y carencia de recursos y comúnmente con problemas de consumo y abuso de alcohol y drogas, si a ello sumamos que en su mayoría se trata de varones y mujeres entre veinte y cuarenta años, lo que resulta un grupo sexualmente muy activo, encontramos que es importante detectar los hábitos de riesgo a través del trabajo en estos escenarios y construir puntos de consenso para el desarrollo de acciones tendientes a modificar prácticas nocivas.

Conocer de forma más real las necesidades de los internos en relación a su propia salud para convertirlos en los principales actores, provocando que ellos mismos se consideren los máximos responsables de su salud lo que sería dar un paso fundamental para la prevención de la infección por VIH.

Lo anterior sugiere que más allá de los avances farmacológicos, la prevención sigue siendo una pieza angular en el combate al VIH/SIDA, esto enfatiza que las intervenciones comportamentales correctamente focalizadas pueden llevar a la adopción de prácticas de menor riesgo; sin embargo, para la elaboración de un programa de intervención eficaz es necesario conocer las creencias y actitudes que se tienen respecto al VIH/SIDA.

Partiendo de lo anterior, y tomando en cuenta el papel que juega el personal que labora en los centros penitenciarios en esta investigación se intenta explorar y describir: ¿Cuál es la estructura de la representación social del VIH/SIDA de las personas que viven y trabajan en instituciones penitenciarias? De tal manera que se puedan sugerir índices temáticos para estudiar con mayor profundidad en investigaciones posteriores dirigidos a esta población específica.

4.2 Justificación.

Según el Registro Nacional de Casos de SIDA el VIH/SIDA se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a 107,625 personas en México (concretamente el número de casos notificados hasta el 15 de Noviembre de 2006). Dado que aun no se descubre cura alguna, y solamente se puede controlar a través de medicamentos de alto costo, la mejor manera de combatir la expansión del virus es la prevención, por medio de la información y la educación, basadas en lo que el VIH/SIDA representa para los diferentes grupos sociales. En este estudio nos enfocaremos a las personas que han cometido un delito y que, por lo tanto, están privadas de su libertad; así como, a quienes laboran al interior de los centros penitenciarios: personal técnico y funcionarios.

El virus del SIDA se encuentra entre las personas que habitan las cárceles de la mayor parte de los países del mundo y México no es la excepción. Dentro de las instituciones penitenciarias existen una gran variedad de factores de riesgo para la infección por VIH entre los que podemos mencionar: el consumo de drogas inyectables, los tatuajes y/o perforaciones en la piel con material compartido y no esterilizado, y las relaciones sexuales sin protección. Como factores indirectos están frecuentemente el hacinamiento, el clima de tensión y violencia; la falta de un sistema de salud adecuado que incluya programas de educación y prevención; lo que trae como consecuencia que los reclusos no tengan acceso a la información y la asistencia médica adecuada.

En el caso de nuestro país, la prevalencia en el grupo de reclusos es de 1.6%, mientras que para las reclusas es de 1.4% (ONUSIDA, 2003).

A la fecha son muy pocas las investigaciones que se han hecho respecto al SIDA en las cárceles de nuestro país, y tomando en cuenta que las personas privadas de su libertad están expuestas a una gran cantidad de factores de riesgo para contraer el VIH dentro de las instituciones, es de llamar la atención las cifras que al respecto proporciona la Dirección General de Prevención y Readaptación del Distrito Federal, quien menciona que de una población total de 32,682 internos varones y mujeres adultos que habitan los reclusorios preventivos, los centros de readaptación social y la penitenciaría del Distrito Federal, solo se hayan notificado 64 casos.

El SIDA ha motivado diversas respuestas a nivel social, por lo que dentro del campo de la Psicología Social, y muy concretamente en lo que respecta a la representación social corresponde el estudiar cuál es el conocimiento común y socialmente compartido que se tiene del SIDA, ya que, de acuerdo con Jodelet (1986), el concepto de representación social involucra la manera en que los sujetos sociales aprenden los eventos y las características de la vida diaria, las informaciones que en ella circulan, matizándolas a partir de sus experiencias previas, así como por medio de los modelos tales como la tradición, la educación y la comunicación social, permitiendo abordar directamente la forma como se construye el SIDA; el explorar cómo se define esta enfermedad en el quehacer cotidiano y cómo lo enfrentan las personas que se encuentran reclusas y que laboran dentro de una institución penitenciaria,

puede generar la oportunidad para entender el fenómeno y desarrollar estrategias adecuadas que beneficien a los internos y a las personas que conviven diariamente con ellos.

4.3 Objetivos.

Objetivo general:

1. Explorar y describir el contenido de la representación social del VIH/SIDA mediante un acercamiento a la producción discursiva de las personas que viven y trabajan en dos centros penitenciarios del Distrito Federal.

Objetivos específicos:

- 1.1 Describir los elementos que conforman la representación social del VIH/SIDA de las personas que viven y trabajan en instituciones penitenciarias.
- 1.2 Explorar la organización e interacción de dichos elementos al interior de la representación, de acuerdo al grupo de pertenencia.
- 1.3 Establecer diferencias en cuanto a la caracterización del fenómeno dependiendo el grupo al que pertenecen: hombres, mujeres, internos, funcionarios, personal técnico, portadores y no portadores.
- 1.4 Sugerir índices temáticos para estudiar con mayor profundidad en investigaciones posteriores en el tema del VIH/SIDA en escenarios como los centros penitenciarios del Distrito Federal.

4.4 Supuestos teóricos.

- El conocer los elementos y cómo se han estructurado para generar la representación social del VIH/SIDA que poseen las personas que viven y trabajan en centros penitenciarios permitirá elaborar y diseñar estrategias para la prevención y el control de la transmisión del VIH.

4.5 Variables.

- **Representación social.** Sistemas de valores, nociones y prácticas relativas a objetos, aspectos o dimensiones del medio social, que permiten, no solamente la estabilización del marco de vida de individuos y grupos, sino que constituye también un instrumento de orientación de la percepción de situaciones y de la elaboración de respuestas (Moscovici, 1976).
- **SIDA:** Es el conjunto de síntomas y signos que se generan en algún momento de la vida como consecuencia de una función deficiente en el sistema inmunológico ocasionado por la presencia del virus de inmunodeficiencia humana dentro del organismo.

4.6 Tipo de estudio.

El presente estudio se ubica en la categoría de investigación no experimental, puesto que es una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene un control directo sobre las variables independientes, porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables (Kerlinger, 1994).

Específicamente pertenece a la clasificación de estudios de campo, los cuales se definen como investigaciones científicas y no experimentales dirigidas a descubrir relaciones e interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas en estructuras sociales reales (Kerlinger, 1994). Su objetivo es estudiar un determinado grupo de personas para conocer su estructura con sus relaciones sociales, su principal característica es que se realiza en el medio natural en que se desenvuelve el individuo (Ramírez y Monroy).

Otras dos características del presente, es el ser un estudio de tipo exploratorio - descriptivo. Lo primero, porque busca aproximarse al fenómeno del SIDA y ver cómo se relaciona este con los eventos del alrededor; y descriptivo, porque busca describir las propiedades más importantes de dicho fenómeno, con relación a las condiciones, características y perfiles de las personas que se encuentran en los centros penitenciarios.

Con base en la evolución del fenómeno, el tipo de estudio se puede clasificar como transversal porque recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único, con el propósito de describir variables (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

4.7 Escenarios.

Se llevó a cabo en la Penitenciaría del Distrito Federal y el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Marta Acatitla, por ser el lugar donde se canaliza y ubica a las y los internos diagnosticados como seropositivos dentro de las instituciones penales del Distrito Federal.

4.8 Procedimiento.

Se realizaron visitas a la Penitenciaría del Distrito Federal y al Centro Femenil de Readaptación Social Santa Marta Acatitla con la finalidad de solicitar la autorización y el apoyo por parte de las autoridades de dichas instituciones, para llevar a cabo la presente investigación. Una vez revisada y aprobada, se realizó en ambos centros la selección de los internos y el personal que participaron, la cual se llevó a cabo tomando en cuenta su disponibilidad para participar y respetando las medidas de seguridad señaladas en ambos centros. Se elaboró una carta de consentimiento (Anexo 1) que cada participante firmaba antes de iniciar la entrevista.

4.8.1 Estrategias de recolección de información.

Las estrategias utilizadas para recopilar información fueron las siguientes:

- Técnica de observación participante. Para contextualizar adecuadamente la información que se obtuvo mediante las técnicas de entrevista que se utilizaron; permitiendo un mayor conocimiento del escenario y de las personas con las cuales se trabajó.
- Entrevistas en grupos de discusión. Para explorar tres temas: información/conocimientos, sentimientos/emociones e inquietudes/necesidades respecto al VIH/SIDA.
- Entrevistas individuales. En el caso de los internos que viven con VIH/SIDA, se indagaron aspectos sobre su vivencia como pacientes al interior del centro penitenciario. Para el personal técnico y funcionarios, la entrevista estuvo orientada a explorar el trato y la relación institucional hacia las personas portadoras, la percepción que tienen de la conducta de los IVVS y de los no portadores hacia éstos y la importancia de esta temática dentro de la dinámica de éstas instituciones.

4.8.1.1 Observación no participante.

Debido a la naturaleza de los escenarios elegidos, se utilizó como estrategia complementaria la técnica de observación definida por Ruiz (1996) como el proceso de contemplar sistemática y definidamente cómo se desarrolla la vida social, sin manipularla, ni modificarla; la modalidad elegida fue panorámica no participante, en la que el investigador participa como observador en la vida social del grupo. Estar presente en las actividades que conformaban la rutina institucional, generó la oportunidad de interactuar con la población brindando datos adicionales a los que interesaban, durante los acontecimientos que se observaron.

El investigador-observador va captando claves a través de las cuales interpreta lo que ocurre, obteniendo un conocimiento más sistemático, profundo y completo de la realidad observada. Su principal ventaja consiste en que el investigador puede desplazarse como observador a situaciones, grupos y espacios a los que un completo participante no podría acudir (Ruiz, 1996). De acuerdo con Patton (1991) resulta una técnica que facilita acceder a conocimientos personales y la experiencia directa como recursos que ayudan al entendimiento e interpretación del fenómeno observado.

A través de esta técnica se encuentran las respuestas a preguntas que no se habría tenido la oportunidad de plantear si la información se hubiera obtenido únicamente con base en una entrevista, favoreciendo el contacto directo e inmediato con los actores sociales, al colocar al investigador frente a frente con los protagonistas del fenómeno estudiado, por otro lado, existe información que los participantes no darían en una entrevista; al ser probable que las personas que viven y trabajan en los centros penitenciarios vean a un investigador institucional como una figura de autoridad y, en consecuencia, tengan dudas acerca de las intenciones de la investigación o de los motivos de su presencia en dicho lugar;

la interacción con ellos generó confianza, siendo una manera de aproximarse a lo que hacen, identificando qué actitudes expresadas surgen a partir de valores y creencias previas quizá más arraigadas para captar el significado que los actores sociales dan a su comportamiento y al ajeno.

Dentro de la teoría de las representaciones sociales, la observación panorámica no participante puede permitir la recolección del contenido de una representación y referirla directamente a su contexto, estudiando sus relaciones con los procesos sociales establecidos por el grupo al penetrar progresivamente en el escenario y utilizar una red de informadores. El observar lo que ocurre en un grupo durante sus actividades, lo que la gente dice y hace, cómo interactúan y la naturaleza del escenario físico son muy importantes en una aproximación comprensiva del campo de trabajo.

Al partir de descripciones de elementos de la vida cotidiana se explican comportamientos concretos o hábitos que permiten la actualización de una representación que tendría fuertes posibilidades de ser ocultada en una entrevista clásica (Abric, 1994). Además de permitir la posibilidad de detectar el acuerdo entre cognición, discurso y conducta (Flament, 1994). Cabe recordar que las condiciones sociales en que se elaboran o transmiten las representaciones sociales cuentan con sus propias reglas que pueden ser distintas a la 'lógica cognitiva'; definiendo el marco social en el que ocurre el intercambio social, la transmisión y difusión de la realidad.

Las representaciones sociales orientan las conductas, observar cómo se elaboran las interpretaciones del objeto social para ejecutar acciones conforme a esa representación, permite definir lo lícito, lo tolerable, lo aceptable dentro de este particular contexto social, identificando las conductas reguladas que no se contraponen a las normas aprobadas por el grupo y que corresponden a las creencias compartidas y no verbalizadas.

En este caso la técnica fue útil para indagar en las prácticas sociales para develar cómo se implementan las nociones vigentes acerca del VIH/SIDA, recordando que los actores sociales elaboran representaciones de conformidad con sus prácticas.

El trabajo de campo duró 6 meses en cada centro, asistiendo dos o tres veces a la semana, tanto en días de visita familiar como en días de no visita.

4.8.1.2 Entrevista en grupos de discusión.

En la primera fase, se trabajó con la técnica de entrevista en grupos de discusión con los internos e internas no portadores.

Muestra:

- 30 internos, distribuidos en 3 de discusión de 10 elementos cada uno, con una media de edad de 36 años, secundaria terminada, un promedio de 38 años de sentencia y 6

años 6 meses en reclusión, en su mayoría por el delito de privación ilegal de la libertad.

- 24 internas, distribuidas en 3 de discusión de 8 elementos cada uno, con una media de edad de 35 años, secundaria terminada, un promedio de 14 años de sentencia y 4 años 9 meses en reclusión, en su mayoría por los delitos de robo y contra la salud (posesión, venta o transporte de drogas)

Se decidió trabajar con tres grupos bajo el criterio de saturación discursiva, al encontrarse homogeneidad en los elementos contenidos en su discurso. El tamaño de los grupos se debió a los criterios señalados por Delgado y Gutiérrez (1995) respecto al número de integrantes para un grupo de discusión y a las condiciones permitidas por cuestiones de seguridad institucional al interior de los centros penitenciarios. Dichos autores señalan que el tamaño del grupo debe situarse entre los cinco y diez participantes, al considerar que en el caso del mínimo los canales de comunicación entre sus miembros supera al número de éstos, haciendo posible la relación grupal; más allá del máximo, los canales son tantos que el grupo tiende a disgregarse en conjuntos de menor tamaño, volviéndose poco manejables para el investigador.

Se elaboró una guía de entrevista con base en la información que nos interesaba conocer (Anexo 2). Con los internos se conformaron tres grupos de discusión de diez participantes y con las internas tres de discusión de ocho participantes, en los cuales se aplicaron dichas entrevistas, se les informó el motivo de la sesión, solicitando su autorización para la grabación de dicha entrevista, pidiéndoles que leyeran y firmaran la carta de consentimiento correspondiente.

La guía de entrevista es una lista de preguntas o temas que deben ser explorados en el curso de una entrevista, se prepara para asegurarse que esencialmente la misma información sea obtenida por un número de personas, cubriendo el mismo material, provee áreas que el investigador puede explorar libremente, sirve para asegurarse que los tópicos relevantes sean cubiertos (Patton, 1991)

Un grupo de discusión se caracteriza por tratarse de un grupo sociológico que puede ser diverso en cuanto a características sociodemográficas, pero sus integrantes comparten saberes, prácticas o un entorno que les da sentido, importándole al investigador conocer ese espacio imaginario o simbólico que comparten, la forma en que el grupo define y se relaciona con el objeto de estudio, ya que eso les da pertenencia al grupo lo que a su vez se traduce en acciones.

La situación de grupo equivale a una situación discursiva, en la que el grupo actúa como una red que fija y ordena, según su criterio de pertenencia, el sentido social correspondiente al campo semántico concreto en el que se inscribe la propuesta del prescriptor (Delgado y Gutiérrez, 1995).

El grupo de discusión trabaja en el sentido de que se orienta a producir algo, existiendo por y para ese objetivo, cada interlocutor no es considerado en su interior como

una entidad aislada, sino como parte de un proceso, dado que el intercambiar una conversación en cada uno de ellos se modifica impactando al sistema en que ocurre esa conversación.

Un grupo de discusión puede definirse como un espacio diseñado para obtener las percepciones de un área de interés definido dentro de un medio ambiente permisivo cuyo propósito consiste en determinar percepciones, sentimientos y maneras de pensar, siendo el objetivo, conocer el punto de vista de todos y cada uno de los participantes, ya sea favorable o desfavorable respecto al objeto de estudio, sin intentar alcanzar un consenso, esto significa, que no es necesario que los individuos estén de acuerdo en sus comentarios los unos con los otros, tampoco son sesiones de solución de problemas, ni se busca tomar decisiones para el grupo.

La técnica de los grupos de discusión puede ser complementaria en la investigación de tipo etnográfica como un medio para profundizar la comprensión de los datos recolectados, ya que pueden aportar percepciones interesantes sobre las razones de las posiciones encontradas alrededor del fenómeno estudiado (Markova, 2004).

La palabra jamás es neutra, mediante ella, no solamente se expresan pensamientos a propósito de la realidad social, sino que además esos pensamientos están cargados de afectividad. Por lo tanto, el estudio de la comunicación permite saber cómo las personas clasifican y nombran los fenómenos sociales, ocurriendo que al nombrar y categorizar, se esconden y revelan las creencias religiosas, las convicciones científicas y las representaciones sociales (Moscovici, 2000 citado en Markova, 2004), de la misma forma se aprende cómo las personas interpretan y reconstruyen fenómenos sociales, cómo cambian el sentido y crean nuevos significados.

Para Delgado y Gutiérrez (1995), esta técnica constituye un dispositivo que permite la reconstrucción del sentido social en el seno de una situación grupal discursiva, ya que su emergencia requiere del despliegue de hablas múltiples en una situación de comunicación, además de estar diseñado para investigar los lugares comunes que recorren la subjetividad siendo que el investigador no participa en ese proceso de habla pero que lo determina.

Dentro de sus ventajas podemos mencionar: proveer evidencia directa acerca de similitudes y diferencias en las opiniones y experiencias de los participantes; producir datos precisos en el tema de interés que estarán directamente relacionados con el objeto de estudio; en situaciones de grupo las personas sienten mayor libertad para expresar sus pensamientos, sentimientos y acciones.

Es una técnica apropiada para estudiar el fenómeno social de las representaciones sociales (Foster, 2001) dado que permiten explorar el conocimiento común, el lenguaje, imágenes, ideas, valores, actitudes, orientaciones, normas y conductas de los grupos sociales con los cuales se va a trabajar (Wagner, 1993, 1995).

Se trabajó en un primer momento con los varones y posteriormente se replicó con las mujeres.

4.8.1.3 Entrevistas individuales.

Adicionalmente, se llevaron a cabo entrevistas individuales con los IVVS, el personal técnico penitenciario y los funcionarios.

Muestra:

- 4 internos y 1 interna portadores del VIH, entre los 23 y 33 años de edad, con escolaridad mínima de primaria completa, sentencias desde 2 años 8 meses hasta 27 años 3 meses, por los delitos de violación, robo y contra la salud, con un promedio de 4 años en reclusión.
- Personal técnico: 4 psicólogas y 1 trabajadora social, con una media de 7 años trabajando en el medio penitenciario, con un promedio de 6 años laborando en el centro varonil y 1 año laborando en el centro femenil.
- Funcionarios: director, subdirector técnico y el director del hospital, con experiencia en instituciones penitenciarias de 5 a 15 años, con un promedio de 4 años laborando del centro varonil; directora y subdirectora técnica, con experiencia en instituciones penitenciarias de 1 a 5 años, y un año laborando del centro femenil.

Para los internos y las internas que viven con VIH/SIDA se diseñó otra guía de entrevista (Anexo 3), que se enfocaba en indagar aspectos de su situación como paciente seropositivo al interior del centro penitenciario, aplicándose de manera individual.

Para el personal penitenciario y funcionarios, se diseñó una guía de entrevista semiestructurada (Anexos 4 y 5), siendo elegidas aquellas personas que por su función estén en contacto directo con los internos que viven con VIH/SIDA, y a los funcionarios para conocer su opinión respecto a la importancia de esta temática dentro de la dinámica de estas instituciones.

La entrevista parte del supuesto de que la perspectiva del otro es significativa, conocible y digna de hacerse explícita (Patton, 1991).

De acuerdo a Charles Nahoum (1961) la entrevista es un intercambio verbal que ayuda a reunir los datos durante un encuentro, de carácter privado y cordial, donde una persona se dirige a otra y cuenta su historia, da su versión de los hechos y responde a preguntas relacionadas con un problema específico.

Los procesos de comunicación son centrales dentro de la teoría de las representaciones sociales, pues permiten identificar las dimensiones que se desean estudiar a través de la discusión de la temática con los informantes (Bergman, 1999).

La entrevista semiestructurada es especialmente útil en la investigación de los sistemas de normas y valores, en la captación de imágenes y representaciones colectivas, el análisis de las creencias individualizadas, el conocimiento de los códigos de expresión, así como las cristalizaciones ideológicas, cuando se trata del estudio de representaciones sociales, a modo de prospección de los campos semánticos que identifican lingüísticamente a cada uno de los grupos sociales objetos de la investigación. Al operar a nivel de las hablas individuales, la entrevista en profundidad capta con toda intención el vocabulario y las modalidades expresivas, así como los discursos arquetípicos necesarios para una correcta elaboración del código de preguntas y posibles respuestas que estructuren *a posteriori* un cuestionario. Esta técnica se traduce en la producción de un discurso que permite el acceso al contenido de una representación a nivel de las informaciones que poseen los sujetos respecto al VIH/SIDA y las actitudes que han desarrollado hacia dicho objeto social. Lo cual implica comprender la cultura simbólica de los entrevistados, y el contexto social de referencia (Galindo, 1998).

Se elaboró una guía de entrevista como herramienta de trabajo reflexivo para la ordenación de los temas posibles que pueden aparecer en la conversación, para que en el inicio de la conversación los entrevistados se ajusten al plan temático esperado.

Se tomaron los diferentes grupos que componen la estructura de los centros penitenciarios, ya que el contenido de la representación social varía de acuerdo al grupo social al cual se pertenece, y sitúa tanto a individuos como a grupos en el campo social al elaborar una identidad social y personal compatible con los sistemas de normas y valores social e históricamente determinados. Se parte del supuesto de que la representación social se estructura de los conocimientos provenientes de un marco ideológico y científico y su pertenencia a un grupo específico orienta su conceptualización del VIH/SIDA.

4.8.2 Estrategias para análisis de la información obtenida.

En un primer momento se realizó un análisis temático del contenido y posteriormente un análisis textual mediante el programa ALCESTE (Analyse des Lexèmes Cooccurrents dans les Énoncés Simples d'un Texte/Análisis Lexical de Concurrencias en Enunciados Simples de un Texto).

4.8.2.1 Análisis temático del contenido.

La información obtenida tanto en las entrevistas individuales como en los grupos de discusión, fue sometida a un análisis de contenido, el cual puede definirse como: una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto. Su finalidad consiste en proporcionar conocimiento, nuevas intelecciones, una representación de los hechos y una guía práctica para la acción (Krippendorff, 1980).

Berelson (1952, citado Krippendorff, 1980) señala que el análisis de contenido es una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cualitativa del contenido manifiesto de la comunicación. Por otro lado, Krippendorff (1980) indica que dicha técnica

de investigación se utiliza para hacer inferencias reproducibles y válidas de los datos al contexto de los mismos, es decir, no se limita al contenido manifiesto de los mensajes sino que puede extenderse a su contenido latente.

El procedimiento utilizado para analizar la información fue el de distribuirla en unidades temáticas, las cuales se identifican por su correspondencia con una definición estructural particular del contenido de los relatos, explicaciones o interpretaciones, se distinguen entre sí sobre bases conceptuales, y el resto del material irrelevante por poseer las propiedades estructurales deseadas (Krippendorff, 1980).

Según Krueger (1994), el análisis de los resultados obtenidos en entrevistas mediante grupos de discusión debe considerar siete aspectos:

1. **Considerar las palabras:** cuál es el significado de las palabras y frases usadas por los participantes; una variedad de éstas serán usadas para determinar el grado de similitud entre las respuestas.
2. **Considerar el contexto:** las respuestas de los participantes son provocadas por estímulos (una pregunta hecha por el moderador o un comentario de otro participante), además tomar en cuenta el tono e intensidad del comentario oral.
3. **La consistencia interna:** los participantes en un grupo focal cambian sus opiniones o posiciones frente a un tema después de interactuar con otros, por lo tanto, se deben analizar las señales que permitan explicar estos cambios en el discurso.
4. **La frecuencia y extensión de los comentarios:** la primera, es el número de veces que un tópico surge en la discusión, y la segunda, es el número de personas diferentes que hablaron acerca de un tema.
5. **Intensidad de los comentarios:** los participantes hablan de un tema con especial intensidad, pasión, profundidad o sentimiento, frecuentemente usan palabras que connotan la intensidad, comunicándola a través del tono de voz, la velocidad y el énfasis en los mismos.
6. **La especificidad de las respuestas:** aquellas que estén basadas en experiencias y sean más específicas deberán tener más peso que las que sean vagas e impersonales.
7. **Localizar ideas amplias:** agrupar los comentarios y detalles por conjuntos de ideas que permitan organizar la presentación y discusión de los datos obtenidos. Estas surgen de una acumulación de evidencia (palabras usadas, lenguaje corporal, intensidad de los comentarios, etc.) más que de comentarios aislados.

4.8.2.2 Análisis textual mediante el programa ALCESTE (*Analyse des Lexèmes Cooccurrents dans les Enoncés Simples d'un Texte* - Análisis Lexical de Co-ocurrencias en Enunciados Simples de un Texto).

La tesis principal del autor de este programa, Reinert, es que todo discurso expresa un sistema de 'mundos lexicales', que organizan y dan coherencia a lo que los locutores enuncian, siendo la intención del programa ponerlos en evidencia, al ser un método de análisis de textos inscrito en las técnicas estadísticas aplicadas al análisis de datos lingüísticos o discursivos. Un mundo lexical es evocado por el conjunto de palabras que constituyen una

frase o un fragmento del discurso independientemente de su construcción. Se enfoca en la distribución estadística de sucesiones de palabras que componen los enunciados de un texto, mejor conocidas como ‘huellas lexicales’, toma en cuenta la co-ocurrencia o presencia simultánea de elementos.

Para lograrlo delimita ‘unidades de contexto elementales’ que son fragmentos de texto compuestos por sucesiones de palabras, las cuales son divididas en ‘palabras principales’ refiriéndose a sustantivos, verbos y adjetivos, y ‘palabras relacionales’ tratándose de artículos, conjunciones, preposiciones y pronombres; los cuales son sometidos a una reducción para convertirse en ‘morfemas lexicales’ para remitirnos a la familia de la cual proviene esa palabra.

El procedimiento estadístico elaborado por este programa es la clasificación jerárquica descendente, mediante tres etapas:

1. Dividir el texto en unidades de contexto elementales (u.c.e) realizando una diferenciación entre palabras principales y relacionales para eliminar las terminaciones de las primeras.
2. Clasificar las u.c.e. en función de la similitud o diferencia del vocabulario, repite el procedimiento de clasificación para comprobar la estabilidad de las clases jerarquizadas.
3. Describir las clases obtenidas.

Para De Alba (2004), el ALCESTE se puede aplicar al estudio de las representaciones sociales por las siguientes razones:

1. Establece que el locutor oscila entre varios mundos lexicales que se suceden, contradicen o asocian entre sí, para darle sentido a su discurso; siendo ésta una característica de pensamiento del sentido común que estudian las representaciones sociales; ya que al construir una representación sobre algo, las personas dan libertad a sus creencias e ideas sin que exista una lógica racional en sus argumentos.
2. Los mundos lexicales son huellas de actos y expresan una forma de coherencia ligada con la memoria individual y colectiva de las personas; dentro de la teoría de las representaciones sociales las ‘teorías ingenuas de la realidad’ se nutren de la experiencia de los individuos y conocimientos científicos o tradicionales compartidos por su grupo social de pertenencia, puesto que son elaboradas en el presente partiendo de normas y valores sociales que tienen un anclaje en el pasado.
3. Todo discurso pone en juego un sistema de mundos lexicales mediante el cual se organiza, se construye o se objetiva una racionalidad; en ese sentido la representación social que se observa en el discurso es la materialización en términos comunicables de una idea abstracta.

La riqueza de esta propuesta de análisis textual se encuentra en que ofrece la posibilidad de explorar el ‘texto bruto’ evitando que las preconcepciones del investigador ‘contaminen’ el análisis; el trabajo interpretativo se realiza a partir de la categorización estadística de palabras co-ocurrentes que arroja el programa, el conocimiento previo del

material analizado permitirá explicar por qué un vocabulario específico se asocia entre sí de cierta manera, formando un mundo lexical.

El análisis textual mediante los mundos lexicales que generó, por medio de cálculos estadísticos, confirmó y complementó las categorías desprendidas en el análisis de contenido, al existir similitud en los resultados obtenidos en ambos.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

“Los seres humanos se caracterizan por ser capaces de construir estructuras socioculturales complejas que orientan, tanto individual como colectivamente, su forma de pensar y actuar. Una manifestación de estas estructuras son las representaciones sociales.”
Eduardo Aguirre

A pesar de que el tema del VIH/SIDA surgió en el ámbito de la salud hace aproximadamente treinta años, su estudio en los centros penitenciarios es reciente; resultando difícil hallar documentos y referencias bibliográficas que ayuden a identificar el estado del arte que guarda dicho fenómeno en estos escenarios.

En el caso del Distrito Federal, las condiciones en las que viven los internos y las internas favorecen las oportunidades de transmisión y adquisición del VIH, principalmente, mediante las relaciones sexuales sin protección; ya sean de carácter heterosexual u homosexual, así como un factor asociado que es el consumo de drogas, debido a que quienes son adictos se prostituyen para conseguir dinero o la misma droga; el estado de ansiedad y desesperación provocado por la necesidad de consumirla les impide pensar en el uso de preservativos como una forma de prevenir.

El consumo de drogas inyectables en los centros penitenciarios del Distrito Federal es una práctica poco usual, esto muy probablemente se deba al estrato sociocultural y económico del que provienen la mayoría de las personas que se encuentran en ellos, tratándose de ambientes familiares y sociales marginales caracterizados por carencia de recursos económicos y con fracaso escolar, por lo que las drogas inyectables resultan caras y complicadas de utilizar para ellos (deben conseguir jeringas, agujas, ligas para amarrarse el brazo, agujas, cocaína o heroína), las sustancias que consumen al interior de estos lugares son: crack (cocaína en piedra), marihuana, pastillas psicotrópicas, cocaína en polvo y solventes, no existiendo estadísticas que permitan determinar en qué porcentaje se da este consumo.

Tampoco hay estadísticas que permitan desde un punto de vista epidemiológico conocer el número real de internos e internas portadores del VIH debido a que la prueba es voluntaria, no existiendo promoción entre la población para la realización de la misma, así como tampoco existe infraestructura en el servicio médico para llevarla a cabo, al no contar con los reactivos para su aplicación no es posible determinar el estado serológico de la mayor parte de la población.

5.1 Descripción de los Centros.

5.1.1 Penitenciaría del Distrito Federal.

La Penitenciaría del Distrito Federal es uno de los ocho centros varoniles que dependen del Gobierno del Distrito Federal, siendo el más antiguo de los que se encuentran en funcionamiento, ya que fue inaugurada en 1951. Se compone de once dormitorios, de los cuales solo cinco tienen acceso libre a todas las áreas como son: edificio de gobierno, salas de visita, centro escolar, cocinas generales, talleres, tienda, cancha de fútbol, gimnasio y hospital. Este último depende de la Dirección General de Servicios Médicos del Distrito Federal, por lo que se rige con una normatividad distinta a la del centro penitenciario. Se ubica en Avenida Ermita Iztapalapa s/n, colonia Santa Martha Acatitla, en la Delegación Iztapalapa.

5.1.2 Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla.

El Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla es uno de los dos centros femeniles que dependen del Gobierno del Distrito Federal, siendo el más nuevo de los que se encuentran en funcionamiento, ya que fue inaugurada en junio del 2004. Se compone de ocho dormitorios, el edificio de gobierno, salas de visita, centro escolar, cocinas generales, talleres, tienda, ocho canchas de básquetbol y hospital. Este último es atendido por médicas con horario de veinticuatro por cuarenta y ocho horas. Se ubica en Avenida Ermita Iztapalapa s/n, colonia Santa Martha Acatitla, en la Delegación Iztapalapa.

5.1.3 Clasificación y funciones del personal penitenciario.

El personal que labora al interior de estas instituciones se puede clasificar de acuerdo a la función principal que realizan: funcionarios, que son aquellas personas encargadas de la organización y administración de los recursos, tanto humanos como materiales encaminados a lograr objetivos tales como la readaptación social de quienes han cometido un delito y se encuentran en prisión cumpliendo su sentencia; el personal administrativo, que se encuentra en el área de gobierno y no tiene acceso a los dormitorios donde se ubican los internos, en su mayoría son secretarías; personal técnico en seguridad y custodia, que son los encargados de vigilar y mantener la disciplina y el control dentro de los dormitorios, así como de las áreas comunes donde se encuentran los internos, pasan lista y su responsabilidad es que no falte ningún interno durante las mismas; y finalmente, el personal técnico.

El personal técnico se puede dividir en dos tipos, en ambos casos se trata de profesionistas de diversas áreas (trabajadores sociales, psicólogos, pedagogos, criminólogos, abogados, médicos, etc.):

- El personal adscrito al área del Centro de Diagnóstico, Ubicación y Determinación del Tratamiento (C.D.U.D.T.), que a su vez depende de la Subdirección Técnica y que se encarga básicamente de realizar los estudios de trabajo social, psicológicos, criminológicos y pedagógicos utilizados para clasificar, reclasificar a los internos, así

como llevar los registros de visita familiar, visita íntima e interreclusorios. Ellos se encuentran en un área específica y los internos son llevados por el personal de seguridad hasta allá cuando son requeridos, y en ocasiones los custodios esperan al interno afuera del cubículo, el cual permanece con la puerta abierta. Otra de sus funciones es impartir cursos que promuevan cambios conductuales y actitudinales en la población.

- El personal técnico penitenciario, que depende directamente de la Subdirección Técnica, son aquellos trabajadores que se encuentran asignados al interior de cada uno de los dormitorios, cuya función principal es canalizar con las áreas de trabajo social, psicología, jurídico, servicios generales, cocinas generales, centro escolar, organización del trabajo y servicio médico a los internos que por su perfil criminológico y su desempeño intrainstitucional se encuentran en los denominados ‘módulos de seguridad’, se trata de dormitorios de los cuales, los internos no pueden salir y les hacen llegar las respuestas correspondientes; también se encargan de impartir cursos en estos mismos dormitorios (ya que el personal del C.D.U.D.T. no acude a los mismos), supervisar el reparto equitativo del alimento, el reporte de situaciones irregulares como cobro de lista, consumo de drogas, visitas íntimas clandestinas, etc. Esta figura se incorpora a los centros penitenciarios en 1998, con la intención de tener contacto directo con la población, por lo que son al igual que los custodios los primeros en hacer presencia en casos de riñas, motines, lesionados, etc.

5.1.4 Descripción de la dinámica de los centros penitenciarios.

5.1.4.1 Penitenciaría del Distrito Federal.

En este centro se ubica el dormitorio diez, el cual está conformado por ocho zonas, habiendo once estancias en la uno, y siete en cada una de las demás; teniendo una superficie de aproximadamente $3 \times 2 \text{ m}^2$, con dos planchas de concreto, a modo de cama, y su sanitario con lavabo, taza del W.C. y a veces regadera, en las que se ubican uno o dos internos; no hay agua todo el día, solo de las 6 a 7 a.m. y 6 a 7 p.m.

Aquí, se encuentran ubicados los internos que son portadores del VIH, los internos de la tercera edad y aquellos con algún padecimiento grave de salud como retraso mental, epilepsia, etc.; de las zonas 2 a la 8, las personas seropositivas y los de la tercera edad se encuentran revueltos, no hay zonas específicas para cada población. En la zona 1 se encuentran ubicados internos que han solicitado ‘protección’ debido a que en la mayoría de los casos tienen deudas económicas por consumo de drogas y han sido amenazados o lesionados para que salden la misma, ellos son los únicos que no pueden salir de esa zona.

En cuanto al personal técnico penitenciario adscrito al dormitorio 10, por la mañana visitan el dormitorio para supervisar el grado de limpieza del mismo, recorren todas las zonas del mismo, hay dos internos comisionados para esta actividad, a quienes les entregan material de limpieza (cloro, pino, jabón), por lo general, los días de visita se observa limpio el dormitorio, a diferencia de los días de no visita donde se observa muy sucia el área,

percibiéndose en ocasiones olores fétidos producto de los tambos de basura del mismo, ya que no es tirada.

Los días de visita familiar este personal permanece dentro de este dormitorio todo el tiempo (10 a 17 horas) para evitar que ingresen al mismo, internos que no pertenecen ahí acompañados de sus parejas para alquilar una estancia para tener relaciones sexuales; esto por motivos de higiene, ya que se han presentado casos de internos portadores del VIH que desarrollan tuberculosis, hepatitis y otras infecciones contagiosas, la finalidad de esta situación es evitar el desarrollo de una epidemia. En estos días de visita, hay dos técnicos penitenciarios en el área, de tal modo que mientras uno se queda, el otro da trámite a las peticiones hechas por los internos en el transcurso de la mañana.

Entre las trece y catorce horas llega el alimento para los seropositivos, el cual es preparado por también internos en el hospital de la institución, a decir de éstos, de acuerdo a un menú que el médico internista diseña con base en las necesidades de nutrición de los portadores. En el mismo lugar se preparan el desayuno y la cena, el primero llega entre seis y siete de la mañana y la segunda entre las diecisiete y dieciocho horas. Tienen al interior del dormitorio una barra de concreto donde la población debe de formarse para recibir su alimento. Una situación muy frecuente es que algunos internos con VIH tomen su alimento y lo vendan entre los internos de la zona 1, o entre los internos de la población general.

Los días lunes se reparten en las cocinas generales las llamadas ‘dietas semanales’ en donde les entregan a los internos portadores del VIH en una cubeta que ellos tiene que llevar por la mañana (entre 10 y 11 a.m.) una dotación para una semana que incluye arroz, leche en polvo, azúcar, avena, verduras, carne roja y pollo, huevo, sopa de pasta y fruta; misma que la mayoría de los internos comercializan por veinte pesos a todo aquél que quiera adquirirla. Es común, observar que al salir de ésta área, en vez de dirigirse a sus estancias, se dirigen a los dormitorios de población general o a algún módulo para venderla o cambiarla por droga.

Dentro de este dormitorio existen dos celdas denominadas ‘de castigo’ donde se ubica a aquellos internos seropositivos que son sancionados por haber cometido alguna falta, asimismo, aquellos que solicitan ‘protección’; lo anterior en virtud de que la Comisión Nacional de Derechos Humanos hiciera la recomendación de que por su situación de salud no se les ubicara en el dormitorio 7, que se conoce como el ‘de castigo’, donde ubican a todos los internos que son sancionados por el Consejo Técnico (instancia encargada de sancionar acciones contrarias a lo establecido en el Reglamento de Reclusorios, conformada por los funcionarios del centro penitenciario).

Es frecuente escuchar quejas con respecto al trato que se les da, por ejemplo, cuando llega el alimento de la zona 1 y de la tercera edad, intentan quitarles su fruta, diciendo ‘a nosotros no nos dan, como somos sidosos y estamos podridos, no nos dan’; gritándole al personal técnico penitenciario ‘eso habrían de ver, habrían de conseguirnos fruta, para eso están’; otro aspecto del que se quejan es la calidad de la atención médica en el hospital, siendo que ellos pueden acudir a dicha área, debiendo respetar el horario de la consulta, por la mañana a las 7 a.m. y por la tarde a las 2 p.m.; teniendo tres horarios para acudir al área de

enfermería para que les sean proporcionados tanto sus psicotrópicos y antiretrovirales como sus complementos nutricionales (Vivonex o Ensure).

Sin embargo, en varias ocasiones se ha observado en los jardines del dormitorio 10 que dichos medicamentos son tirados al piso o en la tierra; sobre todo los antiretrovirales, ya que los psicotrópicos los pueden vender entre otros internos o pueden juntar varias dosis para tomárselas a modo de droga. En un tiempo los complementos como el Vivonex y el Ensure se los daban en la lata cerrada, pero los vendían en cinco pesos, por lo que el servicio médico decidió vaciárselos en bolsas de plástico, sin embargo, continuaban vendiéndolos, optando por dar la indicación de que debían tomárselos frente a las enfermeras para combatir su venta. Una práctica también recurrente de los internos seropositivos es la venta del medicamento que les es proporcionado en el servicio médico, situación que genera molestia entre los médicos cuya consecuencia es que ya no los quieren atender.

En cuanto al funcionamiento del servicio médico este brinda en cada uno de sus dos turnos veinticinco consultas, siendo común que no haya servicio por la falta de los médicos, ya sea por vacaciones, días económicos, permisos, cursos, etc. Cabe señalar que el personal adscrito a esta área está sindicalizado. En el turno nocturno hay médicos de guardia, pero solamente atienden los que ellos consideran ‘emergencias’, esto es algún interno que presente lesiones que pongan en riesgo la vida.

Un comportamiento realizado por los internos con VIH que genera mucha incomodidad entre la población es que molesten a su visita familiar pidiéndoles dinero, se acercan a la visita diciendo cosas como “regáleme un pesito jefa, estoy enfermito de sida y necesito comer bien, es para comprarme un litro de leche”, también se presentan con el personal técnico diciendo que necesitan hablar urgentemente por teléfono con su familia y pidiéndoles “présteme dos pesos de tarjeta o acomplétame para comprar una” o “necesito que me hagas un favor bien grande, préstame \$10 pesos y el sábado que venga mi visita te los pago, es para comprar jabón y papel de baño”; cuando lo que hacen con el dinero que juntan es comprar drogas, principalmente marihuana y cocaína en piedra; algunos de ellos se dedican a prostituirse para obtener dinero o droga.

Se ha presentado la situación de que se les ha sorprendido al interior de las salas de visita robando sus bolsos de mano a la visita, asimismo, el personal técnico ha reportado en múltiples ocasiones que éstos internos ingresan a sus oficinas con el pretexto de alguna solicitud y al menor descuido sustraer objetos de la misma. En el primer caso, se genera mucho enojo por parte de los internos cuyos familiares han sido agraviados, provocando que el infractor sea buscado y en ocasiones hasta golpeado, para “que aprenda a no meterse con la visita, aquí la visita se respeta, no porque estén enfermos y ya se van a morir, molesten a la familia”.

Otra forma de obtener dinero es vendiendo las pocas cosas de despensa, ropa o zapatos/tenis que sus familiares les puedan llevar los días que van a verlos, la mayoría de ellos recibe visita esporádicamente. Sin embargo, también hay quienes se dedican a realizar

“quehacer” (barrer, trapear, limpiar) o lavar ropa ajena para ganarse unas monedas, otros cortan el cabello.

Una práctica cotidiana que se percibe con ambivalencia es que los internos que viven en el dormitorio 10 “renten” por diez pesos las mesas ubicadas en el jardín, que son aproximadamente diez, de igual forma “rentan” sus colchones y cobijas, haciendo “cabañas” para que sean ocupadas por la visita familiar de internos que no pertenecen a ese dormitorio; quienes viven en ese dormitorio como las personas de la tercera edad, se quejan de esta situación ya que eso dificulta que ellos puedan disfrutar del espacio en compañía de su visita; aquéllos que “pagan” por este “servicio” consideran que “no tiene nada de malo, uno solo busca que su visita este lo más cómoda y mejor posible ¿no?”. Aquí cabe señalar que existe la indicación por parte de las autoridades de que los jardines del dormitorio 10 son para uso exclusivo de los internos que viven ahí, medida que no se cumple “por falta de personal de seguridad” quienes deberían encargarse de prohibir el paso en la entrada del dormitorio.

Existen algunos de ellos que son homosexuales declarados, tienen implantes en los senos, usan maquillaje, traen el cabello pintado y largo, incluso utilizan nombres femeninos tales como “Pamela”, “Flor”, “Cinthya”, “Jacqueline”, algunos tienen parejas dentro del centro penitenciario, entre los mismos internos.

A decir del personal técnico, durante la noche desde las seis o siete de la tarde hasta las dos de la mañana suele escucharse música en algunas celdas y se percibe claramente el olor de marihuana y “la piedra” siendo frecuente encontrar a los internos en estado de intoxicación. Las zonas son cerradas a las 9 p.m. ya no debiendo salir nadie del dormitorio. Con respecto al pase de lista, este ocurre en cinco horarios, en los cuales los internos deben reportarse en la caseta de seguridad con los custodios.

Cuando los seropositivos tienen que ser llevados a un juzgado o al hospital, son trasladados en las mismas camionetas en las que se llevan a todos los internos. Lo que de acuerdo con el personal técnico penitenciario, ha generado situaciones muy dramáticas como la ocurrida al interno H. a quien golpearon en la cabeza al interior de la diligencia, le dieron varios ‘zapes’ (manotazos en la cabeza) durante el trayecto al hospital y de regreso, este interno no mencionó su estado seropositivo por temor a una agresión mayor, y a consecuencia de los golpes se le formó un coágulo en el cerebro, siendo hospitalizado en el servicio médico de la institución penitenciaria y falleciendo a escasos cuatro días de haber sido golpeado.

Constantemente, se presentan quejas por parte de los internos de la tercera edad, debido a la venta y consumo de drogas que se da al interior del dormitorio; asimismo, por el ingreso de visitas íntimas clandestinas a las estancias de los internos portadores del VIH, los reportan con el personal técnico penitenciario y cuando esté interviene realizando revisiones en las estancias y sacando a gente que no pertenece al dormitorio, por lo que una de sus funciones durante los días de visita es no permitir la entrada a personas que pertenecen a otros dormitorios, situación que genera mucha inconformidad y molestia entre los seropositivos quienes han llegado a insultar y agredir verbalmente al personal antes

mencionado, amenazando con agredirlas físicamente, “para hacer presión”, argumentando cosas como ‘si ésta es nuestra cárcel y las reglas las ponemos nosotros no ellas. Para detectar en que estancias hay una visita íntima clandestina, algunos internos le hacen señas a ‘las técnicas’ para indicar en que estancia se encuentra.

5.1.4.2 Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla.

En este centro no se cuenta con un dormitorio especial para internas portadoras del VIH, debido a que sólo tienen a dos, así que se encuentran ubicadas, una en el dormitorio C (por ser procesada) y la otra en el dormitorio E (por ser sentenciada), ambos edificios al igual que los D, F, G y H cuentan con tres niveles de catorce estancias cada uno, teniendo capacidad para albergar a cinco internas, y los dormitorios A y B con capacidad para tres; teniendo un tamaño aproximado de 6x5 m², con cinco planchas de concreto y sanitario con taza de W.C. y regadera, y una pequeña zotehuela con dos lavaderos. En la planta baja solo hay cuatro estancias con capacidad para tres internas. Las estancias no tienen rejas sino paneles de metal de aproximadamente cincuenta centímetros, con separaciones de alrededor de ochenta centímetros entre ellas.

Cada dormitorio tiene su propia cancha de básquetbol, el área del comedor consta de dieciocho mesas de metal con ocho asientos del mismo material cada una, hay un aparato telefónico. Los dormitorios están conectados por pasillos, en la entrada de los mismos se ubica la esclusa, que es el lugar donde se encuentra el personal de seguridad y custodia.

Cada edificio consta de tres niveles más la planta baja, en donde se ubica a las internas de la tercera edad, las que están embarazadas o las que tienen niños pequeños. En el primer nivel ubican a las ‘conflictivas’ aquellas internas que son adictas, reincidentes y cuyo desarrollo institucional es desfavorable; en el segundo nivel se encuentran las que presentan conflicto ocasionalmente, y en el tercer nivel a las que consideran ‘más tranquilas’, es decir, aquellas internas que tienen participación institucional en actividades escolares, laborales, técnicas y culturales.

El alimento es preparado en las cocinas generales, se traslada en carritos hasta la entrada de los dormitorios, en el espacio que denominan ‘cocineta’ las internas encargadas de repartirlo llegan con las ollas y la distribuyen entre la población, sirviéndolo y colocándolo en la barra. Las internas se forman en una fila para tomar su alimento, pudiendo sentarse a comer, en el área de comedor o llevar su alimento a sus estancias. Los horarios de la distribución de alimentos es el siguiente:

Dietas y niños:

Desayuno:	09:30 - 10:00
Comida:	14:30 - 15:00
Cena:	19:00 - 19:30

Población general:	
Desayuno:	10:00 - 10:30
Comida	15:30 - 16:00
Cena	20:00 - 20:30

A un costado del área de comedor, se encuentran los sanitarios, compuestos por seis tazas de W.C. y en la parte de atrás hay ocho lavabos, seguida por las áreas verdes, en donde hay dos 'paraguas', es decir, mesas y sillas de metal con techo de concreto, dicha sección esta rodeada en su perímetro por una barda de metal que la separa de la zona de áreas verdes del dormitorio contiguo.

Los días de visita familiar, existen áreas destinadas como salas de visita, las cuales cuentan con mesas para cuatro personas, las cuales son de metal con un techo, ubicadas en zonas con pasto, también hay una tienda donde pueden adquirir algunos productos comerciales.

En cuanto al servicio médico, el personal trabaja turnos de veinticuatro por cuarenta y ocho horas, proporcionando sesenta fichas para consultas diarias, contando con el apoyo del personal técnico penitenciario para repartir en los dormitorios las fichas con las cuales las internas podrán acceder a la consulta, debiendo ser anotadas en una lista que es entregada al servicio médico. Dichas fichas se reparten a las 8 a.m. en cada dormitorio. Esta área cuenta con médico general, hospitalización y enfermería.

Cuando no hay el medicamento recetado a las internas en el servicio médico, ellas pueden mandarlo a comprar con sus familiares o entregar su receta con el importe correspondiente al personal técnico penitenciario, para que éste a su vez lo entregue en la subdirección administrativa, que es la instancia que se encarga de comprarlos en el exterior, depositarlos en el servicio médico para que sean entregados o administrados a las internas.

El personal de seguridad que se encuentra en los dormitorios es en su mayoría femenino, ya que los custodios varones no tienen autorización para ingresar al interior de los dormitorios, ellos solo pueden estar en los pasillos y esclusas.

Las funciones del personal técnico penitenciario son supervisar la limpieza de las estancias y las áreas comunes (comedor, sanitarios, áreas verdes, pasillos, escaleras), canalizar con el área correspondiente las solicitudes de las internas, entregar fichas para consulta del servicio médico y entregar objetos o material depositado en la aduana de personas para las internas; así como impartir cursos y talleres con diversas temáticas enfocadas a coadyuvar en la readaptación social de las internas.

5.2 Análisis temático del contenido

5.2.1 Indicadores en el discurso de los grupos de discusión.

Grupo 1: diez varones internos, con una media de edad de cuarenta y un años, en su mayoría con bachillerato incompleto, con una media de sentencia de treinta y nueve años y seis meses y en promedio llevan cuatro años cinco meses dentro de prisión.

Grupo 2: diez varones internos, con una media de edad de treinta y dos años, en su mayoría con secundaria terminada, con una media de sentencia de cuarenta y dos años y en promedio llevan siete años seis meses dentro de prisión.

Grupo 3: diez varones internos, con una media de edad de treinta y siete años, en su mayoría con secundaria terminada, con una media de sentencia de treinta y cinco años y en promedio llevan siete años dentro de prisión.

Grupo 4: ocho mujeres internas, con una media de edad de treinta y tres años, en su mayoría con secundaria terminada, con una media de sentencia de diecisiete años y en promedio llevan cinco años dentro de prisión.

Grupo 5: ocho mujeres internas, con una media de edad de treinta y cuatro años, en su mayoría con secundaria terminada, con una media de sentencia de doce años cuatro meses y en promedio llevan cuatro años cuatro meses dentro de prisión.

Grupo 6: ocho mujeres internas, con una media de edad de treinta y nueve años, en su mayoría con secundaria terminada, con una media de sentencia de catorce años cuatro meses y en promedio llevan cinco años dentro de prisión.

a) Características del fenómeno.

El fenómeno del VIH/SIDA se conceptualiza en el caso de los varones como una enfermedad mortal, contagiosa, progresiva porque va disminuyendo las defensas del organismo, haciendo más susceptibles a los portadores de adquirir cualquier enfermedad y morir por ello.

“El sida disminuye las defensas naturales en el ser humano... uno está más propenso a cualquier enfermedad, a cualquier infección...”

“...se que es una enfermedad, es un virus que es progresivo, contagioso y mortal...”

En el caso de las mujeres, ellas lo definen como una enfermedad provocada por un virus, contagiosa, controlable, incurable, que le puede dar a cualquier persona.

“...es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es un virus el cual hace que bajen las defensas y hace a las personas más vulnerables a las enfermedades, una enfermedad común para las personas con VIH pueden ser mortales...”

“...es una enfermedad contagiosa, aun no hay cura solo tratamientos para controlar los síntomas, le puede dar a todos porque no respeta edad, sexo ni nivel social...”

b) Vías de transmisión.

Los varones consideran que se contagia por tener relaciones sexuales, en transfusiones sanguíneas, de una madre a su hijo durante el embarazo, al hacerse tatuajes en lugares no higiénicos y al intercambiar agujas cuando se usan drogas inyectables.

“...la forma del contagio, sé que es de transmisión sexual, por medio de una transfusión de sangre o cuando la mujer está infectada y está embarazada...”

“...los que se inyectan drogas usando la misma jeringa...también podría ser en las maquinitas de lo tatuajes porque como pican la piel ...”

En cuanto a la vía de transmisión sexual, refieren que las prácticas que facilitan la adquisición del virus son tener relaciones sexuales con varones homosexuales, con prostitutas o cuando son infieles a su pareja estable (esposa o concubina), así como tener encuentros sexuales habiendo consumido alcohol o drogas.

“Una de las personas que se pueden contagiar, podrían ser los homosexuales, se supone que ahí es donde se deriva más, donde está la gente mas propensa a una situación de esas...”

“...muchos de los esposos tienen sus juergas, se ponen borrachos y se meten con mujeres, a veces nos metemos con mujeres que están trabajando, son sexoservidoras, llegan lo hacen con su mujer y es cuando la contagian...”

En el caso de las internas, ellas señalan que las conductas o situaciones por las cuales una persona puede adquirir el VIH es a través de las relaciones sexuales no protegidas, las transfusiones sanguíneas y de la madre al hijo en tres momentos diferentes, mediante la lactancia, el embarazo o el parto.

“...se da por transmisión sexual, cuando una madre está lactando y está infectada, o cuando esta infectada y da a luz, por contacto sanguíneo, también...”

“...es un virus que se contagia por vía sexual, cuando se tienen relaciones sexuales sin condón, por medio de transfusiones de sangre...”

c) Necesidades respecto al tema.

Ambos, tanto varones como mujeres, coinciden en los aspectos que consideran que les hacen falta respecto al tema, consideran que la educación es algo muy importante, siendo

indispensable la información clara, así como responsabilizarse de ese aprendizaje y adquirir mayor conciencia para ponerlo en práctica.

“...la necesidad que siento yo en este momento es más información y más explícita, habemos personas que tenemos dudas, quisiera tener más información, ser concientes en el problema porque es grave y ser responsables, y no nada más decirlo sino también llevarlo a cabo...” (Mujer, 31 años).

“Simplemente a lo mejor nos llega a las manos lo tiramos, una cultura de la enfermedad desde el hogar, desde la familia y no solo de este tipo de enfermedades sino de muchas otras, de que tu mamá y tu papá te digan mira hay este tipo de enfermedades y te puede pasar por esto por esto. Dar cierta orientación...aparte de información, tenemos que ser más concientes todos, porque hay muchos que no somos concientes, muchos que vemos las cosas, que sabemos como son las cosas, como se transmite y no somos concientes...” (Varón, 35 años).

Un punto angular es que siempre puedan acceder a los condones ya que en el caso del centro penitenciario varonil quienes viven en la población general tienen acceso a la farmacia del hospital, pero quienes se encuentran en los módulos no lo tienen, no existiendo en ocasiones personal presente en esas áreas a quien solicitarlos. Aunado a esto, en la farmacia hay un horario específico (12 - 13 hrs.) para la entrega de condones y constantemente se los niegan aludiendo que no hay, o no es hora de pedirlos. En el caso del centro penitenciario femenino no hay forma de que las internas tengan acceso a los condones ya que no cuentan con ellos ni en el servicio médico.

“...también poder obtener condones, porque aquí no hay donde comprarlos, a veces los regalan en la farmacia, cuando nos toca salir, pero casi nunca hay...” (Varón, 42 años).

“...aquí solo le dan condones a las que tienen visita conyugal, y son para que los usen los hombres, el condón femenino ni lo conocemos...” (Mujer, 35 años).

d) Sentimientos hacia seropositivos.

Los sentimientos y emociones que han desarrollado hacia los IVVS son temor y miedo de contagiarse por el simple contacto físico, lo que genera una sensación de rechazo hacia ‘esas personas’, esto lo atribuyen a la ignorancia y falta de información respecto al tema. La tristeza y la depresión surgen al ver cómo se deterioran en su salud, lo que se refleja en su aspecto físico, ya que los observan demasiado delgados, demacrados de su rostro, sucio y desaliñados en su vestir, más aun cuando los ven en el hospital encamados. Esto ocurre en el centro penitenciario varonil.

“...yo tuve varias experiencias, trabajaba en un hospital, me tocó ver a varias personas en fase terminal, es deprimente verlos en esa fase terminal, es ver qué es la muerte en vida en ese momento, verlos como poco a poco se va apagando su vida...” (Varón, 36 años).

“...verlos a mí me causa tristeza porque los ves cómo van adelgazando, su salud se deteriora y no tienen la intención de salir adelante, de hacer algo por ellos mismos, al contrario, se drogan y eso me causa mucha tristeza...” (Varón, 51 años).

Sin embargo, cuando conocen a un portador que no cae en la descripción anterior, les genera admiración, porque lo consideran una persona que ha sabido superarse y que se esfuerza constantemente para mantener su salud en buen estado. Cuando los internos conocen a los IVVS desde el reclusorio o desde la calle, y se enteran que son portadores, la reacción es de solidaridad, de ofrecer su apoyo, siendo más fácil la aceptación de convivir con esa persona.

“Yo veo que hay algunos compañeros que aunque tienen la enfermedad le echan ganas y tratan de ser optimistas, yo pienso que hay que darles todo el ánimo por adelante, que no se sientan solos, hay que estar con ellos para que puedan sobresalir de esta enfermedad que tienen...” (Varón, 37 años).

“...cuando llegué al Oriente conocí a un chavo, de repente lo dejé de ver en el reclusorio, aquí voy saliendo del médico y lo saludo... ¿dónde estás?, en el 10 y ya me empieza a decir que tienen esa enfermedad, pues sentí un poquito feo porque yo nunca había tenido que tratar con una persona que conociera que tuviera esa enfermedad, pero no sentí ningún rechazo hacia él, lo saludé y hasta estuvimos platicando un ratito...” (Varón, 28 años).

En el caso de las mujeres externalizan solidaridad, apoyo, respeto, aceptación y cariño, en razón de que por su situación de género, son más abandonadas por la familia y reciben menos apoyo de gente en el exterior, entre ellas buscan solventar sus necesidades.

“... siento ternura, cariño y admiración; porque somos amigas porque platicamos de nuestras cosas, de nuestros sueños, porque cuando una cae a este lugar la familia y los amigos la abandonan y aquí se encuentran personas que también están solas y uno se acerca a ellas para no sentirse sola y olvidada...” (Mujer, 35 años).

“...a mí lo que me provocan es solidaridad,... somos mujeres y estamos compartiendo nuestra estancia en este lugar que es triste y deprimente y aunque no tengamos esa enfermedad pues a veces nos deprimimos y nos desesperamos porque no podemos estar con nuestros seres queridos, por eso debemos apoyarnos unas a otras para levantarnos el ánimo y motivarnos a seguir adelante...” (Mujer, 40 años).

e) Tratamiento de los portadores.

En cuanto a las medidas de tratamiento que se promueven y realizan al interior del centro penitenciario varonil para evitar que quienes tienen VIH desarrollen SIDA, se encuentran tomar el medicamento según las indicaciones médicas correspondientes, alimentarse adecuadamente, hacer ejercicio, sin embargo, no hay programas deportivos diseñados especialmente para ellos, algunos acuden al gimnasio, otros corren en el campo de fútbol o la explanada y otros juegan frontón. En el caso del centro femenino, no existen estas medidas debido a que solo dos internas portadoras del virus en etapa asintomática, que no requiere de medicamento, sin embargo, cuentan con información al respecto.

“...yo sé que si toman sus medicamentos, comen bien y hacen ejercicio, pueden vivir muchos años y retardar la fase terminal...”(Varón, 38 años).

“...para que no se mueran pronto, deben tomar todas sus medicinas, alimentarse sano, hacer ejercicio y ser positivas, optimistas, echarle pa’ delante”... (Mujer, 37 años).

f) Medidas de prevención en el centro penitenciario.

En lo referente a las acciones que se realizan para evitar que se propague el virus del sida, se encuentran la abstinencia, invitan a los portadores a no tener contactos sexuales; a los no portadores les aconsejan ser fieles a su pareja, y en caso de tener más de una pareja sexual, se les recomienda el uso del condón; sin embargo, no siempre pueden tener acceso a los condones y se escuchan muchos mitos alrededor de su uso adecuado, existiendo creencias como que el condón no es efectivo porque se puede romper, o el virus puede atravesarlo; que se necesita usar más de uno porque entre más se usen al mismo tiempo hay mayor protección.

“...una forma de prevenir es no tener relaciones sexuales...pero es algo muy difícil...” (Varón, 26 años).

“No se contagia usando condón, bueno, si es por sexualidad pero realmente no hay modo de no contagiarse porque el condón puede fallar y romperse...” (Mujer, 29 años).

“...no nomás con un preservativo porque se puede romper, ahí dice que uses 4 ó 5 a la vez para que no se contagie a la otra persona, quizá muchos piensen que no van a sentir la misma satisfacción...” (Varón, 36 años).

“...teniendo relaciones sexuales solo con la pareja, usando condón cuando hay relaciones sexuales con otras personas que no son tu esposa...” (Varón, 53 años).

Lo anterior es un acercamiento al contenido representacional del VIH/SIDA, ya que nos permite observar cuáles son algunos de los elementos que componen a la representación, en su componente cognitivo (información), cómo se organizan estos elementos y cómo se ordenan en el área de la afectividad y el impacto que ésta tiene sobre la disposición favorable o desfavorable que emiten los internos e internas hacia quienes lo portan y lo han desarrollado, y finalmente, en el ámbito de las prácticas cotidianas que se realizan al interior de los centros penitenciarios.

5.2.2 Indicadores en el discurso de los internos que viven con VIH/SIDA.

5.2.2.1 Descripción de los participantes.

Se entrevistaron cuatro internos y una interna portadores del VIH, ya que la otra interna seropositiva no quiso colaborar en la presente investigación, negándose a ser entrevistada, aludiendo a que no le interesaba hablar de su situación de salud.

J tiene 24 años, de complejión robusta, mide alrededor de 1.65, tez blanca, usa lentes, es soltero, se encuentra recluido desde el 3 de octubre del 2000. Su sentencia es de 27 años, 3 meses y 20 días, por el delito de abuso sexual agravado y tentativa de violación equiparada agravada. Estudió hasta tercero de secundaria. Es la primera vez que está en la cárcel, no cuenta con tatuajes en el cuerpo, señala haber consumido de manera experimental marihuana y que ocasionalmente consumía alcohol, actualmente no consume. Refiere que en

la calle, su tiempo libre lo dedicaba a ir al teatro, al cine a escuchar música y la lectura. Actualmente estudia primer semestre de bachillerato, es asesor del centro escolar, no consume ninguna droga, recibe visita de su madre cada quince o veinte días, se le observa siempre limpio, aliñado y jovial. Forma parte de algunos grupos religiosos dentro de la institución, mostrándose afín a las creencias de estos grupos. Suele llevarse bien con la mayoría de los internos, se le observa platicando con ellos, acudir a los eventos religiosos, al centro escolar a tomar asesorías y a dar clases de alfabetización, asimismo va al hospital por su medicamento, cuando tiene su visita, la recibe en la estancia, a veces se sientan en el jardín a comer o a platicar, hay contacto físico tales como abrazos, besos, entre sus familiares y él, parece ser una interacción cálida y armoniosa. Dentro de la institución ha participado en diversos cursos que se imparten tales como: integración grupal, manejo adecuado de residuos sólidos, relaciones humanas, proyecto de vida, paternidad afectiva y formación de asesores.

F, varón, 30 años de edad, de complexión delgada, mide alrededor de 1.70, tez blanca, es casado, ingresó a prisión el 31 de mayo del 2002, recibe visita familiar frecuente de su madre, sus hermanos, sobrinos y amigos. Se encuentra cumpliendo una sentencia de 15 años 6 meses por el delito de violación a la Ley General Contra la Delincuencia Organizada. Estudió hasta el segundo año de bachillerato. Dentro de la institución no tiene sanciones, no participa ni en actividades laborales ni en actividades educativas; suele pasar la mayor parte del tiempo dentro de su estancia, se le puede observar jugando ajedrez con otros internos del dormitorio. No es consumidor de drogas ni ha tenido antecedentes de farmacodependencia. Es la primera vez que se encuentra recluso. Suele llevarse bien con la mayoría de los internos, se le observa platicando con ellos, cuando tiene su visita, la recibe en la estancia, a veces se sientan en el jardín a comer o a platicar, hay contacto físico tales como abrazos, besos, al parecer existe una interacción cálida y armoniosa. Se le observa siempre limpio, aliñado y jovial.

H, varón, 32 años de edad, de complexión delgada, mide alrededor de 1.72, tez apiñonada, es soltero, ingresó a prisión el 30 de junio del 2003, recibe visita familiar esporádica de su madre, y sus hermanos. Se encuentra cumpliendo una sentencia de dos años ocho meses por el delito de robo agravado. Estudió sólo la primaria. Dentro de la institución no tiene sanciones, no participa ni en actividades laborales ni en actividades educativas, pero sí participa en actividades religiosas mostrándose afín a las creencias de éstos grupos. Refiere ser consumidor de drogas, ha solicitado 'protección' en tres ocasiones debido a sus deudas por la adicción. Se le puede observar deambulando por todo el centro penitenciario. Es la tercera vez que se encuentra recluso, tiene dos ingresos anteriores al R.P.V.O. también por robo. Se le observa con frecuencia en regulares condiciones de higienes personal, desaliñado, a veces ansioso. En el tiempo que en que se realizó la observación no se le vio recibiendo visita familiar.

G, varón, 33 años de edad, de complexión robusta, mide alrededor de 1.57, tez blanca, es casado, ingresó a prisión el 4 de octubre del 2000, recibe visita familiar ocasional de su madre y hermanos. Se encuentra cumpliendo una sentencia de 5 años 6 meses por el delito de robo. Estudió hasta el segundo grado de secundaria. Dentro de la institución cuenta con varias sanciones, ya que se ha visto involucrado en riñas y robos de pertenencias de

compañeros del mismo dormitorio, participa en actividades laborales como artesano, fabrica figuras de jabón, que vende entre la visita familiar que acude al centro y en actividades educativas, inscrito en el centro escolar en nivel secundaria; suele pasar buena parte del tiempo dentro del dormitorio realizando sus artesanías, y se le puede ver en centro escolar por la mañana. Refiere ser consumidor de drogas, por periodos de tiempo, intercalados con lapsos de semanas en los que no consume, lo hace cuando se siente deprimido. Es la segunda vez que se encuentra recluido, la ocasión anterior también fue por robo y solo estuvo tres meses. Se le observa a veces limpio y aliñado, sobre todo los días de visita y en regulares condiciones los días de no visita. Cuando lo visita su mamá, hay poco contacto físico, permanecen lapsos de tiempo callados y sin intercambiar palabras, la interacción se percibe fría y distante.

H, mujer, 23 años de edad, de complexión delgada, mide alrededor de 1.70, tez morena, ingresó a prisión en agosto del 2000, no recibe visita familiar debido a que es extranjera, de nacionalidad holandesa. Se encuentra cumpliendo una sentencia de quince años seis meses por el delito de daños contra la salud, en su modalidad de posesión de clorhidrato de cocaína. Fue detenida en el aeropuerto de la Ciudad de México. Estudió hasta el bachillerato. Dentro de la institución cuenta con algunas sanciones, debido a que se le ha encontrado en posesión de cigarrillos de marihuana. Participa en actividades educativas; suele deambular por los diferentes dormitorios, se le observa en las salas de visita familiar con otras internas y sus familiares. Acude a los eventos religiosos y culturales que organiza la institución. Refiere que es la primera vez que se encuentra recluida y no ser consumidora de drogas, sin embargo, existe la sospecha entre el personal y las autoridades de que ella distribuye droga al interior del centro.

En el anexo 6 se presenta un cuadro comparativo con las características de estos participantes.

a) Reacción del interno ante el diagnóstico.

La reacción de los internos al notificárseles que eran portadores del VIH, fue diferente dependiendo de las condiciones en las que esto ocurrió, en tres casos ellos aún estaban en la calle, en otros dos casos ya se encontraban dentro del centro penitenciario, uno de ellos reporta que frecuentemente se enfermaba, por lo cual, el médico que lo atendía en el reclusorio ordenó se le aplicaran los estudios serológicos correspondientes para conocer su estado de salud, en el otro debido a que se trata de una persona de nacionalidad holandesa, la embajada solicitó una evaluación clínica exhaustiva, detectándosele el VIH.

“Cómo me sentía, muy mal físicamente, no tuve una reacción pronta sino que tardé en darme cuenta de que ya tomaba medicamento y todo eso, lo tomé algo normal, no sabía lo que eso significaba.” (Varón, 33 años).

“Sentí que mi vida no tenía un motivo para vivir, ya que tengo sida o vih, me quiero morir, empecé a drogarme, no tenía mucha información acerca de lo que era la enfermedad, decían que era mortal, no sabía cuanto tiempo me quedaba de vida, yo pensé que unos meses y ya me iba a morir, pero me encontré con gente del albergue del árbol de la vida y pude salir adelante de esa depresión en la que había caído.” (Varón, 32 años).

“Fue la negación, ignoré el resultado y yo me seguí avocando a mis actividades laborales sin considerar de peso la noticia.” (Varón, 30 años).

“No lo creí, hasta la fecha no lo creo porque no me he enfermado de nada, cuando me lo notificaron yo pensé aquí termina mi vida, que al otro día me iba a morir, pero aquí sigo, yo a veces digo que no tengo nada porque no me siento mal, no tomo medicinas porque el doctor.” (Mujer, 23 años).

“...miedo, depresión, autorechazo, temor a que mi mamá me rechazara, me golpeará, me corriera de la casa, no sabía cómo decirle a mi mamá que los resultados de los exámenes habían salido positivos, los estudios de Elisa y Western Blot, me sentía muy aprensivo y evadía a mi mamá tenía mucho miedo, más que otra cosa...miedo.” (Varón, 24 años).

b) Reacción de la familia del interno ante el diagnóstico.

En dos casos, la familia no se ha involucrado mucho en el proceso de la infección del VIH, de hecho, en uno de ellos ni siquiera saben que la interna es portadora; en otros dos casos hay apoyo de la misma y eso se refleja ya que acuden de manera frecuente al centro a visitarlos, se les puede observar en el una o dos veces a la semana. Y en otro, aunque refiere ser apoyado por sus familiares, cuando se le realizó la entrevista se encontraba en una de las celdas de conductas especiales debido a que días antes había solicitado protección, ya que debía quinientos pesos por consumo de piedra (crack), ya lo habían amenazado para que pagara y estaba esperando que acudieran sus hermanos para que le dejaran dinero y saldara su deuda, sin embargo, permaneció en esa área alrededor de seis semanas debido a que fue hasta entonces que acudieron sus familiares, quienes viven en el Estado de Veracruz.

“Siempre es una sorpresa pero, en mi familia ya había un caso de una hermana que falleció de VIH, más que nada esperaban mi reacción...” (Varón, 33 años).

“Mi mamá no lo podía creer y mis hermanos tampoco, mi papá falleció y nunca supo que yo era seropositivo, hubo el apoyo total de mi familia sin rechazo alguno, gracias a dios me aceptaron y me ayudaron con todo y mi drogadicción.” (Varón, 32 años).

“Ellos se enteran hasta que estoy detenido y por las circunstancias como se los dije pues no hubo mucho acercamiento, pero ahora que he tenido contacto con mi familia más cercana, han reaccionado bien, no me cuestionan ni cómo ni cuándo ni dónde fue, pero he sentido su apoyo.” (Varón, 30 años).

“Mi familia no lo sabe, yo no se los he dicho, no quiero que lo sepan, no tienen por qué saberlo además a lo mejor ni tengo nada y para que los asusto con eso de que estoy enferma y luego no lo estoy.” (Mujer, 23 años).

“...mi mamá se puso a llorar conmigo, me abrazó, me acarició, me apapachó, me besó, me dijo ‘hijo, tu siempre has contado contigo, y ahorita en este momento es cuando más sabes que cuentas conmigo’ ‘yo te voy a apoyar siempre, mi mamá se sentía culpable, por no haberme tenido más así conmigo, así más controlado, más limitado...” (Varón, 24 años).

c) Cambios al saberse seropositivo.

La evaluación que realizan de este hecho a raíz de que se les dio a conocer que son portadores del VIH, ha dependido de las condiciones particulares de su situación, para algunos con matices positivos y optimistas, y para otros en aspectos negativos, en términos de pérdidas de oportunidades. Existiendo quien aun no cree que el virus del VIH se encuentre en su cuerpo.

“...si cambia mucho, radicalmente, porque uno como persona desea tener una pareja, una familia estable, como mucha gente, o un sin fin de cosas pero después de ser seropositivo tú ya no puedes tenerlas, porque si tienes relaciones sexuales con una chava pues la infectas y también puedes infectar al bebé...” (Varón, 33 años).

“A mí, en lo personal me ha regalado mucho, que para mí es no estar enfermo de sida, sino solamente diagnosticado, procuro cuidarme, comer bien, tomar mi medicamento, aunque a veces me da el bajón, me deprimó y es cuando consumo droga, aunque sé que no lo debo hacer porque eso daña mi cuerpo, mi cerebro y hace que la enfermedad avance más de prisa...”(Varón, 32 años).

“Yo creía que no había cambiado, pero ahora que he estado detenido y aquí uno tiene mucho tiempo de ociosidad, ahora le dedico más tiempo a mi salud, me procuro más, en cuanto a la alimentación, cuidarme de no enfermarme, es un cambio positivo, que antes no le prestaba mucha atención a mi salud...”(Varón, 30 años).

“Sigo igual, porque yo no creo tener nada, yo me siento bien, no me siento enferma...” (Mujer, 23 años).

“... deje muchas cosas que me gustaban, me fui como empezando a cerrar, me fije esa idea de no hacer daño, cambió de manera positiva, disfrutar más la vida, a mis seres queridos, cuidar mi cuerpo, superarme en lo académico, ser más conciente de mis actos, pensar más las cosas antes de hacerlas, antes las hacía y no me fijaba en los riesgos que corría, pero ahora me estoy forjando un proyecto de vida, antes una idea constante era la muerte, y me daba pánico pero ahora mi padecimiento es una enfermedad crónica degenerativa, tengo el suficiente conocimiento para saber como cuidarme y vivir muchos años, yo deseo tener una pareja y procrear hijos, pienso en la inseminación artificial porque esa sería la mejor forma de concebir sin contagiar a mi pareja y a mi bebé.” (Varón, 24 años).

d) Necesidades como portador del VIH.

En el caso de los varones coinciden en que dentro del centro penitenciario se les proporciona su tratamiento médico, recibiendo en tiempo y forma sus medicamentos, de acuerdo a los horarios y políticas del hospital del mismo centro, lo que para ellos es un gran apoyo, ya que por tratarse de medicamentos de alto costo, algunos de ellos no tendrían los recursos económicos para adquirirlo por su cuenta. Sin embargo, si hay quejas por deficiencia en otras áreas como la de servicio odontológico, psicológico, etc.; consideran también, que hace falta mayor información sobre como cuidar su salud. En el caso de las mujeres, las dos internas portadoras del VIH no se encuentran bajo tratamiento médico a causa del virus.

“Cuidándome, puro medicamento, comiendo bien, haciendo deporte, no drogarse no hay ninguna otra necesidad, aquí hasta eso la comida no es tan mala, la preparan en el hospital y de ahí nos la traen” (Varón, 32 años).

“...mis necesidades, yo siento que como interno si hay necesidades de servicio dental, un poco más accesible el servicio médico general, en mi caso, no lo siento que sea necesario, pero no me caería mal el apoyo psicológico, digo que principalmente eso, acceso rápido al servicio médico, y servicio dental, dejan mucho que desear...” (Varón, 30 años).

e) Comportamiento de internos no portadores hacia los portadores.

La calidad de la interacción entre internos portadores y no portadores, se evalúa principalmente, en base a la forma de actuar de los primeros, ellos consideran que son sus acciones frente y hacia los no portadores los que impactaran en el trato que éstos les brinden, ya sea de aceptación y convivencia o rechazo y discriminación.

“...el trato que les doy es el que recibo, trato de ser respetuoso, de no meterme con nadie para que nadie se meta conmigo, otros compañeros (seropositivos) si tienen problemas (con los que no son portadores) porque molestan a su visita pidiéndoles dinero para comprar vicio y ellos se enojan y los insultan y los agraden con palabras, con golpes casi no, supongo que tienen miedo de contagiarse así” (Varón, 33 años).

“Sin ningún problema, hay respeto, yo trato de no meterme con ellos, no provocarlos para no ser agredido, yo pienso que lo que uno da es lo que uno recibe. Algunos compañeros (seropositivos) están muy afectados psicológicamente y se la pasan molestando, entran a robar a las estancias, se llevan lo poco de valor que uno tiene y te dejan sin colchón, sin zapatos, sin cobijas, y lo venden o empeñan para conseguir para su vicio, o cuando ya están drogados buscan pleito, hacen bromas pesadas y hay problemas...” (Varón, 32 años).

“No siento ni noto ninguna diferencia en el trato, platico con ellos, yo abiertamente les digo soy portador del vih, incluso les hago del conocimiento de algunas cosas de la infección, y quizá porque soy muy normal al tratar el tema yo no siento rechazo y algunos internos que han tomado los cursos sobre vih, comprenden un poco acerca de la enfermedad yo lo atribuyo a eso” (Varón, 30 años).

“Bien, normal, como si no tuviera nada, platicamos, estoy en el mismo dormitorio que ellas, yo soy la única en este lugar que dicen que tiene esa enfermedad, no tengo problemas con nadie, voy comer con ellas y su visita cuando tienen...” (Mujer, 23 años).

f) Calidad de la atención médica.

En cuanto a su opinión respecto a la calidad de la atención médica que se les brinda al interior del centro penitenciario, se puede observar que tiene algunas deficiencias, como el hecho, de que el personal no esté bien informado para tratar a los pacientes seropositivos, algunos se conforman con que se les brinde el medicamento. Debido a que la mayoría de los portadores incurrir en comportamientos indeseables, como la venta de su medicamento, agresiones al personal del servicio médico, solicitar a diario consulta, los médicos le niegan la atención y consulta a esta población, en ocasiones aunque si amerite ser valorado.

“Se nos tiene bastante bien, tenemos todo lo necesario para nuestra situación física, nos dan medicamento, y eso es lo más importante, porque allá en la calle pues esos cuestan muy caros y no toda la gente

los puede comprar, en el hospital tienen horarios especiales y a esa hora vamos y nos dan todas las pastillas que tenemos que tomar durante el día” (Varón, 32 años).

“Deficiente, muchas anomalías, carencias, cuando a mi trasladan para acá me platican que acá voy a estar mejor atendido, voy a tener ciertas comodidades dentro de la prisión por ser portador del VIH, pero cuando uno aquí se siente mal, tiene que ir a sacar su consulta como cualquier otro interno, si nos dan nuestro medicamento, los retrovirales, en la calle, la mayoría de la gente difícilmente los conseguía con dinero en su bolsillo, pero en la atención integral que requiere la enfermedad no, yo lo veo también como causa de muchos internos, abusan de que están enfermos, y pretenden obtener medicamentos o cualquier cosa que puedan vender para su droga, yo pienso que los médicos deben atender profesionalmente independientemente de esas circunstancias” (Varón, 30 años).

“No confío en el servicio médico a lo mejor, aquí me lo pegaron, yo no era de esas que se acostaban con cualquiera, si necesitamos medicamento aquí no hay...” (Mujer, 23 años).

“...no es muy buena que digamos, porque desgraciadamente muchos compañeros que ya fallecieron, otros que se fueron libres y ya regresaron, van piden medicamento sin sentirse mal, y cuando a mí me ha tocado ir que me he sentido verdaderamente mal, yo padezco mucho de gastritis y de mi problema de sinusitis, entonces no me creen, piensan que estoy haciendo nada mas para sacar medicamento para vender para la droga, sino que, por algunos como ese tipo de personas que son drogadictas que se dedican a hacer eso, los que no lo somos, también lo somos, para consideración de los médicos. Ahí si están mal, entonces necesitan verme realmente tirado en el piso para creerme que me estoy sintiendo mal, de cierta forma para mi no es muy buena la situación médica de la institución.” (Varón, 24 años).

Solo dos de los varones entrevistados conocen la carga viral que tienen, los otros dos y la interna desconocen esta información, ya que se los han dicho en el servicio médico pero no le han puesto atención, o no les interesa recordar el dato.

g) Trato por parte del personal penitenciario hacia portadores.

También en este rubro el trato recibido se asume como un resultado y consecuencia de las conductas y comportamientos que emitan hacia el personal tanto técnico como de seguridad y custodia.

“Bueno, de parte de ellos no he recibido discriminación ni rechazo, yo procuro no faltarles al respeto, obedecer las reglas que nos ponen para no tener problemas, porque hay compañeros que les gritan, que los ofenden y pues ellos se enojan y los maltratan o ya no les hacen caso cuando piden algo y si ellos quieren ser tratados bien deben respetar a quienes trabajan aquí, los custodios y los técnicos si te apoyan cuando necesitas algo si lo pides de buena forma, y como ellos te ven, te conocen y saben cuando si necesitas eso y cuando los estas choreando...” (Varón, 33 años).

“...son muy respetuosos conmigo, yo creo que siempre he tenido una norma, lo que das, recibes, si das respeto, recibes respeto, con los técnicos y el demás personal que labora en la institución mi relación ha sido de respeto, lo mismo he recibido de las autoridades y del personal con respecto al resto de los compañeros, es muy tirante, porque hay compañeros que son muy agresivos, muy altaneros de manera justificada o injustificada por sus adiciones a las drogas, así como los tratas te van a tratar, como te ven te tratan, si te ven todo pandroso, todo mugroso, todo desaliñado van a decir este qué me viene a estar gritoneando, con qué derecho...” (Varón, 24 años).

h) Medidas preventivas existentes en el centro.

Señalan que no existe dentro del centro penitenciario un programa específico de acciones encaminadas a prevenir la propagación del VIH, sino algunas acciones aisladas como lo serían la difusión de información y la promoción del uso del condón y la abstinencia.

“No hay muchas medidas, debería haber información para la gente, porque es una enfermedad que puede hacer que la gente muera, y quienes no la tienen deben aprender a cuidarse para no adquirirla y no contagiar a su pareja...” (Varón, 33 años).

“Sexo con protección, pareciera que no hay relaciones, pero aquí también las hay, bueno la más eficaz es la abstinencia, pero es algo difícil de controlar y en segundo término, es el sexo con protección para evitar el intercambio de fluidos, en el caso de los condones, escasean, un interno va a solicitarlos en la farmacia y simplemente no hay debería ser más fácil el acceso a los condones...” (Varón, 30 años).

“...a simple vista ninguna, porque en la farmacia va uno a pedir condones, es que no han llegado, es que ya se acabaron, es que el horario es a las 12, nos ponen ciertos limitantes, sabiendo que los que vamos y pedimos, pues es por una situación de que yo mantengo una relación con una persona que también está infectada, entonces si no me los puede traer y aquí no hay, pues me quedo así, con las ganas, de estar con esta persona...” (Varón, 24 años).

i) Medidas para no desarrollar SIDA.

Si bien la medida más importante que es la de proporcionar a los pacientes seropositivos su medicamento si ocurre, no hay otras actividades complementarias para la atención integral del padecimiento, sino depende del interés que el interno tenga en cuidar su salud, ya que son muy pocos los que complementan su tratamiento farmacológico con ejercicio, buena alimentación y apoyo psicológico.

“La aceptación de mi situación, eso te permite darte cuenta de cómo está tu salud y buscar lo que puedes hacer para contrarrestar los efectos del virus, posteriormente medicarse, comer bien, vitaminarse, hacer deporte, no drogarse, convivir con la sociedad, escuela, terapias, trabajo, etc., todo en conjunto te puede ayudar a superar el malestar físico a estar bien de tu mente a pensar positivo y eso que no desarrolles sida...” (Varón, 32 años).

“Acceso al medicamento, ser concientes de la enfermedad, depende del interno que se cuide y se prevenga, yo llevo aproximadamente diagnosticado cuatro años y con el virus estimo que casi diez, estoy en buenos niveles de salud, me cuido, tomo mi medicamento, me alimento, cosa que no se da en muchos compañeros, principalmente por la droga, he visto que es una combinación letal que sea uno portador del vih y adicto, pues definitivamente va desarrollando sida mas prontamente que otras personas...” (Varón, 30 años).

5.2.3 Indicadores en el discurso del personal técnico penitenciario.

El personal entrevistado fue el denominado técnico penitenciario, conformado por cuatro psicólogas y una trabajadora social, quienes trabajan en turnos de veinticuatro por cuarenta y ocho horas, esto es, ellas ingresan al centro penitenciario a las 9 a.m. y salen a las 9

a.m. del día siguiente, descansando dos días, se les eligió debido a que ellas se encuentran trabajando directamente con los internos e internas en los dormitorios por el perfil del puesto y las funciones que desempeñan. Llevan laborando en centros penitenciarios, un mínimo de seis meses y máximo de seis, dos de ellas han estado en centros tanto varoniles como femeniles y las otras dos, solamente han estado en el varonil y una más solo en el femenil.

Relatan que básicamente funcionan como intermediarios entre los internos y las áreas que componen la estructura técnico-jurídica del centro, lo que hacen es supervisar que se realice la limpieza de las zonas del dormitorio, solicitar material de limpieza y proporcionárselo a los comisionados para que la realicen, verificar que el alimento que envían las cocinas generales sea suficiente y que se reparta equitativamente entre la población, cuando hay faltante gestionan ante el encargado de esa área las raciones que hagan falta, llevan ante el área jurídica las solicitudes que tengan los internos e internas de audiencias y durante los días de visita observan que no se extorsione a la visita, llevan las dietas semanales de quienes se encuentran castigados, orientan a los internos e internas recién llegados respecto a la dinámica de la institución.

En el centro varonil, abren el área de las hortalizas para que trabajen las personas de la tercera edad. Además brindan cursos que favorezcan y promuevan actitudes favorables y sanas que le permitan a las personas que se encuentran en reclusión elevar su calidad de vida, entre los temas que manejan se encuentran: proyecto de vida, autoestima y autoconocimiento, escuela para padres, sexualidad, violencia intrafamiliar, prevención de adicciones, talleres de lectura, cine-debate, entre otros.

El personal es asignado a los dormitorios de acuerdo a un rol preestablecido por el coordinador o coordinadora del turno, en donde cada cierto tiempo, que varía de uno a tres meses les corresponde estar en uno de los diferentes dormitorios, siendo común que en la rotación del dormitorio 10 (en el centro varonil) casi siempre sean las mujeres las asignadas; lo anterior, debido a que se tiene la creencia que por tratarse de población denominada “vulnerable”, porque en ese dormitorio se encuentran pacientes con VIH/SIDA, personas de la tercera edad e internos que han solicitado protección, ubicados en la zona 1, se considera que es un dormitorio poco conflictivo en el cual el personal femenino corren poco riesgo físico. En el centro femenil la duración del rol para asignación de dormitorios es de un mes, existiendo solamente un varón a quien se le asigna invariablemente el denominado Módulo de Alta Seguridad en donde se ubica a aquellas internas consideradas como problemáticas debido a que con mucha frecuencia incurren en faltas al reglamento, tales como posesión de sustancias tóxicas, estado de intoxicación o agresiones a personal o a otras internas. Esto debido a que consideran que por ser varón tiene mayores recursos físicos para someter o defenderse de las internas conflictivas en caso de agresión física.

Además, ante el hecho de que muchos de ellos sean homosexuales, consideran que sienten empatía al ver a una mujer y se dirigen con más confianza a ellas, al igual que los internos de tercera edad, opinan que tienen más confianza de pedirles algunas cosas a las mujeres que a los hombres. En el caso del centro femenil al haber solamente una interna

portadora, no hay un dormitorio especial para ella, el personal encargado de todos los dormitorios es femenino, existiendo solamente un compañero varón.

Al preguntarles respecto a la capacitación que reciben para trabajar con población seropositiva señalan que no existe ningún tipo de capacitación especializada en el tema, no tomándose en cuenta ni la profesión que tienen, solo hay tres de ellas que asisten a un curso de preparación para ser consejero en VIH/SIDA en la Clínica Condesa, donde las preparan para manejar más la enfermedad, sus medidas preventivas y quitar tabúes, orientar a la gente sobre cómo se transmite, algunas otras por su cuenta o por su formación profesional están mejor preparadas a nivel de conocimientos, pero el centro penitenciario no las capacita. Consideran que ellas se capacitan “ahí en el momento del trabajo” siempre y cuando exista un verdadero interés de hacer bien su trabajo. Comentan que los elementos que debería incluir esa capacitación es sobre todo información veraz para combatir los mitos existentes alrededor del padecimiento del SIDA para poder orientar a los internos cuando se les acercan con alguna duda al respecto. También creen que deberían contar con las herramientas para promover el uso del condón como un eficaz medio de prevención. En el caso del centro femenino no hay personal que acuda al programa de consejería antes mencionado, al no considerarse una prioridad la atención de población seropositiva.

a) Trato a internas e internos seropositivos.

Consideran que en general, la atención y el trato que se le brinda a la población portadora del VIH en los centros penitenciarios es bastante pobre y deficiente, aun cuando físicamente existe un dormitorio donde se concentra a los IVVS, ellos pueden transitar sin restricciones por las áreas a las que tienen acceso todos los internos, si reciben atención médica en cuanto a la administración de sus medicamentos en los horarios especiales establecidos y la preparación de sus alimentos, ya que a ellos no les preparan su comida en cocinas generales (donde se elabora el alimento para el resto de la población) sino en el hospital en donde un nutriólogo organiza un menú balanceado, con base en los requerimientos alimenticios que por su estado de salud tienen estos internos. Las dos empleadas que pertenecen al centro femenino, señalan que al ser solo dos IVVS, no hay un régimen de alimentación especial para ellas, sino que comen lo mismo que el resto de la población y están ubicadas, una en el dormitorio E por ser sentenciada y otra en el dormitorio C por ser procesada, conviviendo sin impedimento alguno con toda la población y pudiendo deambular por todas las áreas que conforman el centro.

“...se puede observar que la calidad de los alimentos es mucho mayor al resto de la población, sin embargo, en el caso de las dietas que les proporcionan, les dan una dotación de carne, huevo, verduras, frutas, leche, azúcar, arroz, pasta, etc. para que ellos preparen sus alimentos...” (Técnica penitenciaria, psicóloga, centro varonil).

Solamente una psicóloga del centro varonil, hizo referencia de que a nivel jurídico no tienen orientación respecto a las opciones que los internos podrían tener para salir de prisión, tomando en cuenta que la mayoría de los internos seropositivos son habituales, esto significa, que han estado más de dos veces en prisión, la mayoría se encuentra sentenciado

por el delito de robo y las sentencias son cortas, van desde un año hasta cuatro años y seis meses, por lo que legalmente no pueden acceder a los beneficios que otorga la Ley de Ejecución de Sanciones Penales, que es la que contempla disminución de la sentencia de acuerdo a una serie de criterios.

En el caso del centro femenino al haber una interna seropositiva que es extranjera, la situación se modifica, ya que puede recurrir a su embajada para hacer sus solicitudes. Comentan que en general la atención hacia ellas (todas las internas) es buena.

“Yo creo que la atención que se le da es buena, una de ellas es extranjera y recibe mucho apoyo de su embajada, ella habla por teléfono a la embajada y ellos inmediatamente vienen a averiguar qué pasa con ella, si necesita algo, si está enferma, y la atienden rápido precisamente porque hay más presión para darle un buen trato... ella al estar revuelta con las demás internas, come de la misma comida que se hace para todas, vive en una estancia que es como todas, si se siente mal va al servicio médico y si alcanza consulta la atienden y si no habla a su embajada, y si no hay medicamento, también habla a su embajada y de allá le mandan un médico y el medicamento... aquí a las internas no se les clasifica por si tienen alguna enfermedad, sino por lo que se denominan el perfil criminológico, o sea, diversas características como nivel intelectual, nivel socioeconómico, características de personalidad, desempeño intrainstitucional, reincidencia o primodelicuencia, si son mamás, si son de la tercera edad, etc.” (Técnica penitenciaria, psicóloga, centro femenino).

b) Comportamiento de internos seropositivos.

El personal que trabaja en el centro varonil no puede definir de la misma manera como actúan los internos seropositivos, señalan que hay casos particulares al existir una amplia diferencia entre unos y otros, atribuyendo ésta, al hecho de si el interno es adicto o no, más que a la circunstancia de que este infectado por el VIH. Aquellos internos consumidores de drogas son definidos como personas que roban, estafan, extorsionan, que piden dinero a la visita familiar y al personal, reincidentes que no se toman su medicamento, porque lo venden o lo tiran, molestan a los demás internos, no se cuidan, venden sus dietas, rentan sus estancias y venden droga.

Por otro lado, a los internos que no son consumidores se les atribuyen características como tranquilos, que se preocupan por su salud, que se cuidan, se alimentan bien, hacen ejercicio, trabajan, estudian, acuden a cursos, son respetuosos porque no usan drogas.

“Hay de todo, gente muy tranquila que se preocupa por su salud, que se cuida, se alimenta sanamente, hace deporte, trabaja, estudia, tiene visita familiar, acude a cursos, terapias, etc. que ofrece un trato respetuoso a las personas que conviven con él, así como al personal; son poquitos 3 o 4, son chavos con un nivel cultural y económico por arriba del estándar, sobresalen porque son limpios en su persona y en su estancia, porque no comen el alimento de aquí, reciben visita con mucha frecuencia y ellos les traen cosas, alimento, tienen bachillerato o licenciatura trunca, son reservados, si conviven con los otros pero no hay relaciones estrechas con ellos, no consumen droga, no son agresivos ni chantajistas, son agradables. Pero hay otros internos que son adictos y se la pasan buscando a quién robarle sus cosas, a quién estafar, a pedir dinero al personal, a la visita, personas que están muy desmejoradas físicamente por tanta droga que han consumido, son internos que no reciben visita, que ya han estado aquí en otras ocasiones, que no se toman su medicamento, lo venden o simplemente lo tiran, en el jardín constantemente encontramos cápsulas de azt tiradas en el piso, el ensure o el vivonex que son

complementos alimenticios antes se los daban en la lata pero lo vendían por cinco pesos ahora ya hay la indicación de que se lo deben de tomar frente al personal médico que lo distribuye en el hospital. En ocasiones tratan de chantajear con su padecimiento para obtener cosas, por ejemplo, cuando no les mandan postre y si reparten entre la población los escuchas decir 'si como nosotros estamos sidosos y podridos no nos dan postre' se quejan mucho de que son rechazados, pero siempre buscan molestar a los demás, buscan ser indeseables, hacen maldades, roban, lo que hace que quienes son agredidos no los quieran; casi no hay agresiones físicas hacia ellos, supongo que por temor a contagiarse del virus, como que en ese sentido si son muy precavidos, pero sí hay agresiones verbales, les gritan ofensas muy feas, alguna vez escuché que les dicen podridos, agusanados, si son muy hirientes los internos cuando pelean entre ellos" (Técnica penitenciaria, psicóloga, centro varonil).

"...yo pienso que por esta falta de conocimiento de su enfermedad, es gente que no se atiende, no se cuida, no se procura en lo absoluto, no hay una conciencia de cómo controlar su enfermedad, en ocasiones se han encontrado medicamentos tirados, no los consumen, los tiran, como no los pueden vender porque ellos son los únicos consumidores de ese tipo de medicamento, agarran y los venden, aquellos que pueden vender como son psicotrópicos, pues si tienen mercado, pero medicamento especializado de ellos no" (Técnica penitenciaria, trabajadora social, centro varonil).

Hay un discurso ambivalente respecto a la calidad de interacción que las trabajadoras tienen con ellos y la respuesta que dan a sus necesidades, en cuanto al hecho de que sean portadores y parece que depende más del comportamiento que ellos muestren no sólo hacia el personal técnico y funcionarios, sino hacia los otros internos que también son portadores y hacia aquellos que no lo son.

"Cuando están entre internos son prepotentes, groseros, agresivos, intimidantes, pero ante otras figuras (funcionarios y personal de estructura) a veces recurren al chantaje y otras utilizan esos mismos recursos para conseguir lo que quieren, si tu cedés ante la intimidación, amenazan con golpear, con aventar sangre, cosas así, y muestras miedo esa es la forma en la que te van a presionar, si te mantienes firme no te intimidas recurren entonces al chantaje y si ven que tampoco cedés, aprenden que si piden las cosas con respeto y de buena forma aceptas interceder por ellos, de lo contrario no intervienes. Cuando viene un funcionario se muestran dóciles, tranquilos, no hay consumo de droga, en cambio con el personal si se da enfrente de nosotros todo este consumo, son agresivos y majaderos, y es por la misma situación de que nosotras los vemos como son en realidad y ya no pueden engañar, en cambio con los funcionarios como no los conocen bien son más susceptibles de ceder a su chantaje" (Técnica penitenciaria, trabajadora social, centro varonil).

"...quizá les hace falta apoyo psicológico porque son agresivos y chantajistas, ya tienen mañas de vivir a expensas de los demás y su adicción es algo que no les permite avanzar a pesar de estar tomando medicamentos y tener una dieta, hay pocos avances en ello por su adicción, muchas de las veces, ellos comercializan su medicamento, más cuando toman psicotrópicos, porque lo que les dan por ellos lo usan para comprar droga, lo mismo ocurre con las dietas especiales que les dan cada semana, en vez de aprovecharla y comer bien, ya que contiene verdura, leche en polvo, arroz, fruta, avena, varias cosas que alimentan bien, ellos las venden, les dan alrededor de diez a lo más veinte pesos por todo lo que les dan o cambian por droga, consumen principalmente marihuana y piedra (crack)..."(Técnica penitenciaria, psicóloga, centro varonil).

Dentro de los comportamientos que realizan se encuentran la renta de sus estancias los días de visita para que entren parejas a tener relaciones sexuales, situación prohibida por el reglamento de la institución, siendo esa una de las formas principales con las que ellos obtienen dinero. A quienes se ha sorprendido en estas acciones se les castiga, son reportados de manera verbal y escrita, pasando a la sesión del HCTI, siendo sancionados por lo regular

con quince a treinta días dentro de la celda de conductas especiales, que es un cuarto donde los encierran y no pueden salir, pero cuando salen, vuelven a hacerlo. En el caso de la venta de dietas complementarias y de medicamento que se les da, es una situación que no puede ser sancionada porque no está establecida dentro del reglamento, así que lo más que hacen las autoridades del centro es llamarles la atención de manera verbal e invitarlos a que no incurran en esas conductas, porque los internos portadores se sienten apoyados por la Comisión Nacional de Derechos Humanos. Esto ocurre solo en el centro varonil.

“...es otro punto complejo, si los sancionamos para que no lo hagan, levantan su queja ante Derechos Humanos, esta institución interviene sin tener conocimiento real de cuál es la situación, de la dinámica de estos centros y por eso no podemos proceder, anteriormente, cuando se les sancionaba eran enviados a un dormitorio de castigo y eso como que los intimidaba un poco y se abstendían de conductas irregulares, pero desde que la Comisión de los Derechos Humanos envió la indicación de que se les segregara ahí mismo en el dormitorio, ellos ya no tienen temor al castigo porque se quedan en el mismo lugar donde están” (Funcionario #1, centro varonil).

c) Visita familiar.

En el centro varonil, es muy reducido el número de internos seropositivos que reciben visita familiar, quienes sí la tienen, son frecuentados por lo menos una vez a la semana por sus madres, esposas, hermanas, hijos y sobrinos, en cuyas visitas se puede observar armonía en la convivencia, gusto por venir y por recibirlos. Sin embargo, también es factible observar, en otros casos, la existencia de maltrato hacia la visita sobre todo de aquellos internos que son adictos, ya que presionan a la familia para que les lleve cosas, dinero, algo para tener que vender o empeñar para conseguir dinero para la droga.

“Se portan bien con la visita, los tratan bien, entran a sus estancias, procuran tener ese día muy limpio. Se ven alegres, en algunos casos porque son sus familiares, en otros, porque les traen dinero para la droga.” (Técnica penitenciaria, trabajadora social, centro varonil).

En el caso de las internas que se encuentran diagnosticadas en el centro femenino, una de ellas no recibe visita familiar, debido a su nacionalidad extranjera, solo tiene comunicación con su familia vía telefónica. La otra sí recibe de manera semanal acuden sus familiares a verla y le llevan cosas.

“Ella no recibe visita familiar, la detuvieron en el aeropuerto y de ahí la trajeron, de donde vienen a verla es de su embajada, y de las organizaciones religiosas que vienen, de por sí la mayoría de las internas reciben visita esporádicamente, ella que es extranjera se comunica con ella vía telefónica, no habla mucho de su familia...” (Técnica penitenciaria, psicóloga, centro femenino).

d) Sentimientos hacia seropositivos.

Dentro de este rubro, se detecta una gama variada de sentimientos hacia los internos que viven con VIH/SIDA dentro del centro varonil, este sentir tiene su origen en la calidad de interacción que tiene el personal con ellos y de la forma en que estos internos se comportan con otros internos y con el mismo personal. Algunas de esas emociones son: temor, indignación, tristeza, indiferencia, enojo, fastidio y lástima hacia los IVVS

consumidores de drogas; solidaridad, simpatía y respeto, hacia los IVVS no consumidores de drogas.

“... si los oriento me siento a gusto, si puedo transmitir todo lo que he aprendido, anteriormente por ignorancia me daba cierto temor de que se me infectara por una vía como un saludo, actualmente se que no se transmite más que por vía sexual, por contacto con jeringas, me siento bien, es como trabajar con cualquier otro interno, hay situaciones que si me causan indignación, como ver los medicamentos tirados aquí en los jardines, porque son medicamentos muy caros que ellos desperdician y que a lo mejor a alguien en el exterior si le están haciendo falta porque en verdad esta interesado en cuidar su salud y elevar su calidad de vida y aquí los internos tiran los antirretrovirales, siento enojo, cuando los veo tratando de sorprender a alguien con su padecimiento, haciéndose la víctima porque ya lo has visto como actúan; cuando para solicitar alguna petición se comportan prepotentes, exigentes, claro que me molesto y al ver que no cedo a la presión, recurren al chantaje y eso me causa fastidio porque es algo que escuchas una y otra y otra y otra vez, y su comportamiento no concuerda con ese papel de víctima, no puedes creer que les duele, que sufren, que necesitan algo, cuando cínicamente roban , extorsionan, venden droga, no concuerda con la fragilidad que quieren aparentar” (Técnica penitenciaria, trabajadora social, centro varonil).

“... tristeza al ver cómo se deteriora su salud y cómo prefieren drogarse antes que comer bien, tomar sus medicinas, etc.; porque se abandonan mucho, dejan de cuidarse, dejan de procurarse, creen que son individuos de muy baja categoría, y como tal se perciben y como tal se muestran ante los demás. y si es triste que cualquier individuo se sienta así hacia sí mismo, indiferencia cuando asumen el papel de víctimas, cuando se trata de personas que siempre están fastidiando a los demás, les pasa lo que a Pedro y el Lobo ya no les crees lo que te dicen. No te conmueve ni su dolor ni su sufrimiento, lástima cuando los ves chavitos, había un chico que tenía 22 años falleció hace dos meses y era un cadáver andante, pesaría alrededor de veintiocho o treinta kilos y media como 1.60 centímetros, y por más que hablabas y le decías que se cuidara que estaba joven que le echara ganas, le entraba por un oído y le salía por el otro porque al poco rato ya lo veías drogado” (Técnica penitenciaria, psicóloga, centro varonil).

“Hacia aquéllos que si se cuidan, los respeto, siento solidaridad y simpatía, al menos yo en lo personal busco apoyarlos en lo que está a mi alcance, cuando necesitan algo y lo piden si me esfuerzo para solventarlo, porque creo que si ellos le están echando ganas a su padecimiento, lo menos que uno puede hacer es darles oportunidades para mejorar su calidad de vida” (Técnica penitenciaria, psicóloga, centro varonil).

En el centro femenino, las dos entrevistadas refieren sólo experimentar una sensación de respeto, que se le debe tener a todas las internas, al ser ellas prestadoras de un servicio y las otras usuarias del mismo.

“Pues solo respeto, yo aquí vengo a trabajar, si ella me pide algo que está dentro de mis funciones y dentro de los lineamientos de la institución, la apoyo como a cualquier otra, el poco contacto que he tenido con ella, me parece una persona respetuosa, no es demandante, no es exigente, ni grosera, ni prepotente, entonces no me incomoda ni molesta hablar con ella o estar con ella en un mismo lugar” (Técnica penitenciaria, psicóloga, centro femenino).

5.2.4 Indicadores en el discurso de funcionarios.

Dentro del proceso de investigación se entrevistó a cinco funcionarios: director, subdirector y director del hospital del centro varonil, y directora y subdirectora técnica del

centro femenino. En ambos centros, las autoridades no acostumbran de manera habitual hacer recorridos en los dormitorios, solamente acuden a ellos cuando hay visitantes externos, tales como: Comisión Nacional de Derechos Humanos, grupos de estudiantes, autoridades de la Dirección General de Prevención y Readaptación Social o de la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal. El director del hospital del centro varonil, no visita ningún dormitorio, sólo se le puede localizar en el área del servicio médico.

a) Importancia e impacto del fenómeno.

En cuanto a la importancia del fenómeno del VIH/SIDA en los centros penitenciarios, los cinco funcionarios entrevistados consideran que se trata de un asunto importante, ya que es una población que requiere atención especial, al ser el SIDA una enfermedad transmisible, acarrea problemas de salud, ya que se requiere la realización de estudios serológicos, conteos copias virales, número de CD4, así como darles medicamento especializado, se requiere monitorear constantemente la salud de los portadores; sin embargo, continuamente falta medicamento básico para tratar infecciones respiratorias, del aparato digestivo, para pacientes crónico-degenerativos, el hospital de estas instituciones no tiene la infraestructura necesaria para atender adecuadamente, de las personas infectadas para que no desarrollen el síndrome.

El subdirector técnico del centro varonil considera que el trato que se les brinda a los internos que viven con VIH/SIDA es producto más de la presión de otras instancias como la Comisión Nacional de Derechos Humanos, que de la convicción de las autoridades:

“...a partir del ingreso de derechos humanos a las cárceles, se da protección de pacientes seropositivos, ellos realizan visitas, hacen recomendaciones que deben de seguirse, dándose mayor atención a estos pacientes y se procura brindar medicamentos y realizar los análisis de laboratorio correspondientes; aunque a veces derechos humanos interviene sin conocimiento de causa, sin saber si la institución cuenta o no con los recursos para cumplir con las recomendaciones que hacen, pero hay que cumplirlas...” (Funcionario #1, centro varonil).

Dos de los funcionarios del centro penitenciario varonil consideran que este fenómeno tiene un fuerte impacto en la dinámica de readaptación, ya que entorpece las actividades de los otros, los que nos son portadores, puesto que son pequeños grupos quienes no rechazan a los portadores, no los aceptan en el trabajo, por miedo a que por un accidente de trabajo vayan a infectarse. Coinciden es que al afectar la salud, la situación se complica en cuanto a la atención médica por la escasez de medicamento, y porque consideran que el personal del servicio médico no está capacitado y que requieren de apoyo psicológico.

“...tienen miedo que una herida al hacer alguna manualidad o en el manejo de la maquinaria pudiera ser causa de infección para los demás que están trabajando ahí, o los que están trabajando ahí sienten rechazo, porque sienten temor de poder ser contagiados o contaminados por estos pacientes en cuanto al desarrollo laboral, por eso prefieren no aceptarlos...” (Funcionario #1, centro varonil).

Señalan que otro rubro en el que es necesario fijar la atención es el hecho de que los IVVS llevan a cabo prácticas sexuales de riesgo, principalmente, porque tienen relaciones

sexuales sin protección. Algunos de ellos se prostituyen para conseguir dinero o droga, corriendo el riesgo de una reinfección o de transmitirlo a quien no lo porte.

“No hay conciencia, ven lejano el desenlace, los portadores le restan importancia a su situación y los que se drogan se prostituyen, no usando condón en estos intercambios sexuales” (Funcionario #2, centro varonil).

En el centro femenino, una de las funcionarias entrevistadas señalan que el impacto y las complicaciones en relación a la atención de internas portadoras del VIH o que tienen SIDA son mínimos debido a que solamente hay en la institución dos internas seropositivas. Su preocupación se centra en las que no tienen el virus, principalmente en orientarlas respecto al tema, debido también a que muy pocas internas cuentan con visita de sus parejas.

“...en el caso de las que no están infectadas, brindarles información que les pueda ser útil para cuando salgan de aquí y regresen a la vida de pareja y de familia, la mayoría de las internas no cuenta con visita familiar, menos cuentan con visita conyugal, así que relaciones sexuales con hombres casi no tienen, las llegan a tener cuando son llevadas a los juzgados, ya que en los pasillos donde esperan mientras son llamadas a las salas, tienen contacto con varones que también están reclusos, son relaciones no planeadas, así que no esperamos a que usen condón...” (Funcionario #3, centro femenino).

Curiosamente, para el director del hospital del centro penitenciario varonil, no hay impacto de este fenómeno debido a que la población ya se acostumbró a ver a los pacientes seropositivos, piensa que para ellos son enfermos como cualquier otro. Llama la atención su postura, dado que dicho funcionario no sale del área del hospital, a decir del personal y durante las observaciones hechas, nunca se le observó visitando el dormitorio 10, ni ningún otro dormitorio.

b) Aspectos urgentes de solucionar.

El director y subdirector del centro varonil suponen que la falta de información, provoca miedo entre la población, ya que descalifican a quienes son portadores del virus, ofendiéndolos de manera verbal, a decir de los funcionarios se requiere educación para que sean aceptados.

“...les dicen podridos, sidrales, hay desprecio, rechazo...” (Funcionario #1, centro varonil).

Los tres funcionarios de este mismo centro señalan que los internos que viven con VIH/SIDA ponen obstáculos para tratar adecuadamente su enfermedad, al no tomarse el medicamento, venderlo o hacer mal uso del mismo, tirarlo, comercializarlo para comprar droga, perciben poca disponibilidad de éstos pacientes para seguir las indicaciones médicas y lo atribuyen principalmente, al hecho de que son consumidores de drogas, situación que señalan es provocada por la ausencia de tratamiento psicológico hacia ellos.

“...el consumo de drogas anula el efecto del tratamiento, los pacientes no siguen las indicaciones médicas porque son adictos, prefieren drogarse que comer bien, la adicción acelera la aparición del SIDA, no hay apoyo psicológico, por lo que, no aceptan su estado serológico...” (Funcionario #4, centro varonil).

“El consumo de drogas es un obstáculo, ya que la adicción merma la salud, el virus destruye las defensas y la droga acelera el deterioro de la salud, no podemos obligarlos a tomar sus pastillas, no se responsabilizan de su salud por su misma adicción...” (Funcionario #2, centro varonil).

Una de las preocupaciones que se manifiestan en ambos centros penitenciarios, no solo en lo que se refiere al VIH/SIDA sino a la salud en general, es la falta de medicamento y reactivos para estudios de laboratorio. Lo que obstaculiza que se puedan hacer seguimientos epidemiológicos de los internos e internas que se enferman de infecciones respiratorias, estomacales o de la piel; complicándose la atención a pacientes crónico-degenerativos como: diabetes, hipertensión, etc.

“...el desabasto de medicamento en el servicio médico no permite que muchas de las enfermedades que padecen las internas y los internos se les puedan tratar adecuadamente. Los estudios de laboratorio no se les realizan con la facilidad que debería, ya que muchas veces no hay reactivos para realizarlos...” (Funcionario #3, centro femenino).

Todos los entrevistados coinciden en que por las limitaciones existentes al interior de los centros penitenciarios, prevenir es la mejor opción para evitar la propagación de la enfermedad, y es en este ámbito en donde las autoridades de los centros penitenciarios prestan mayor atención, por lo que sus esfuerzos se encaminan a difundir entre la población más información, respecto a las medidas preventivas mediante pláticas y sensibilizar a la población para que se interesen en el tema.

“... se necesita educación y cultura. Concientizar para que lleven a cabo las medidas de prevención y usen condón en las relaciones sexuales. Dar mayor capacitación al personal para que éste a su vez pueda brindar mayor información acerca de cómo prevenir esta enfermedad” (Funcionario #1, centro varonil).

En el caso de los preservativos como recursos para la prevención, es una alternativa poco viable debido a que es difícil tener acceso a ellos dentro del centro varonil y en el centro femenino no hay forma de conseguirlos porque ni en el servicio médico hay:

“... debería haber facilidad para obtener condones porque en la farmacia del hospital casi nunca hay...” (Funcionario #2, centro varonil).

Al interior del centro varonil, los tres entrevistados señalan que en el caso de quienes ya viven con el virus, la adicción es el punto angular que hay que combatir, indican que si se les brindará apoyo psicológico en el proceso de su enfermedad probablemente cambiarían su forma de percibir el hecho de que sean portadores, y eso se reflejaría en sus comportamientos, tomando la responsabilidad de cuidar su salud por su propia convicción.

“... dar apoyo psicológico, para involucrar a los pacientes en el cuidado de su salud, podemos dar seguimiento epidemiológico pero no podemos hacer que se tomen el medicamento a la fuerza...” (Funcionario #4, centro varonil).

c) Referentes al tratamiento médico.

El subdirector del centro varonil comenta que la primer medida que se tomó cuando se detectaron los primeros casos de internos portadores del VIH fue la de separarlos de la población, aislarlos para evitar su propagación, al desconocer a ciencia cierta cómo se transmitía dicha ‘enfermedad’, optaron por enviarlos a un edificio aparte separado de todos los demás dormitorios, para evitar el contacto con los ‘sanos’. Por otro lado, se consideró que en esta separación los más beneficiados serían los propios internos portadores, ya que de esta forma, evitarían ser agredidos por toda la población.

“Se intentó no clasificarlos en base a la enfermedad para evitar la estigmatización, pero fue necesario porque sus condiciones de vida eran deplorables, se asigna un edificio para ellos, para que no fueran lastimados por los demás.” (Funcionario #1, centro varonil).

El director del centro varonil relata que en el edificio donde están ubicados los enfermos de SIDA, también se encuentran los internos de la tercera edad, aquellos que tienen más de cincuenta años, así como, aquellos internos considerados ‘población vulnerable’, debido a que son indígenas, y no hablan castellano, solo hablan su dialecto, o padecen alguna situación grave de salud, tales como epilepsia, retraso mental, discapacidad motriz, etc. Al considerar que poseen características similares que facilitan la convivencia y minimizan la posibilidad de conflicto.

“... comparten el espacio con personas de la tercera edad, quienes no los rechazan, los comprenden, comparten actividades y se les puede dar mayor atención”. (Funcionario #2, centro varonil)

Sin embargo, a diferencia de lo que los funcionarios suponen, los trabajadores técnicos penitenciarios cuentan con una opinión diferente de la misma situación:

“...simplemente estos dos tipos de población presentan entre ellos una cantidad bárbara de diferencias, y similitudes muy pocas; existiendo constantemente conflicto entre ambas, principalmente por la adicción de los VIH ya que los viejitos se quejan constantemente de la venta y consumo que se dan en el dormitorio, los acusan con nosotros y con los funcionarios, los otros se enteran, hay reclamos, a veces hasta se retan a golpes” (Técnica penitenciaria, psicóloga, centro varonil).

Respecto a las medidas clínicas de tratamiento, en la mayoría de los casos se limitan a proporcionar el medicamento antirretroviral correspondiente y eventualmente, cuando los recursos existentes en el laboratorio lo permiten, se les realizan los estudios serológicos. Se les proporcionan complementos vitamínicos y alimenticios.

“...se les da a los pacientes tratamiento con retrovirales para ampliar la esperanza de vida, se les aplican conteos de copias virales y CD4 y se les dan complementos alimenticios, para garantizar un funcionamiento adecuado del sistema inmunológico, aumentando la calidad de vida. Los cócteles farmacológicos son diseñados por médicos especialistas de la Clínica Condesa quienes señalan el tratamiento que debe suministrarse...” (Funcionario #1, centro varonil).

d) Respuesta de los internos portadores.

En el centro varonil, los entrevistados refieren que hay poca disponibilidad de los internos portadores ante el tratamiento que se les brinda, ya que la mayor parte de ellos entorpecen el tratamiento médico, al vender sus pastillas y su alimentación especial, al recurrir a conductas irregulares como la renta de sus estancias, la venta y el consumo de drogas. Siendo muy pocos los que siguen al pie de la letra las indicaciones, que son personas positivas que tienen conciencia y se responsabilizan de su salud, al alimentarse adecuadamente, no drogarse, hacer ejercicio y comprometerse con el cuidado de su salud, observándoseles en buenas condiciones de salud física y que han respondido muy bien al tratamiento farmacológico, disminuyendo el número de copias virales con las que iniciaron el tratamiento.

“Cuando no hacen ellos el uso debido de sus medicamentos es cuando hay complicaciones de la enfermedad, me parece que les hace falta mucha orientación y apoyo psicológico para estos pacientes, ya que la mayoría de ellos ha tomado una postura pesimista frente a su situación, han optado por acelerar la aparición del SIDA, al no tomar el medicamento, vender su dieta y sobretodo drogarse, aquellos por el contrario, siguen al pie de la letra las indicaciones y el tratamiento, aquellos que son personas positivas, han mejorado mucho su estado de salud desde que comenzaron el tratamiento, a la fecha, desafortunadamente, son unos cuantos los que tienen esta conciencia de lo importante que es ser responsables de su salud y su participación en este proceso...” (Funcionario #2, centro varonil).

e) Aspectos encaminados a la prevención.

En ambos centros, las medidas encaminadas a prevenir la expansión del VIH es la impartición de cursos, pláticas, que les permitan informar a la población para prevenir el contagio; otra es la vigilancia epidemiológica de quienes ya son portadores para que no desarrollen SIDA, sin embargo, en el centro varonil, no han obtenido la respuesta de participación que desearían. Promueven la abstinencia y educan para la utilización del condón en las relaciones sexuales, procurando que se les proporcionen condones en la farmacia del servicio médico.

“...hay que hacer conciencia de la enfermedad, porque desgraciadamente, hay apatía entre la población, desinterés, para ellos el SIDA es algo lejano que no les va a ocurrir...” (Funcionario #1, centro varonil).

5.3 Análisis textual de los datos mediante el Programa ALCESTE.

Se llevó a cabo el análisis del contenido del discurso de los informantes entrevistados con el objetivo de explorar el campo de la representación de las representaciones sociales alrededor del VIH/SIDA, para lo cual se omitieron las intervenciones del entrevistador y se incluyeron las entrevistas grabadas y transcritas. Cabe mencionar que se realizaron tres análisis por separado, uno para cada grupo: grupos de discusión, internos portadores y personal (técnico y funcionarios).

Se utilizó un programa especializado ALCESTE versión 4.5 para el análisis de la información con el objetivo de estudiar la distribución del vocabulario con base en la exploración del discurso libre de los sujetos entrevistados. Se trata de un análisis multidimensional de tipo factorial que representa un alcance descriptivo.

5.3.1 Grupos de discusión.

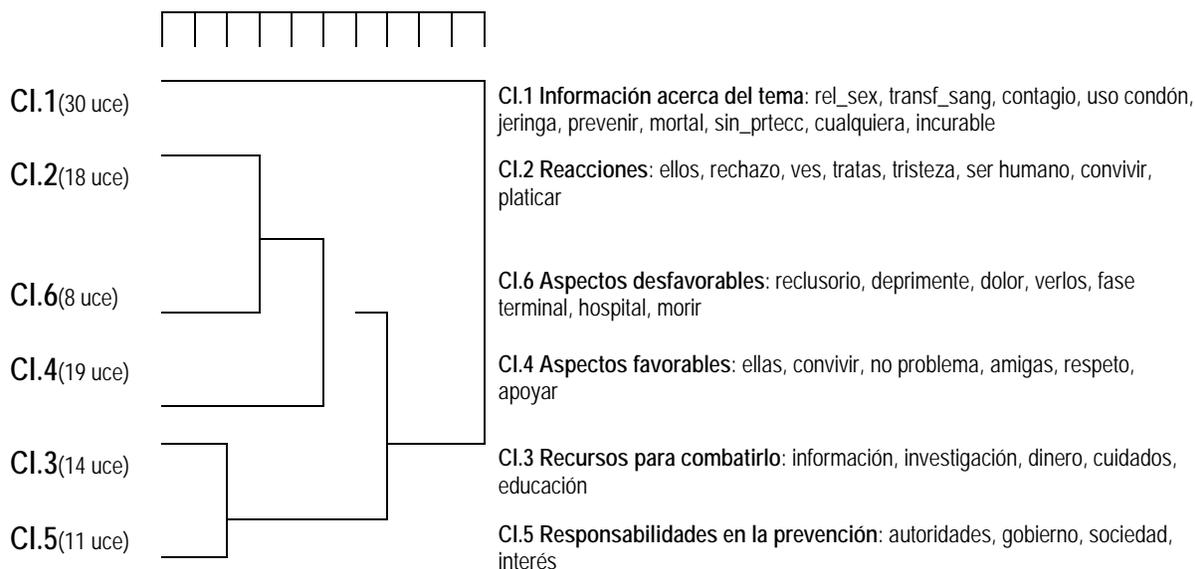
Con la finalidad de asegurar la clasificación del discurso, el programa realiza una doble clasificación jerárquica descendiente con unidades de contexto de tamaños distintos, en este caso trece para la primera y quince para la segunda, la clasificación fue idéntica en los dos casos, por lo que se puede considerar como una clasificación jerárquica descendiente confiable. El programa arroja seis clases, las cuales agrupan el 78% de las u.c.e. que fueron retenidas para el análisis. Cada clase es su propio universo y el criterio para elegir las palabras más importantes está dado de acuerdo con la fuerza de asociación (medido por el valor de χ^2), en ese sentido las palabras incluidas al principio de cada clase serían las que definen más a la clase.

Los porcentajes que se indican corresponden a las u.c.e. analizadas que componen cada clase, la cual se integra por un grupo de palabras relacionadas entre sí. Al igual que ocurre con el análisis factorial tradicional, el investigador previamente familiarizado con el contenido de su información asigna un nombre a cada clase. Las interpretaciones sobre el contenido de las clases se realizan a partir del dendograma principalmente, aunque con ayuda de los análisis complementarios ya que proporciona el programa, como los análisis factoriales de correspondencias múltiples, fragmentos de texto representativos de cada clase, frecuencias de palabras, etc. En el dendograma 1 se muestra el dendograma con la lista de palabras más significativas de cada clase, se presentan la lista del vocabulario específico para cada clase. En el anexo 7 se muestran las palabras y derivados que conforman el listado de vocabulario específico.

El dendograma se lee en el sentido derecha-izquierda, permitiendo observar que en un primer nivel de ramificación a la clase I como un mundo lexical cuyos elementos contenidos lo distinguen fácilmente del resto de las clases, las cuales se agrupan en un segundo nivel de ramificación, mismo que se divide en dos subgrupos; por un lado, se relacionan entre sí las clases III y V; y por el otro, se asocian con mayor fuerza las clases II, VI y IV.

A continuación de la descripción de cada una de las clases se muestran relatos representativos de las mismas, tomados de una lista creada por el programa, donde presenta las 20 u.c.e. más representativas, partiendo del valor de χ^2 asociación de la u.c.e. a la clase (el cual se muestra al final del relato entre paréntesis).

DENDOGRAMA 1. Muestra la estructura de clasificación y el contenido de las clases incluyendo las más significativas.



La clase I denominada “**Información acerca del tema**” hace referencia a los conocimientos científicos y creencias que poseen los entrevistados respecto al tema del VIH/SIDA, encontrándose los elementos correspondientes a las vías de transmisión, a las características que atribuyen al padecimiento y las alternativas que pueden evitar la adquisición y el desarrollo del mismo. No se detecta diferencia entre el discurso de los varones y las mujeres.

“...el sida es una enfermedad contagiosa que no respeta edades ni sexo, se contagia por contacto sexual y transfusiones de sangre, no se contagia no teniendo contacto sexual sin protección con cualquier persona, es incurable, le puede dar a todo el mundo ...” ($X^2 = 62$).

La clase III “**Recursos para combatirlo**” se refiere a los aspectos que considera necesarios para enfrentar la epidemia y evitar que continúe diseminándose, enfatizando el elemento ‘información’, tanto para ellos y ellas como para sus parejas e hijos como una herramienta preventiva, sin importar que se encuentren dentro de prisión, añadiendo a ello recursos económicos para continuar realizando investigaciones que permitan encontrar medicamentos para curarlo o vacunas para evitar su adquisición, existiendo en su discurso una separación entre quienes no son portadores y quienes sí son portadores.

“...nuestros niños son el futuro y si no cuidamos el futuro, es vicio que estén dando informaciones e informaciones a los que se les debe dar la información correcta no se les da, entonces es vicio que lo saquen en la tele que lo pongan en los libros...” ($X^2 = 56$).

La clase V “**Responsabilidad en la prevención**” señala quiénes son las instancias que a su juicio deberían proporcionar los recursos y las herramientas para contrarrestar los efectos de la pandemia, subrayando la necesidad de sumar esfuerzos de los diferentes actores

involucrados en la tarea de prevenir: gobierno, autoridades, sociedad, comunidades, instituciones, etc.; para disminuir la ignorancia, la desinformación y la discriminación, al considerar que la adquisición de esta enfermedad es algo a lo que todas las personas están expuestas.

“...yo le recomendaría a la gente que se informara antes de dar una opinión y no dejarse llevar por lo que dice la gente. yo siento que la información la hay los que no la buscamos somos nosotros mismos, de que sirve que el gobierno o las autoridades den millones de información si uno no las busca, no hace nada por conseguirlas...” ($\chi^2 = 53$).

La clase II “**Reacciones**” describe las diversas posturas que han tomado respecto a la presencia de los pacientes seropositivos dentro de las instituciones penitenciarias destacando el discurso de los varones reclusos debido a que ellos han tenido contacto con estos pacientes en condiciones impactantes, ya que en el servicio médico de ese centro es posible observar y convivir con internos en fase terminal de la enfermedad y que llegan a morir, generando sentimientos de rechazo y acciones como aislarlos, situaciones que les llevan a experimentar tristeza y temor cuando los piensan como seres humanos.

“...yo digo que tal vez está bien y está mal, porque los estamos discriminando y sería todo lo contrario, tratar de apoyarlos, dentro de los que cabe pues ya están en igual que uno pero desgraciadamente van a pasar una fase terminal que no es buena...” ($\chi^2 = 58$).

La clase VI “**Aspectos desfavorables**” hace alusión a las sensaciones, sentimientos y acciones desagradables que les genera el padecimiento y/o quienes lo sufren, consideran deprimente su condición cuando se encuentran en fase terminal, quienes han atravesado esto con personas conocidas, familiares o amigos, señalan el dolor como un sentimiento asociado y mencionan el consumo de drogas por parte de los IVVS como un factor que acelera su deterioro físico y su muerte, siendo en donde se encuentran reclusos donde tuvieron su primer acercamiento con este tema.

“...cuando estaba en la calle, siempre convivía con él diario, cuando tuve este problema y me agarraron, como a los dos años que yo llegué al reclusorio, me enteré de que mi papá me dijo, sabes qué, tu primo tiene SIDA y me enteré de que murió...” ($\chi^2 = 73$).

La clase IV “**Aspectos favorables**” expresa las sensaciones, sentimientos y acciones agradables que les genera el padecimiento y/o quienes lo sufren y las razones que las explican sobresaliendo el discurso de las mujeres reclusas.

“...casi no tenemos visita, así que nos apoyamos entre nosotras, si necesitamos algo sólo contamos con las amigas que hacemos aquí, allá en la calle a casi nadie le interesamos, no sé cómo se contagió ella, yo supongo que fue por transmisión sexual, platicamos pero de eso no le he preguntado...” ($\chi^2 = 46$).

5.3.2 Internos que viven con VIH/SIDA.

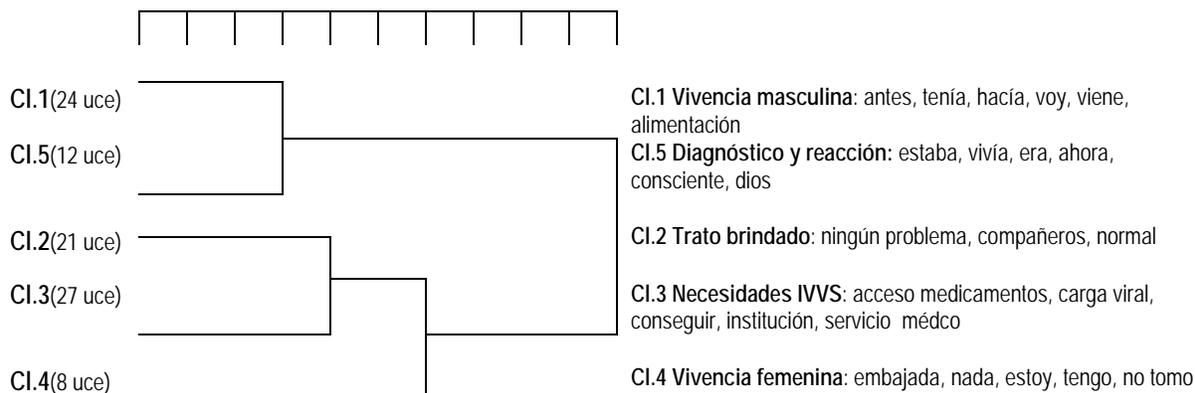
En este caso, la doble clasificación jerárquica descendiente con unidades de contexto de tamaños distintos fue de diecisiete para la primera y diecinueve para la segunda, la

clasificación fue idéntica en los dos casos, por lo que se puede considerar como una clasificación jerárquica descendiente confiable. El programa arroja seis clases, las cuales agrupan el 70% de las u.c.e. que fueron retenidas para el análisis. En el dendograma 2 se muestra el dendograma con la lista de palabras más significativas de cada clase, se presentan la lista del vocabulario específico para cada clase. En el anexo 8 se muestran las palabras y derivados que conforman el listado de vocabulario específico.

El dendograma se lee en el sentido derecha-izquierda, permitiendo observar claramente el discurso de los IVVS entrevistados (clase I) asociándolo con mayor fuerza al momento y la reacción ante el diagnóstico (clase V) en un primer nivel de ramificación, separándolas del resto de las clases, las cuales se sitúan en el segundo nivel de ramificación, habiendo mayor asociación entre las clases II, III y IV.

A continuación de la descripción de cada una de las clases se muestran relatos representativos de las mismas, tomados de una lista creada por el programa, donde presenta las 20 u.c.e. más representativas, partiendo del valor de χ^2 asociación de la u.c.e. a la clase (el cual se muestra al final del relato entre paréntesis).

DENDOGRAMA 2. Muestra la estructura de clasificación y el contenido de las clases incluyendo las más significativas.



La clase I “*Vivencia masculina*” muestra que en este caso el conocimiento del estado de seropositividad marca una diferencia entre el estilo de vida que se vivía previo a tener este diagnóstico y el establecimiento de un proyecto de vida tanto presente como futuro, señala que el hecho de ser diagnosticados como seropositivos ha implicado un cambio notable en su dinámica de vida ya que han dejado de realizar algunas actividades y ha tenido que incorporar otras, por ejemplo, cambios en sus hábitos alimenticios, poniendo mayor atención en el cuidado de su salud, visitando con mayor frecuencia al médico si presentan algún malestar, dejando de automedicarse, tomando vitaminas, dedicando mayor tiempo a su persona. Independientemente de si se encontraban en el exterior o en reclusión coinciden en haber reaccionado primero con la negación y luego con depresión, observándose en sólo dos de los cinco entrevistados el apoyo familiar.

“...comía donde tuviera oportunidad, no hacia ejercicio, bueno voy a ver cómo es mi salud, a raíz de ese examen de detectan VIH, a partir de eso me procuro más, mi alimentación, cuidados en general hacia mi persona, ha sido un cambio positivo...” ($X^2 = 44$).

La clase V “**Diagnóstico y reacción**” se refiere a las circunstancias que rodean el momento en que se enteran que son portadores del VIH, la manera en que enfrentan ese diagnóstico y cuál es en la actualidad su vivencia. Considera que en el presente cuentan con mayor información acerca de su estado de salud y que el ser portadores del VIH les ha dado la oportunidad de vivir de una manera diferente, generándoles interés por elevar su calidad de vida en todos los aspectos, no sólo la salud.

“... el VIH me lo diagnosticaron en la clínica del seguro social, la clínica 46 en 1999 me entregaron los resultados positivos, los estudios me los mandé a hacer desde el 97 hasta el 99 me los entregaron, yo todavía trabajaba, ignoré el resultado y yo me seguí avocando a mis actividades laborales sin considerar de peso la noticia, creo que fue la negación...” ($X^2 = 47$).

La clase II “**Trato brindado**” expresa la manera en que se vive como paciente seropositivo al interior del centro penitenciario, la cual ha sido positiva en cuanto a sus relaciones interpersonales tanto con otros internos seropositivos y no seropositivos como con el personal técnico y los funcionarios, reportando una convivencia armoniosa, en la cual se les ha brindado un buen trato y no teniendo problemas con ellos. Por su parte, los IVVS expresan una sensación de conformidad y agradecimiento hacia la institución porque el medicamento retroviral que les dan, para muchos de ellos en el exterior sería difícil acceder por el alto costo que tienen y el estrato socioeconómico bajo al que ellos pertenecen, externando solo dos de los entrevistados otras necesidades adicionales al tratamiento farmacológico como el apoyo psicológico, el servicio odontológico, realización de estudios serológicos, asesoría jurídica para obtener beneficios debido al padecimiento, etc.

“...pues, no noto ninguna diferencia, así como me llevo bien o de determinada manera con los compañeros que son portadores, me llevo de las misma manera con internos que no lo son, no hay ninguna diferencia al respecto...” ($X^2 = 42$).

La clase III “**Necesidades de los IVVS**” brinda una vivencia muy general poco detallada de cómo es su situación, se relacionan con la vivencia del lugar donde se encuentra sin encontrar en su discurso vocabulario específico, resaltando la atención en el servicio médico, la importancia de que les sea proporcionado el medicamento retroviral y la aplicación de estudios serológicos para conocer su carga viral.

“...tomar la medicina y tener mucho cuidado con las relaciones sexuales, porque por ahí puede haber un contagio, otra vez, una reinfección; tomar la medicina y los complementos alimenticios, pero pienso que lo que mas ayuda es la medicina, a la gente que viva con VIH no es necesario que dejes morir de VIH, de SIDA, sino que tomen medicina, comes bien, haces ejercicio y no te pasa nada...” ($X^2 = 21$).

La clase IV “**Vivencia femenina**” hace alusión a la percepción de su situación en relación al diagnóstico de seropositividad y al trato que ha recibido en el centro penitenciario con motivo de su estado de salud, destacando la negación de ser portadora del VIH, debido a

que se encuentra en fase asintomática, posee la creencia de no estar enferma porque no se siente mal ni toma medicamento, además de vivir en el mismo dormitorio que otras internas que tampoco están enfermas; menciona también las facilidades que se le brinda por ser extranjera, al recibir visita por parte de su embajada, quienes la apoyan llevándole al centro penitenciario objetos de uso personal y atención médica.

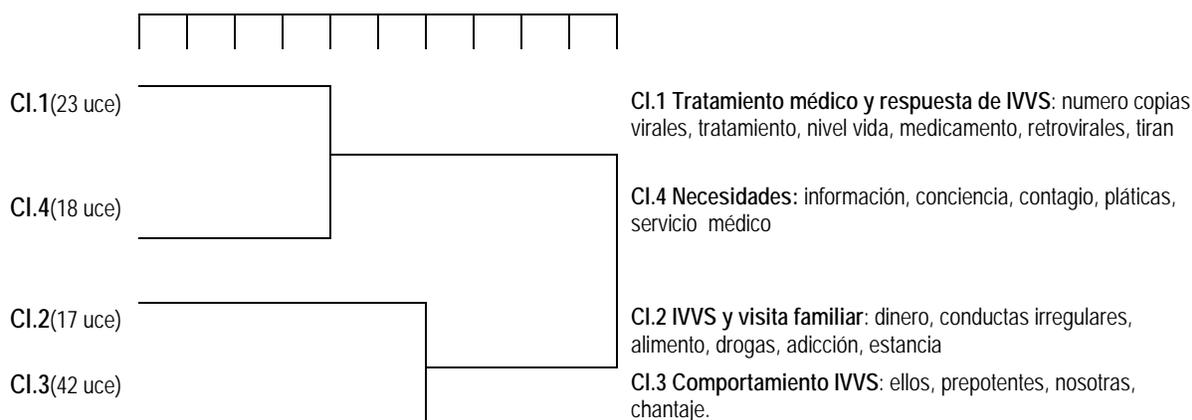
“... aquí me estoy enfermado, me deprime este lugar. si necesitamos medicamento aquí no hay, está caduco, a mí me vienen a ver médicos de afuera por medio de mi embajada, aquí no hay nada, no tomo medicamento, no tengo necesidad de tomar medicamento, tomo vitaminas centrum, pero esas siempre las he tomado, aquí no me las dan, me hacen recetas y yo hablo a mi embajada y ellos me traen lo que necesito...” ($\chi^2 = 70$).

5.3.3 Personal técnico penitenciario y funcionarios.

En este caso, la doble clasificación jerárquica descendiente con unidades de contexto de tamaños distintos fue de quince para la primera y diecisiete para la segunda, la clasificación fue idéntica en los dos casos, por lo que se puede considerar como una clasificación jerárquica descendiente confiable. El programa arroja cuatro clases, las cuales agrupan el 70% de las u.c.e. que fueron retenidas para el análisis. En el dendograma 3 se muestra el dendograma con la lista de palabras más significativas de cada clase, se presentan la lista del vocabulario específico para cada clase. En el anexo 9 se muestran las palabras y derivados que conforman el listado de vocabulario específico.

El dendograma se lee en el sentido derecha-izquierda, permitiendo observar que el primer nivel de ramificación se separan las clases 1 y 4 que se encuentran relacionadas entre sí, mientras que las clases 2 y 3 se asocian en un segundo nivel de ramificación.

DENDOGRAMA 3. Muestra la estructura de clasificación y el contenido de las clases incluyendo las más significativas.



A continuación, de la descripción de cada una de las clases se muestran relatos representativos de las mismas, tomados de una lista creada por el programa, donde presenta

las 20 u.c.e. más representativas, partiendo del valor de X^2 asociación de la u.c.e. a la clase (el cual se muestra al final del relato entre paréntesis).

La clase I “*Tratamiento médico y respuesta de IVVS*” muestra en el discurso de los funcionarios, el tema del VIH/SIDA aparece como un problema de salud, ante el cual la medida más importante que se ha tomado es la administración del medicamento a los IVVS, que consiste en las medicinas que necesitan para contrarrestar el avance del padecimiento, de manera semestral o anual se realizan las pruebas serológicas para conocer el número de copias virales y el número de células CD4 y determinar el grado de mejoría o de avance de la enfermedad, no ofreciendo como institución otras alternativas (por ejemplo, apoyo psicológico o actividades deportivas) que den pauta a una atención integral hacia el padecimiento, y percibiendo por parte de los portadores, una respuesta poco favorable ya que la mayoría de ellos tiran o venden su medicamento o simplemente no se lo toman, lo cual se refleja en su estado de salud, sumándole el hecho de que la mayoría de los IVVS que se encuentran en el centro penitenciario varonil son consumidores de droga.

“...se lleva a cabo combinaciones de retrovirales y si se ha visto muy buenos resultados, sobre todo para ampliar la esperanza de vida de los enfermos, el tratamiento se elabora en relación al número de copias virales y de células cd4 que revelan los estudios que hay en su organismo, a partir de ellos determinamos la combinación de medicamento que deben seguir...” ($X^2 = 47$).

La clase IV “*Necesidades respecto al tema*” señala los aspectos que generan inquietud respecto al padecimiento, entre los que destacan la falta de información, por lo que ellos la brindan en forma de pláticas y cursos en los que hay poca participación e interés, percibiendo la importancia de generar una cultura de convivencia y aceptación de los IVVS por parte del resto de la población como una alternativa para combatir la discriminación, de igual manera les parece primordial mejorar la calidad de atención que se les brinda a esos pacientes por parte del servicio médico.

“...pues yo creo que información básica sobre cómo se contagia, cuáles son los síntomas que una persona que está infectada puede presentar, me parece que deberían ser de preferencia psicólogos...” ($X^2 = 55$).

La clase II “*IVVS y visita familiar*” se refiere a la forma en que los IVVS obtienen ingresos económicos mediante diversas acciones, algunas de las cuales ocurren los días de visita familiar otras en donde intercambian algunos beneficios que tienen dentro de la institución por ser pacientes seropositivos para satisfacer algunas necesidades, siendo el grupo del personal técnico quienes se han percatado de esta situación, cabe señalar que algunas de éstas van encaminadas a financiar su consumo de drogas.

“...en el caso de las dietas que les proporcionan, lo mas común es que no las consuman, por lo general, las venden ya que eso les permite tener dinero para adquirir droga, o en su defecto la dan a cambio de droga, se dan conductas irregulares los días de visita familiar tales como la extorsión, las visitas intimas clandestinas...” ($X^2 = 48$).

La clase III “*Comportamiento de IVVS*” expresa la manera en que los IVVS se comportan en la vida cotidiana dentro de estos centros penitenciarios, utilizándose dos

características con carga negativa hacia ellos, al definirlos como chantajistas y prepotentes, condiciones con las que se enfrenta constantemente el personal técnico, en su mayoría femenino asignado al área donde los IVVS se encuentran ubicados. Expresan que es debido a su comportamiento que se ven constantemente involucrados en conflictos con otros internos, con aquellos que no son portadores, con el personal de seguridad y el mismo personal técnico.

“...me generan enojo cuando para solicitar alguna petición se comportan prepotentes, exigentes, claro que me molesto y al ver que no cedo a la presión, al chantaje...” ($\chi^2 = 35$).

Los datos presentados nos permiten identificar y distinguir con claridad los mundos lexicales y las categorías existentes en el discurso de los actores sociales que intervienen de acuerdo al grupo al que pertenecen, mostrando sus posiciones alrededor del fenómeno estudiado.

5.4 Índices temáticos.

A) Definición del fenómeno.

Esta categoría está conformada por los elementos descriptores (sustantivos, adjetivos, verbos y proverbios) utilizados para definir el fenómeno del VIH/SIDA expresados en forma de creencias o de conocimientos científicos.

Se observa que aún cuando están en situación de reclusión, los internos e internas cuentan con la información básica que ha sido difundida a lo largo de las tres décadas de existencia del padecimiento, y por lo tanto, comparten también los mitos que se han construido alrededor de éste, encontrándose calificativos como mortal, contagiosa, incurable, reconocen las vías de transmisión: sexual, sanguínea y materno-infantil. En el caso del discurso de los varones resaltan dos de los denominados ‘grupos de riesgo’ a nivel de transmisión sexual: hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras del sexo comercial.

La situación de género se refleja en la apropiación que han hecho de la información que han recibido del medio social, encontrando que los varones hablan de situaciones de infidelidad, realización de tatuajes, el uso de drogas inyectables y el tener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o alguna sustancia tóxica, como circunstancias que han vivido o pueden vivir y en las que se exponen a adquirir el VIH, reflejando que se trata de prácticas sociales que les han sido histórica y culturalmente permitidas y estimuladas.

Como lo señalan Baerveldt y Verheggen (1999) la cultura como algo conocido anteriormente y que evoca normas culturales, modelos, historias e ideologías como una explicación de los patrones observados en la conducta humana.

En cambio, en el discurso de las mujeres, la preocupación está centrada además de las relaciones sexuales, en la transmisión materno-infantil, resaltando la vivencia de la maternidad como un asunto importante que les exige la responsabilidad de encontrarse sana

físicamente para estar en condiciones de ‘traer un niño al mundo’; siendo duramente criticadas y descalificadas las mujeres seropositivas que se embarazan y transmiten el virus al producto, partiendo de la construcción social de un niño recién nacido como un ser indefenso e inocente que por culpa de la “vida irresponsable, inconsciente y loca” de su madre está condenado a la muerte aun antes de nacer, dando pauta al reproche social y consecuentemente a la discriminación y al rechazo.

Las vías de transmisión externadas por las y los entrevistados por las mujeres se pueden explicar si se toma en cuenta que la aprehensión de la realidad se construye a partir de la experiencia propia de cada persona; y se distingue de acuerdo al género de pertenencia, lo que nos muestra cómo el conocimiento del VIH/SIDA se elabora a partir de sus propios códigos de interpretación culturalmente marcados.

En el caso de las mujeres, el proceso de embarazo-parto-lactancia sobresale en su discurso debido a la asociación culturalmente existente entre el ser mujer y la maternidad, la mayoría de las entrevistadas son mamás, por lo tanto, la experiencia vivencial de este proceso es parte de su historia de vida, y les permite contextualizar el grado de riesgo que puede existir en relación a la transmisión del VIH.

En el caso de los varones, se encuentra la elaboración de tatuajes, una práctica a la que un elevado porcentaje de los entrevistados ha recurrido por lo menos una vez en la vida, y respecto al intercambio de agujas por uso de drogas inyectables, es una práctica que pocos han realizado, pero que si han observado en otros varones con los que han convivido.

De igual forma, mientras las mujeres hablan de que les puede dar a todos, los hombres señalan ‘grupos de riesgo’ como una forma de sentirse protegidos de adquirir el virus debido a que no sienten parte de alguno de ellos, se observa un proceso de focalización que implica a su grupo de pertenencia y los excluye a su vez de los antes mencionados; el temor al contagio está construido sobre el reconocimiento de sus prácticas sexuales en donde el condón no ha resultado un elemento necesario, siendo utilizado en un bajo número de ocasiones por ellos.

Ellas lo definen desde las nociones científicas como un ‘Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida’ percibiéndose el impacto que han tenido los medios mediante los cuales han accedido al conocimiento del VIH/SIDA, sin embargo, cuando se les pide que lo expliquen en sus propias palabras, el concepto al que se reduce es el de ‘enfermedad’.

Recordemos que existen cuatro fuentes de información que influyen en la formación de las representaciones sociales, la primera se refiere a la vivencia de las personas; la segunda a lo que piensan; la tercera es la comunicación social y la observación; y la cuarta son los conocimientos adquiridos a través de medios formales y los medios de comunicación de masas, en este caso las cuatro se conjugan para delinear el contenido y estructura de la representación social del VIH/SIDA.

B) Actitudes hacia el VIH/SIDA.

Esta categoría incluye las posturas y posiciones que han tomado los diferentes involucrados en su convivencia con el fenómeno del VIH/SIDA dentro de los centros penitenciarios.

En el centro varonil, la imagen del IVVS es la de un interno que presenta mucho deterioro físico, a quien se le observa desaliñado y sucio, tanto en su persona como en su ropa y en sus pertenencias, es la imagen que poseen de los internos adictos, no centrándose la descripción en características correspondientes a la portación del virus.

Las representaciones sociales no son simplemente opiniones, imágenes o actitudes, sino teorías o ramas del conocimiento para el descubrimiento y organización de la realidad, piensan que los IVVS son consumidores de droga y los tratamos como son antes que como IVVS. Si los IVVS son adictos no importa que la atención que se les brinda sea deficiente, cuando se les juzga como personas responsables de su situación más se les desvaloriza, como lo plantean Comby y Devos (1996) las actitudes de rechazo van unidas a explicaciones que priorizan en la responsabilidad de los propios individuos.

En lo que toca a la aceptación o rechazo de quienes son portadores, no parece ser un punto importante, ni motivo de preocupación, ya que además de las agresiones verbales (mismas que son toleradas por los IVVS) por parte de la población, no hay otras repercusiones que trastornen la dinámica de estos centros de reclusión, que estén directamente relacionados con la condición de seropositividad.

Aquellos IVVS que se han comportado respetuosos en su forma de relacionarse con otros, tanto internos como personal y funcionarios, no se sienten agredidos por su condición de seropositivos, afirman que los IVVS que si han resultado agredidos verbal o físicamente por otros compañeros, son aquellos que consumen drogas y en consecuencia molestan a la visita familiar y roban, despertando la molestia y el enojo de la población.

En el centro femenino es difícil hablar de una imagen de las IVVS, debido al reducido número de las mismas al interior del centro penitenciario no existe una caracterización que permita definir las.

En ambos géneros, existe en todo momento una diferenciación entre 'nosotros' (los sanos, los que no somos portadores) y 'ellos' (los enfermos de SIDA o los que son portadores del virus) donde si bien, lo consciente hace referencia a no discriminarlos ni rechazarlos por su estado serológico, de manera inconsciente en las prácticas cotidianas si lo hacen, principalmente por temor al contagio, aunque a nivel de conocimiento tengan claro que solo el intercambio de fluidos corporales es motivo de riesgo y el contacto con ellos sea solo físico, de cercanía o permanencia en un mismo espacio físico.

Al igual que en cualquier otro ámbito de la sociedad, en este terreno existe una fuerte dualización en torno a marcadores de identificación (consumidores contra no consumidores, enfermos de sida contra no afectados), todo ello genera un sistema complejo de identidad, por un lado ellos, formado por los colectivos estigmatizados, y por el otro, nosotros, los no consumidores, o al menos, no visibles ni molestos. El posicionamiento más general consiste en mantener la distancia en el sentido de control del espacio personal y la activación de la categorización yo-nosotros- ellos (Morin, 2001).

Un ejemplo, en el centro varonil, es la molestia externada y el desacuerdo expresado ante la posibilidad de que los IVVS reciban a su visita íntima en las habitaciones del edificio destinado para este uso, y a donde acuden todos aquellos que han cumplido con los requisitos y han hecho el trámite con el área de trabajo social. Sin embargo, uno de los requisitos que ambos (internos, internas y parejas) deben cumplir es no ser portadores de una infección de transmisión sexual, menos si es contagiosa, situación que le quita a los IVVS la oportunidad de convivir con sus parejas en un espacio confortable y que brinde intimidad, no viviéndose esta práctica como discriminación por parte tanto de autoridades y personal, como de los mismos internos.

Como lo señala Wagner (1998) los miembros de un grupo elaboran colectivamente, en su práctica diaria grupalmente relevante, las reglas, justificaciones y razones de las creencias y conductas que son pertinentes para el grupo; para aceptar que los IVVS tuvieran su visita en las habitaciones del edificio de visita íntima, tendrían que reelaborar sus reglas y elaborar nuevos conocimientos, donde se reconociera este derecho de acuerdo con el reglamento de los centros penitenciarios.

Las mujeres señalan brindar mayor solidaridad hacia las personas seropositivas, lo que se puede explicar por dos circunstancias: 1) el abandono que sufren por parte de sus familiares, ya que un bajo porcentaje de ellas recibe visita familiar y 2) al ser solo dos portadoras que no buscan entrar en conflicto con el resto de la población, siendo respetuosas de sus personas y pertenencias, se gestan intenciones de ayudarlas y apoyarlas.

C) Aspectos relacionados con la prevención.

En esta categoría se agrupan los recursos que los entrevistados consideran necesarios para evitar la transmisión y adquisición del VIH y el desarrollo del SIDA en quienes ya son portadores del virus.

En el discurso de los internos e internas se observa preocupación e interés por aprender y conocer más acerca del tema, señalando que la información que se les ha brindado en la institución es repetitiva en cuanto a la que ya poseen, eso hace menos atractivas las pláticas y cursos que se imparten. Existen nociones relacionadas con la prevención, externando la necesidad de que la información que se les brinde sea más clara y en un vocabulario que ellos puedan comprender, y a su vez compartir con sus familiares (principalmente parejas e hijos) para explicar, sobre todo a los niños y adolescentes aspectos

que los ayuden a no adquirir el virus; señalan además que es indispensable la participación de múltiples instancias y un esfuerzo conjunto y coordinado para que las acciones preventivas tengan impacto favorable entre la población, una sugerencia que realizan es la incorporación de una educación sexual en el proceso de formación de los niños y niñas tanto en el hogar como en las instituciones educativas.

Por parte de los funcionarios, la preocupación reside en proporcionar información a quienes no son portadores (o al menos no están detectados porque no han sido sometidos a una prueba de seropositividad), sin embargo, las intervenciones en este sentido se centran en repetir la información que ya poseen, sin brindar otra novedosa que puedan incorporar a su bagaje de conocimientos, y les sea útil para tomar mejores decisiones concernientes a la prevención en el ejercicio de sus prácticas sexuales.

Es importante señalar que aún cuando el uso del condón está presente en su discurso, no es así en sus prácticas, justificando el no usarlo con la dificultad para acceder a ellos dentro del centro penitenciario, existiendo mitos alrededor del uso del mismo, los más nombrados: la disminución de la sensibilidad, la necesidad de usar más de uno a la vez para mayor protección y su utilización solo con parejas ocasionales, pero no con la pareja estable.

Llama la atención que sean los varones quienes hacen referencia al lazo afectivo y hablen del amor en su relación de pareja estable como un factor que protege y aleja de las relaciones sexuales con otras personas 'solo por tener sexo' disminuyendo la probabilidad de adquirir el virus, lo que puede deberse a su situación de reclusión, que por un lado, les genera la necesidad de un apoyo emocional seguro, es decir, de una pareja estable; y por el otro, les limita sus oportunidades de establecer relaciones con otras personas, refugiándose en ese lazo afectivo.

No obstante que ellas hablan de las relaciones sexuales sin protección como una práctica de riesgo, solo tres de las entrevistadas señalaron conocer el condón femenino y demostraron la forma adecuada de usarlo, el resto conoce el condón masculino pero depositan en el varón la decisión y responsabilidad de usarlo durante el encuentro sexual.

Dentro de la institución una necesidad que tienen es la de acceder fácilmente a los condones, algunos sugieren la colocación de máquinas expendedoras como una alternativa.

Los IVVS coinciden en requerir mejor atención odontológica y todos los entrevistados, incluyéndolos, en la necesidad de que la institución les brinde apoyo psicológico, aun cuando hay quienes consideran que han podido manejar su padecimiento de manera adecuada señalan que el platicar con un profesional en sentido terapéutico les sería de mucha utilidad.

Dentro de las medidas preventivas existentes en los centros penitenciarios para evitar la propagación del VIH se observa la presencia de acciones aisladas cuyo contenido e intención son básicamente informativos, en forma de trípticos, carteles, pláticas y cursos que

en la mayoría de las ocasiones son realizados por personas externos a las instituciones penitenciarias.

En cuanto a las medidas dirigidas a los internos portadores del VIH para no desarrollar SIDA se les da el medicamento retroviral, hay un esfuerzo por proporcionarles alimento de mejor calidad a los pacientes seropositivos y otorgarles una dieta semanal, considerando que el mantener un adecuado estado de salud debe conjugarse con la responsabilidad de ellos en el proceso, haciendo lo posible para alimentarse bien, practicar algún deporte o hacer ejercicio, así como, participar en las actividades que tiene la institución a través del centro escolar, los talleres laborales, las actividades culturales, técnicas y espirituales.

D) Prácticas realizadas por los IVVS.

Esta categoría se refiere al comportamiento y a las acciones realizadas por parte de los internos e internas que han sido detectados como seropositivos, y quienes se encuentran en etapa del SIDA dentro de los centros penitenciarios.

Los entrevistados poseen en general una imagen negativa respecto a los pacientes seropositivos (sobre todo en el centro varonil) donde los tienen como personas indeseables que desobedecen constantemente el reglamento y la normatividad institucionales, responsabilizándolos de no cubrir con los elementos necesarios para mantener y cuidar su salud, en el caso de los funcionarios se percibe en su narrativa una sensación de impotencia, sintiéndose limitados al no poder resolver o modificar esta situación.

Dentro de las prácticas efectuadas por estos internos mencionan el consumo y la venta de droga, la renta de sus estancias para visitas íntimas clandestinas durante la visita familiar, robar pertenencias de otros internos y pedir dinero a la visita familiar; la primera es la que resulta más preocupante debido a que tiene un impacto directo e inmediato en el estado de salud de las y los internos portadores, mermando su sistema inmunológico y predisponiéndolos a la adquisición y desarrollo de enfermedades asociadas al síndrome de inmunodeficiencia adquirida, situación que se torna compleja si se toma en cuenta que el medicamento para tratarlos escasea con frecuencia.

El consumo de drogas sobresale como un punto de atención estimando que la mayoría de los IVVS consumidores tienen relaciones sexuales a cambio de dinero o de la misma droga, circunstancia que implica un elevado riesgo de transmisión del VIH ya que el uso del condón no está asociado a esta práctica. El obstáculo principal para el trabajo con los IVVS se centra en el consumo de drogas por parte de los mismos, atribuyendo a esto la incapacidad de lograr un tratamiento integral que se refleje en la adquisición de estilos de vida saludables para ellos.

Por otro lado, reconocen que elevar la calidad de vida de los IVVS no sólo es responsabilidad de la institución, sino también de los propios interno-pacientes, de quienes

no siempre obtienen respuestas que cristalicen las intenciones (existentes en el discurso) de colaborar en su proceso de salud.

En este sentido, señalan la importancia de que los IVVS asuman la responsabilidad que les corresponde en el cuidado de su salud, existiendo quienes han buscado generarse oportunidades para un tratamiento integral, aprovechando la alimentación especial que les brindan, realizando ejercicio por su cuenta, tomando sus retrovirales de acuerdo con las indicaciones médicas, acudiendo a sus citas para exámenes serológicos, buscando información que les brinde mayores alternativas para incrementar su calidad de vida. Situándose en la práctica relacionada con el consumo de drogas la diferencia en la expresión de emociones hacia los pacientes seropositivos, donde el adicto es considerado como un individuo que ha perdido toda capacidad de control.

Por su parte, los IVVS expresan una sensación de conformidad y agradecimiento hacia la institución porque el medicamento retroviral que les dan, para muchos de ellos en el exterior sería difícil acceder por el alto costo que tienen y el estrato socioeconómico bajo al que ellos pertenecen, ya que ninguno de ellos contaba con servicio médico como el IMSS o ISSSTE, y la economía familiar no estaría en condiciones de solventar su tratamiento médico.

En el discurso de los IVVS, en tres de los casos hay una vivencia de exaltación del ser seropositivo como un evento que les ha proporcionado mayores ganancias que pérdidas, que nos refleja un proceso de sobrevaloración del diagnóstico como una construcción que los ha llevado a reflexionar sobre su estilo de vida y a introducir cambios que les han resultados benéficos en su proceso de aceptación de la seropositividad.

Si bien se ha demostrado en la literatura que la familia es un elemento cuyo apoyo es necesario e importante en el proceso de enfermedades crónico-degenerativas (como actualmente se considera al VIH/SIDA) son pocos los internos e internas portadores que cuentan con él, siendo el abandono familiar una constante entre un elevado número de personas en situación de reclusión y si a ello le sumamos las implicaciones que tienen el ser seropositivo, la situación se torna compleja y la familia de los seropositivos se ausenta, se torna lejana y fría.

Lo que pudiera reforzar en ellos la construcción del uso de drogas como una alternativa que les permite, por una parte, evadir su realidad, en la que poseen características estigmatizantes (ser seropositivo, recluso, abandonado por la familia); y por otra, justificar las actitudes que los otros dirigen hacia ellos (ser rechazado), gestándose un complejo círculo vicioso donde 'soy rechazado porque consumo drogas' y 'consumo drogas porque soy rechazado'.

El estudiar un padecimiento desde esta perspectiva implica necesariamente considerar una gran cantidad de aspectos subjetivos y significados que un enfermo le otorga a la experiencia de vivir con y a pesar de un padecimiento crónico. Las representaciones sociales, cuando son acerca de un padecimiento, llevan a las personas a tomar una postura ante su

enfermedad, y con ello, sobre la forma en que debe ser manejada y atendida. Según Conrad (1987), para comprender esta situación se hace necesario explorar el significado de la enfermedad considerando la organización social del mundo del que sufre, así como sus estrategias de adaptación, las teorías y explicaciones que las personas desarrollan sobre su estado, ya que todo ello influye en la forma de atención, sea o no médica, que proporciona a su padecimiento, de tal modo que quizá para los internos portadores del VIH o enfermos de SIDA, poseer un padecimiento tan estigmatizado les lleve entre otras cosas a optar por el consumo de drogas como una alternativa.

E) Condiciones institucionales.

Esta categoría se constituye por los aspectos relacionados con la dinámica cotidiana de los centros penitenciarios referentes al funcionamiento de los mismos.

En el discurso de los funcionarios, el tema del VIH/SIDA aparece como un problema de salud, señalando que son pocas las medidas que se han tomado para contrarrestarlo, más allá de la separación en un dormitorio aparte y de proporcionar un tratamiento farmacológico básico, no se brindan alternativas para elevar la calidad de vida de las y los internos seropositivos. Esta situación no es de extrañar cuando se contemplan las condiciones en las que se encuentran los reclusorios y centros de readaptación social, caracterizados por el hacinamiento, el ejercicio de la violencia, la venta y el consumo de drogas, la falta de servicios médicos y odontológicos adecuados, entre otros.

Esta narrativa podría deberse a lo que Banchs (1990) denomina 'presión a la inferencia', en donde un hecho significativo es descrito como dinámica colectiva que alude a la necesidad social de emitir opiniones, posturas y acciones acerca de los hechos en los cuales se focaliza el interés (en este caso el VIH/SIDA) y dónde los actores deben ser capaces de estar en situación de responder, más cuando los entrevistados son quienes representan a la máxima autoridad dentro de éstos escenarios.

Las representaciones sociales se encuentran enraizadas en la realidad social e histórica, al mismo tiempo que contribuyen a construir ésta (Herzlich, 1991) comprenden no sólo información sobre las concepciones colectivas de lo que constituye el enfermar, padecer y atender una enfermedad, sino también sobre cómo estos procesos fueron construidos y reelaborados a la luz de las experiencias personales y las compartidas, así, con la aparición del VIH/SIDA en la Penitenciaría del Distrito Federal las autoridades deciden adaptar el edificio de visita íntima que se encontraba en un área diferente y separada de los dormitorios de población general para que sea habitado por los IVVS como una forma de evitar la transmisión del virus, con la entrada de los derechos humanos a los centros penitenciarios el argumento se transforma a una estrategia para protegerlos de posibles agresiones del resto de la población, por donde se quiera ver, ambas concepciones justifican la separación de los IVVS.

En el centro femenino, al haber solo dos IVVS no se considera necesario un espacio adicional para ellas, encontrándose ubicadas de acuerdo a su situación jurídica: la procesada en el dormitorio para procesadas y la sentenciada en uno de los dormitorios destinados para la población general.

Por otro lado, si bien preocupan las relaciones sexuales sin protección y tienen conocimiento acerca de las dificultades existentes para tener acceso a los preservativos, tampoco han ofrecido alternativas para facilitar su adquisición. En el discurso de este grupo se reflejan ejemplos de la disonancia existente entre lo cognitivo y lo conductual, ya que la preocupación y el interés del primero son incongruentes con las acciones que se llevan a cabo en el segundo aspecto.

Por parte de los funcionarios del centro penitenciario varonil, deslindan parte de su responsabilidad y la depositan en el servicio médico de la institución, mismo que resulta una instancia ajena a los primeros, al pertenecer a una dependencia gubernamental sobre la cual los funcionarios no tienen injerencia, y entre los cuales se establecen ejercicios inadecuados del poder que solo perjudican a los usuarios del servicio.

En el caso del personal que labora en el hospital, siguiendo el modelo médico, consideran cumplida su responsabilidad en el fenómeno con brindar el medicamento retroviral a los pacientes y realizar según sus posibilidades y recursos, los conteos virales para verificar el estado serológico de los mismos; así como, mantener en calidad de hospitalizados a quienes comiencen a presentar sintomatología asociada a la fase de SIDA.

Los problemas surgen cuando se trata de enfermedades asociadas al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, debido a que el servicio médico con frecuencia no cuenta con el medicamento para combatir esos padecimientos, siendo necesario que sus familiares los compren en el exterior y se los lleven al centro penitenciario; en el caso del centro femenino, al ser muy bajo el porcentaje de internas que cuentan con apoyo familiar externo, ellas pueden dar el dinero en la subdirección administrativa y éste se encarga de surtir sus recetas y entregarles el medicamento.

El personal técnico penitenciario es quien tiene mayor contacto con la población al convivir con ellos la mayor parte del tiempo, y poderlos observar a lo largo de los diferentes momentos de la rutina institucional, que sus funciones les permiten mayor cercanía a las prácticas cotidianas, a diferencia de los funcionarios que conocen a la población en los momentos que van a sus oficinas o en los breves y esporádicos recorridos que realizan a los dormitorios.

Llama la atención que aún cuando la mayoría de los IVVS transgreden los lineamientos establecidos por las autoridades, y esta situación genere molestia y altera la dinámica del centro, dicha población es considerada como 'vulnerable', es decir, como personas que requieren cuidados especiales por sus características, en este caso, por su estado de salud. En este sentido, cabe resaltar el hecho de que el personal técnico adscrito a este dormitorio sea en su mayoría femenino, reflejándose una práctica cultural donde se deposita

en las mujeres la función de cuidadora, suponiendo que poseen mayor sensibilidad a las necesidades y al trato de estos internos e internas.

Sin embargo, a nivel de capacitación pocas herramientas se les han brindado para realizar intervención con esa población, ya que el programa al que pertenecen se inició hace casi ocho años (en 1998) y ha sido hasta hace dos años (en 2004 y 2005) cuando se impartieron por parte de la Clínica Condesa cursos para formar consejeros en VIH/SIDA y realizar intervenciones, no existiendo seguimiento por parte de la misma hacia las actividades que se realizan con los IVVS.

El aprendizaje cultural que deposita en los varones el uso del condón masculino es reforzado por la institución al no generar oportunidades para que las internas tengan acceso a los mismos al interior del centro, a decir, de ellas, no se les proporcionan ni en el servicio médico, aun cuando estén registradas en la lista de trabajo social para la visita íntima. Esta dificultad fue confirmada por el personal técnico entrevistado que labora en ese centro.

Algunas prácticas institucionales relacionadas con el ejercicio de la sexualidad, reflejan la construcción social del ser hombre y el ser mujer, impactando en la dinámica con la que se desenvuelven las actividades de estos centros.

Por ejemplo, en el centro varonil los internos ingresan y salen libremente de las habitaciones del edificio de la visita íntima, ya que sus puertas se cierran por dentro, teniendo la opción de poner solamente el seguro de la chapa o un pasador adicional que brinda mayor seguridad e intimidad para la pareja, puesto que nadie les puede abrir desde afuera. Por el contrario, en el centro femenino, una vez que la interna y su pareja ingresan, las habitaciones son cerradas por fuera con candado por el personal de trabajo social, siendo necesario cuando ya van a salir tocar la puerta para que los usuarios sepan que se va a abrir la misma, debiendo retirarse inmediatamente y sacar sus cosas, ya que se vuelven a cerrar con candado.

De igual forma, aún cuando existe un reglamento que establece puntualmente los requisitos que deben cubrir quienes se encuentran en reclusión para que les sea autorizada la visita íntima y puedan acceder junto con su pareja al edificio destinado para ello, existen notables diferencias en cuanto a la aplicación del mismo; en el centro varonil es suficiente con presentar un acta de concubinato para que la autoricen, pudiendo cambiar de pareja cuando lo deseen, sin que se respete el tiempo estipulado para dar de alta a otra persona (seis meses), durando el trámite desde la recepción de documentos hasta aparecer en listas de dos a cuatro semanas. En cambio, en el centro femenino, se les pide 'de preferencia' que presenten un acta de matrimonio, y aun cuando cuenten con la documentación completa requerida en el procedimiento puede tardar la autorización de cuatro a doce semanas y en ocasiones hasta meses.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

“Cada grupo co-construye en la experiencia vivida y compartida una idea de realidad, una idea de verdad, una idea de error y una idea de normalidad. Estas ideas orientan sus esquemas de acción, su modo de vivir su entorno.”

Héctor Lahitte

La representación social es un paradigma que permite al individuo o al grupo conocer su entorno, enmarcando el contexto del conocimiento social al poseer una naturaleza simbólica, es decir, que se construye a partir de una experiencia que introduce una relación con el medio circundante. Esta construcción lleva implícita la formulación de categorías que se constituyen de manera espontánea y que dan cuenta de la forma en que se percibe el mundo; creando un pensamiento social, un conocimiento colectivo. La comprensión de procesos subjetivos de la construcción del pensamiento delimita el campo de interacción; lo psicosocial es interactivo y relacional al ser un conjunto de hechos y procesos que se producen como consecuencia de las relaciones que se establecen entre las propiedades y los fenómenos sociales. El concepto se nutre simultáneamente de elementos de diversa naturaleza: procesos cognitivos, inserciones sociales, factores afectivos y sistemas de valores. Se encuentra conectado a las estructuras sociales y lo hace desde la unificación de su propia identidad simbólica con las prácticas y posiciones sociales (Flores, 2001).

Es importante estudiar las representaciones sociales para entender cómo la gente actúa en su vida, conocer cuál es el significado que las personas ponen en la construcción de su realidad social como resultado de una producción colectiva y personal, mediante su análisis se ponen al descubierto las significaciones, los sentidos y los constructos que les permiten actuar y desenvolverse en lo cotidiano.

Debido a las condiciones sociales, políticas, económicas y culturales que atraviesa México, resulta de vital trascendencia que la investigación que se realiza encuentre una aplicación práctica que impacte y favorezca la modificación de representaciones sociales que lleven a la solución de problemáticas relacionadas con el área de la salud y el ejercicio de la sexualidad, que permitan descubrir ejes de acción y elaborar propuestas de intervención para incidir en ellas para brindar alternativas que favorezcan la toma de decisiones y el desarrollo de habilidades adecuadas para enfrentarlas.

Los resultados encontrados en esta investigación se han agrupado en *thematas*, siguiendo a Moscovici (1984), quien los define como unidades cognoscitivas resistentes y estables que modelan representaciones científicas particulares y las transforman, que tienen un poder generador, por la diversidad de contenidos concretos que ellos pueden penetrar, en función del contexto cuando se ancla en una red de significados, al tratarse de nociones con un contenido potencial explicativo. Se han generado 5 dimensiones, que son el producto de los temas recurrentes en los cuatro grupos estudiados a través del análisis de contenido, del análisis textual al que fueron sometidas las entrevistas, y de la técnica de observación de la

dinámica en ambos centros penitenciarios, bajo las cuales se discutirán los resultados: 1) Consumo de drogas y estigma, 2) Sexualidad, 3) Género, 4) Aspectos psicológicos y 5) Violencia y ejercicio del poder.

Consumo de drogas y estigma

El fenómeno del VIH/SIDA en los centros penitenciarios del Distrito Federal ofrece por un lado, una similitud de lo que ocurre con la población general, donde la adquisición y transmisión se encuentra asociada como primer factor a las relaciones sexuales sin protección; y por otro lado, comparte un elemento que lo ha caracterizado en estos escenarios, el consumo de drogas, no como se esperaría por el intercambio de aguas y/o jeringas contaminadas por aplicación intravenosa, sino por la realización de encuentros sexuales no protegidos cuya intención es el financiamiento de la adicción. Esto coincide con lo encontrado por algunos autores que señalan que los internos seropositivos que son adictos, esta situación los predispone a intercambiar sexo por drogas o dinero (Lang y Belenko, 2001; Chang, et. al 2003; Hogben et. al., 2003,).

Para los no portadores, en ambos géneros existe en todo momento una diferenciación entre ‘nosotros’ (los sanos, los que no somos portadores) y ‘ellos’ (los enfermos, los que son portadores del virus) donde si bien, lo consciente hace referencia a no discriminarlos ni rechazarlos por su estado serológico, de manera inconsciente en las prácticas cotidianas sí lo hacen, principalmente por temor al contagio, aunque a nivel de conocimientos tengan claro que sólo el intercambio de fluidos corporales es motivo de riesgo y el contacto con ellos sea solo físico o de cercanía en un mismo espacio, hallazgos similares a los reportados por Jodelet (1989) en su investigación acerca de la enfermedad mental en una comunidad francesa.

Respecto a los IVVS, el consumo de drogas genera un deterioro del entorno social (de familiares, pares, conocidos, vecinos, etc.); de esta forma le resultará difícil al adicto plantearse otro proyecto de vida al margen de la sustancia. A esto contribuye su baja autoestima, su bajo autocontrol, la carencia de pensamientos críticos hacia la adicción, valores y atributos positivos e interiorizados alrededor del consumo, que le hacen involucrarse en la delincuencia como el vehículo para poder acceder al mercado del consumo, así se convierten en distribuidores para financiar su consumo. Con esta última intención es frecuente ver que los beneficios que les brinda la institución por ser pacientes seropositivos, como las dietas semanales, los complementos vitamínicos y/o alimenticios sean intercambiados por dinero o droga, al igual que el medicamento específico para las enfermedades asociadas al VIH que se les proporciona en la farmacia cuando acuden a la consulta médica. La explicación posible respecto al hecho de que el medicamento retroviral no sea vendido, es porque no resulta útil para quien no es portador, al no generar efectos parecidos a los de las drogas, sin embargo, esta situación no asegura que dicho medicamento sea ingerido por los IVVS ya que en ocasiones simplemente lo tiran en el jardín del dormitorio 10 en el centro varonil.

El grupo tiende a cohesionarse en función del rechazo social, a protegerse y acentuar su comportamiento. Como Bodón y Hurtado (1997) señalan, el adicto suele identificarse con la expresión soy adicto, lo que dificulta la adopción de medidas de prevención y una actitud responsable hacia el cuidado de su salud, ya que en los intercambios sexuales sin protección incrementan las posibilidades de reinfectarse con el virus.

En cuanto a las medidas para no desarrollar SIDA, a los IVVS sólo se les da el medicamento retroviral, considerando que el mantener un buen nivel de salud debe conjugarse con la responsabilidad de ellos en el proceso, haciendo lo posible para alimentarse bien, hacer ejercicio y participar en las actividades que tienen las instituciones. Consideran que el obstáculo principal para el trabajo con los IVVS se centra en el consumo de drogas por parte de los mismos, atribuyendo a esto la incapacidad de lograr un tratamiento integral que se refleje en la adquisición de estilos de vida saludables para ellos, reflejándose la necesidad de trabajar con los aspectos psicológicos relacionados a este padecimiento como lo señalan Flores y Alba (2006).

Por ejemplo, el personal técnico penitenciario no puede definir de la misma manera cómo actúan los internos seropositivos, existiendo una amplia diferencia dependiendo si es adicto o no, más que a la circunstancia de estar o no infectados por el VIH, lo que sugiere que el elemento al cual se ancla esta representación es el consumo de drogas, dando sentido a las acciones de apoyo y solidaridad para los IVVS no adictos y rechazo y discriminación para las IVVS adictos. El anclaje como sistema de interpretación posibilita que las personas puedan comunicarse con los grupos a los que pertenecen a partir de criterios comunes, compartiendo un mismo lenguaje para comprender los acontecimientos, a otras personas o a otros grupos, implicando procesos de categorización y etiquetación que sirven para dar sentido a algo, vinculándolo con algún otro ámbito de conocimiento familiar. El consumo de drogas se objetiva al transformarse de un concepto abstracto a sujetos como imágenes tangibles.

Asociada a su representación social del VIH/SIDA la categoría de adicto como un elemento que la estructura y la expresa, originando alrededor de ella toda una 'configuración discursiva' en palabras de Rouquette (1993) que a través de las comunicaciones interpersonales se comparte para cumplir con la función de elaborar comportamientos generalizados hacia la población seropositiva que vive en este centro penitenciario. Encontrándose en el discurso de todos los actores sociales: interno, personal y funcionarios el tema del VIH asociado al consumo de drogas, práctica que marca una división entre el trato y las oportunidades que se les brindan a los IVVS. Las representaciones sociales son interpretadas como significados compartidos, es decir, se comunica una imagen que constituye una construcción compartida de la realidad, por ejemplo, en el centro varonil, la imagen del IVVS es la de un interno que presenta mucho deterioro físico, a quien se le observa desaliñado y sucio, en su persona como en su ropa y en sus pertenencias, que es la imagen que poseen de los internos adictos.

Según Moscovici (1988) las representaciones sociales emergen determinadas por las condiciones en que son pensadas y constituidas, teniendo como denominador el hecho de

surgir en momentos de crisis y conflictos, pudiendo responder a 3 necesidades: a) clasificar y comprender acontecimientos complejos y dolorosos; b) justificar acciones planeadas o cometidas contra otros grupos y c) para diferenciar a un grupo respecto de los demás existentes, en momentos en que pareciera desvanecerse esa distinción. Así, ante la sorpresiva aparición del fenómeno en este ámbito, se ha buscado asociar la adquisición de un virus y su progresión a síndrome a identidades como argumento válido que explique prácticas de segregación y aislamiento, que separen clara y contundentemente al 'yo' de 'los otros'. Un ejemplo se puede apreciar en la construcción de los internos que viven con VIH/SIDA (IVVS) como consumidores de droga, teoría que organiza actitudes y actuaciones, repercutiendo en el trato hacia estas personas como adictos antes que como pacientes. Se refleja el proceso que algunos autores (Moscovici 1988, Herzlich, 1991 y Banchs, 1996) han denominado focalización, señalada en términos de implicación o atractivo social de acuerdo a los intereses particulares que se mueven dentro del individuo inscrito en los grupos de pertenencia, nombrándose los 'grupos de riesgo' que han acompañado el desarrollo socio-histórico del VIH/SIDA, en lugar de prácticas de riesgo, facilitándose su expansión gracias a los intercambios comunicacionales a través de la cultura.

El conjunto de creencias acerca de los atributos asignados al grupo, dan origen al estereotipo, en este caso se centra en la imagen del usuario de drogas, en donde el adicto es considerado como una persona despreocupada con respecto a su propia salud, entendiéndose como Neuman (2001) lo señala, que la droga lo condujo a la degeneración física, psíquica, moral y va rumbo a la muerte. El estereotipo del IVVS-adicto contribuye a generar emociones de miedo y actitudes de rechazo, en palabras de Marconi (1997) la operativización de una actitud basada en la segregación y castigo como elemento clave del temor que supone la posibilidad de contagio y difusión. Cuanto más se juzga que una persona es responsable de su situación más se la desvaloriza (Comby y Devos, 1996) las actitudes de rechazo van unidas a explicaciones que priorizan en la responsabilidad de los propios individuos. Pareciendo que en este caso el razonamiento es si los IVVS se encuentran deteriorados de su salud, es porque así han querido, porque consumen drogas, merecen no ser atendidos.

Se dice que las representaciones sociales son formas de saber el sentido común, al ser socialmente elaboradas y al contribuir por su circulación social a establecer una visión del mundo común a un grupo social o cultural definido, siendo a través de ellas que las personas y los grupos dan sentido al mundo en que viven, ayudan a la comunicación permitiendo acuerdos básicos sobre lo que se habla. Un elemento que sobresale en el discurso de todos los entrevistados, independientemente del grupo al que pertenecen y que parece ser la piedra angular de este fenómeno en estos escenarios, es la adicción; las creencias, la emotividad y las conductas de los actores de estas instituciones se encuentran permeadas por el consumo de drogas por parte de los IVVS.

Por lo tanto, se puede decir que la representación social se ha convertido en un sistema de lectura de la realidad social, expresando y contribuyendo a desarrollar los valores sociales existentes (Rodríguez, 2003), permitiendo inferir que el discurso de los entrevistados da mayor importancia al hecho de la adicción quizá porque ese es un problema constante

dentro de los centros penitenciarios, que sí repercute y afecta profundamente el actuar de los internos, no solo de los seropositivos sino de los que no lo son y que representan la mayoría.

Los sujetos han construido su conocimiento cotidiano a partir de su experiencia vivida en el contacto con los otros para elaborar su representación social; atendiendo a cuestiones de sentido común, el rechazo hacia los IVVS adictos se explica al situar el consumo de drogas como una práctica que infringe el reglamento de los centros penitenciarios y que es mal vista dentro de nuestra sociedad, dificultando el establecimiento de empatía por el hecho de ser portadores del VIH, entendiéndose por sentido común el conjunto de conocimientos basados en tradiciones socializadas que se enriquecen por las experiencias de los individuos y que se cristaliza en prácticas y se nutre a su vez de las mismas, es el conocimiento espontáneo, ingenuo, intuitivo, distinto del conocimiento científico, que promueve el esclarecimiento de procesos cognitivos y de interacción social, de ahí surgen modelos de pensamiento que se reciben y transmiten mediante la tradición, la educación y la comunicación, legitimando así a las representaciones sociales como objeto de estudio.

La estigmatización es un proceso de subvaloración y en el caso de los IVVS consumidores de droga, este es un atributo que es definido por los otros, los no consumidores, como indigno, al realizar una conducta que atenta contra la moral y las buenas costumbres de una sociedad por las repercusiones que tiene a nivel de salud y sociales, ya que es bien sabido que muchas de las personas que comenten un delito lo hacen bajo el efecto de alguna sustancia; como comenta Jodelet (2004) los sentimientos de temor y rechazo son actuaciones de estigma que se activan al contacto con el fenómeno y sus representantes.

De acuerdo con los elementos que aparecen en su discurso, el hecho de que hayan cometido un delito es otro atributo que dificulta contemplar la adicción como una enfermedad en la cual se debe brindar apoyo a quien la padece; debido a que ellos y ellas han agredido los bienes tutelados por las leyes al haber robado, violado, matado, transportado y distribuido drogas, defraudado, etc., por lo que consideran que merecen ser castigados como una forma de evitar que vuelvan a repetirlo. Así las limitaciones y carencias con las que viven dentro de prisión es algo que desde afuera se vivencia como merecedor por el daño hecho a la sociedad.

Si a esto se agrega que aún estando dentro del centro penitenciario continúan rompiendo reglas y violando normas al distribuir o consumir droga, rentar sus estancias para visitas íntimas clandestinas, tirar o comercializar su medicamento y sus dietas semanales, robar al personal que ahí labora o a los visitantes, etc. formarse una imagen positiva que despierte la empatía de quienes no son portadores es un asunto complejo.

El consumo de drogas sólo puede entenderse si se estudia el contexto social y cultural en el que vive el consumidor, y en los centros penitenciarios mexicanos ha sido un fenómeno permitido y tolerado, que en ocasiones es justificado en el discurso como una alternativa que coadyuva en el mantenimiento del 'equilibrio y la tranquilidad', es decir, que su presencia evita que ocurran motines y se ponga en riesgo la 'seguridad institucional'.

La segunda dimensión que se abordará ha acompañado el desarrollo de esta pandemia como un elemento primordial cuando se habla de prevención y de estrategias de intervención y cuya construcción también juega un papel muy importante en los escenarios penitenciarios al reflejar y reforzar las pautas socioculturales que entorpecen las acciones contra el VIH/SIDA: la sexualidad.

Sexualidad

Foucault (1986) considera a la sexualidad una experiencia históricamente singular, constituida por tres ejes: la formación de los saberes que a ella se refieren, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad, señala que “consiste el acceso y en la posesión de saberes, lenguajes, conocimientos y creencias específicos; implica rangos, prestigio y posiciones en relación al poder... implica ocupar un lugar en el mundo y tener un destino más o menos previsible... surgida sobre la especialización, la exclusión, la obligación y la prohibición de experiencias vitales por sexos” (p.8), en palabras de este autor la sexualidad es lenguaje, símbolo, norma, rito y mito, es uno de los espacios privilegiados de la sanción, del tabú, de la obligatoriedad y de la transgresión.

Esto nos permite entender los elementos que existen en el discurso de los varones y mujeres reclusos. Mientras que culturalmente ellos han sido estimulados para el ejercicio de su sexualidad, lo cual explicaría los ‘grupos de riesgo’ que justifican la adquisición del VIH, porque se puede traducir en prácticas que ellos han realizado alguna vez en la vida y se enfoca en los intercambios sexuales en 4 circunstancias específicas y delimitadas: con personas del mismo sexo, con personas que no son la pareja estable, o que se dedican al sexo comercial y habiendo ingerido alcohol en exceso o consumido alguna droga. La primera de ellas que hace referencia a la identidad de ‘homosexual’, es la que genera mayor incomodidad como una característica que se contrapone a lo socialmente aprendido y esperado en donde se les exige dar muestras fehacientes de tu identidad sexual, es decir, masculino - heterosexual, ellos están obligados a demostrar que son hombres, que no son homosexuales. Las 3 restantes son manifestaciones de esa masculinidad heterosexual donde lo importante es el placer físico y el aspecto afectivo queda relegado, suspendido, excluido. En cambio para ellas, la homosexualidad resulta una alternativa ante el abandono que sufren por parte de los varones que hay en sus vidas, es común que ellas establezcan relaciones de pareja entre sí y que las hagan públicas al interior del centro penitenciario, refieren encontrar mayor comprensión y afecto que en una relación heterosexual, en cuyas historias el común denominador ha sido la violencia, el maltrato y el abandono.

Vivimos en un mundo definido por varones, donde la condición biológica que nos permite engendrar, parir y amamantar, no emana una habilidad especial para educar, criar, cuidar, limpiar, nuestro sexo biológico no secreta ninguna hormona que nos defina como las destinatarias de las tareas reproductivas (Lagarde, 1993). Sin embargo, están presentes en el discurso de ellas y la transmisión perinatal ocupa un lugar importante, por ser la expresión tangible del binomio ‘mujer/maternidad’, en nuestra cultura el ejercicio de la sexualidad en

las mujeres se ha extendido y explicado desde la posibilidad de la procreación como fin primero y último de los encuentros sexuales, en su memoria colectiva es el placer el que queda negado, reprimido, sancionado, para lograr y poseer un lugar dentro de lo socialmente aceptado. Ya el haber cometido un delito transgrede este principio, un ejercicio libre y gozoso de la sexualidad es un lujo al que muy pocas de ellas pueden aspirar.

En el caso de los varones, aún cuando dicen que les puede dar a todos, no se incluyen en esa categoría, ya que al parecer el ‘todos’ se refiere a los grupos de riesgo, es decir, a todos los varones que tengan relaciones sexuales con otros varones, a todos los que acuden a solicitar servicios con trabajadoras del sexo comercial, a todos los que usan drogas y tienen relaciones sexuales; pero no se han apropiado de la categoría ‘a todos los que tiene relaciones sexuales sin condón’, por lo tanto, no se sienten en riesgo de adquirirlo y eso repercute en la ausencia de medidas de prevención durante los encuentros sexuales.

Los patrones de cultura tradicionales son promovidos y reforzados desde las instituciones penitenciarias. Mientras que a los varones se les brindan facilidades para acceder a encuentros sexuales con mujeres, ya sea de manera lícita, mediante el beneficio de la visita íntima establecida en el reglamento para centros penitenciarios expedido por la Dirección General de Prevención y Readaptación Social del Distrito Federal, o de forma clandestina en algunas zonas que se acondicionan para ello los días de visita familiar, por ejemplo: los talleres de elaboración y venta de artesanías, las canchas de frontón, las ‘cabañas’ (espacios delimitados formados por cobijas o lonas a modo de casitas), las estancias del dormitorio 10 ocupadas por los IVVS o por internos de la tercera edad. Suele darse el caso de que la pareja estable (esposa/concubina) acuda a la visita íntima y cuando no va a la visita familiar, el interno sea visitado por otras mujeres y tenga relaciones sexuales con ellas, en alguna de las condiciones antes mencionadas. En el caso de las mujeres, adquiere matices muy diferentes ya que el número de varones que acude al centro en calidad de visita es mínimo, quienes suelen involucrarse con ellas es el personal masculino que labora en la institución, principalmente, custodios y administrativos. Por otro lado, mientras que en la Penitenciaría hay 60 habitaciones para la visita íntima, en los reclusorios preventivos puede haber hasta 150 habitaciones, pudiéndose ocupar hasta en un 85%. Esto se observa en la dinámica cotidiana y es reconocido en el discurso del personal que labora en estos escenarios, tanto el técnico como los funcionarios.

Las prácticas, creencias y saberes respecto al cuerpo, las personas los construyen en función del contexto, es decir, de los estímulos sociales que reciben y en función de valores, ideologías, creencias de su grupo de pertenencia, ya que como sujeto social es productora de sentido, y entonces expresa en su representación el sentido que da a su experiencia en el mundo social. Lagarde (1993:198) se refiere a “una sexualidad construida para reproducir una sociedad y una cultura cifradas, sintetizadas y organizadas por la ‘ley del padre’, por los privilegios patriarcales masculinos y la opresión de las mujeres ...sexualidad que agrupa, excluye e incluye, permite o prohíbe a los sujetos su acceso al poder y al placer, sexualidad opresiva caracterizada por el desprecio, la interiorización y la violencia institucionalizada a las mujeres, desprecio, interiorización y violencia son de manera simultánea bases de la viril identidad masculina”.

Un ejemplo de cómo se ha violentado el ejercicio de la sexualidad en las mujeres recluidas es el desconocimiento existente entre las internas acerca del condón femenino como una alternativa para cuidar su salud y a la imposibilidad que tienen de acceder a condones masculinos, aun cuando se sabe que ellas mantienen de manera clandestina, intercambios sexuales con varones dentro del centro no cuentan con esa opción.

La teoría de las representaciones sociales es una teoría dialéctica que vincula representaciones y prácticas, las representaciones de género marcan posiciones que ofrecen identidades, lo masculino/femenino se conecta con la identidad y con la sexualidad.

Género

La tercera dimensión está compuesta por la categoría de género, que Flores (2000:7) define como "... un sistema ideológico cuyos distintos procesos orientan el modelaje de la representación social diferenciada de los sexos, determinando formas específicas de conductas asignadas en función del sexo biológico".

Entonces, la identidad de género posee un núcleo hegemónico que desde la sociedad establece que algunos comportamientos, actitudes, formas específicas están biológicamente determinados en función de pertenencia a uno u otro sexo.

Los cuatro grupos coinciden cuando hablan acerca de las medidas preventivas que se promueven señalando en primer lugar la abstinencia, invitan a los portadores a no tener contactos sexuales; a los no portadores les aconsejan ser fieles a su pareja, y en caso de tener más de una pareja sexual, se les recomienda el uso del condón, siendo en la práctica muy difícil acceder a ellos, mientras que en el centro varonil hay un lugar y horario específico para proporcionarlos, siendo frecuente que no haya; en el centro femenino no hay forma de conseguirlos. Aquí vemos reflejada la influencia sociocultural que sostiene las prácticas por parte de los funcionarios, donde se reflejan las creencias que han acompañado históricamente al fenómeno. Donde los métodos anticonceptivos destinados para uso de las mujeres no previenen la adquisición de una infección de transmisión sexual, en contraparte el único anticonceptivo que sí evita su propagación (hasta hace unos cuantos años) correspondía a los varones utilizarlo, recayendo en las mujeres la 'responsabilidad' de 'convencer' a sus parejas para utilizarlos durante sus encuentros sexuales, no quedándoles en ocasiones otra alternativa que no usar protección ante la negativa de ellos para ponerse el condón. Se esperaría que con el surgimiento del condón femenino, las opciones de protección para ellas se incrementaran, sin embargo, a pesar de que ya tienen algunos años en el mercado, existe desconocimiento de su existencia y de uso entre las mismas. En el caso de esta muestra, solo 3 internas entrevistadas y las 5 trabajadoras técnicas refirieron conocerlo pero ninguna reportó haberlo utilizado; probablemente lo que existe en el colectivo imaginario de estas mujeres sea la idea de que el uso del condón 'es cosa de hombres'.

Algunos argumentos que se han encontrado son el hecho de que cuando las mujeres intentan negociar el uso del condón con su pareja, esta solicitud representa un cuestionamiento al estereotipo cultural del poder y al goce masculino en las relaciones sexuales, además el hecho de que la mujer tome la decisión de usar condón es interpretado culturalmente por el varón como que ella ha pensado por anticipado en la relación sexual y que admite el erotismo y el placer de ésta, percibiéndola como alguien con quien no es adecuado establecer una relación seria. La solicitud también puede ser vista por el varón como causante de dudas respecto a la salud de la mujer planteando recelo acerca de su conducta previa y presente, surgiendo dudas sobre el número de parejas sexuales que ha tenido o la existencia de una infidelidad; en el caso de las mujeres mexicanas piensan que el goce de la sexualidad sólo debe vivirse dentro de una relación de pareja donde existan: amor, cariño, respeto, cuidado, comprensión, comunicación; por lo general, esperan que sus compañeros 'las cuiden' pues depositan su confianza en ellos. De tal forma que si solicitan el uso del condón, suelen hacerlo con el argumento de que desean prevenir un embarazo, siendo un motivo más justificable que solicitarlo como medida de prevención contra el VIH, dadas las connotaciones relacionadas con la falta de confianza e infidelidad culturalmente implícitas al solicitar el uso del preservativo (Pick, Saldívar y Givaudan, 1996). Existiendo también evidencia de que algunas mujeres son víctimas de violencia física cuando sugieren a sus parejas el uso del condón o la realización de prácticas de sexo seguro (Richardson, 1988).

La importancia de establecer el uso del condón como práctica preventiva entre las mujeres radica en lo que señalan Herrera y Campero (2002), acerca de la vulnerabilidad biológica existente en las relaciones heterosexuales, donde la mujer es de dos a cuatro veces más vulnerable a la infección por el VIH que el hombre, por 3 razones: la zona de exposición al virus durante la relación sexual es de mayor superficie en la mujer; la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales; las ITS son más frecuentemente asintomáticas y no tratadas en la mujer que en el hombre, lo que debilita la mucosa vaginal permitiendo la entrada del virus, más aun en las adolescentes, cuyo aparato genital todavía está inmaduro. En cuanto a la vulnerabilidad social, las mujeres del tercer mundo siguen teniendo menor acceso a la educación y al trabajo asalariado, lo que las vuelve más dependientes de los hombres y con escasas posibilidades de acceder a la información y a servicios adecuados de salud que es el contexto del cual provienen la mayoría de las mujeres que se encuentran recluidas.

Otro aspecto que llama la atención, es la construcción del rol de la mujer como cuidadora, como algo que surge de la naturaleza femenina. La cultura ha propiciado el anclaje social que condiciona a la mujer en un conjunto de comportamientos, creencias y actitudes con respecto al cuidado de los otros, lo que favorece que ante esta creencia sea personal femenino asignado al trabajo y trato con 'población vulnerable' sustentado en la existencia de mayor sensibilidad a las necesidades de los internos y en menor riesgo de que sean agredidas en su integridad física y psicológica por los internos de la tercera edad, los IVVS, internos con discapacidad física y/o intelectual, indígenas o en condiciones delicadas de salud, donde no hay un cuestionamiento acerca de la formación o capacitación del personal para atender a estos internos, basta con el hecho de que sean mujeres para creer que

esos recursos de atención son inherentes a su condición de género, como parte de un aprendizaje cultural fuertemente sustentado por su devenir socio-histórico.

Aspectos psicológicos

El VIH/SIDA es un fenómeno que impacta a los individuos a nivel biológico por las alteraciones que provoca en el funcionamiento del sistema inmunológico, tiene implicaciones sociales porque trastorna las interacciones con las otras personas por el prejuicio y el estigma que lo han acompañado en su desarrollo histórico y otro aspecto que resulta angular son los aspectos emocionales y afectivos que involucra.

Para los varones reclusos en la Penitenciaría del Distrito Federal el fenómeno del VIH/SIDA se ha convertido en una realidad cotidiana debido a la existencia de IVVS que han sido detectadas y concentradas en el dormitorio 10; por el contrario, para las mujeres reclusas en el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla, el fenómeno resulta poco tangible al no contar esa institución con un dormitorio especial para IVVS y por el reducido número de internas portadoras. Cuando se habla de información que las personas poseen sobre un objeto social, los internos disponen de una gran variedad de medios para acceder a ésta, por ejemplo, la televisión, la radio, folletos, carteles, pláticas con el personal penitenciario, con otros internos, con personas que viven con VIH/SIDA, ya que algunos laboraron en hospitales, otros han tenido familiares, amigos o conocidos portadores del virus o enfermos de SIDA, que han incidido en la estructuración de las representaciones sociales reflejándose en los elementos descriptivos que utilizan para definir el VIH/SIDA, entre los que se encuentran mortal, contagiosa, incurable, les puede dar a todos, identificando claramente las vías de transmisión. No se observan diferencias en cómo definen al VIH/SIDA, respecto a otras poblaciones estudiadas (Arroyo y Aso, 2000, Díaz, 2001; Flores y Leyva, 2003, Flores y Alba, 2006). Se puede decir que su representación social ha heredado el conjunto de significados que han acompañado el desarrollo del padecimiento, al provenir de un fondo cultural común acumulado en la sociedad a lo largo de su historia que ha circulado en forma de creencias ampliamente compartidas, de valores básicos y de referencias históricas que conforman la llamada memoria colectiva de una sociedad (Ibañez, 1994), donde es factible observar a nivel cognitivo el impacto de las nociones científicas han tenido en el ámbito del sentido común.

En ocasiones, las creencias reflejan aspectos objetivos de la realidad al sustentarse en evidencias científicas pero la mayoría de ellas se basan en la subjetividad expresada en la interpretación de las circunstancias vividas, al poseer un origen sociocultural matizado por afectividad, las evaluaciones determinan qué es la realidad, cómo son las cosas en el entorno, impregnándola de un significado; el aspecto afectivo surge en la medida en que se evalúa al objeto adquiriendo cierto nivel de intensidad reflejándose en rechazo o aceptación al mismo y el componente conductual se traduce en acciones y manifestaciones que incluyen las afirmaciones verbales relativas a determinadas conductas. Esta subjetividad está basada en evidencia experiencial (Baerveldt y Verheggen, 1999) permitiendo organizar la información compleja, extraña o amenazante en una forma controlable y comprensible. Aun cuando a

nivel cognitivo tengan muy claro que la transmisión del VIH se da sólo por contacto con fluidos corporales contaminados, existen reacciones de miedo a la cercanía y convivencia física con los IVVS.

Respecto al fenómeno del VIH/SIDA diversos autores coinciden en que algunos de los elementos contenidos en la representación social del mismo está fuertemente asociado a emociones como la tristeza, el rechazo, el descuido; y conductas sexuales como homosexualidad y prostitución (Ruiz, 2000), incluyendo en su núcleo cognitivo la asociación entre sexo, enfermedad y muerte, su campo representacional se construye sobre la unidad transmisión-prevención, donde aparecen vinculados conceptos como virus, contagio, sexo, protección y condón, existiendo una actitud ambivalente para la prevención al resaltar situaciones donde consideran nula su capacidad para prevenir la transmisión; estando la utilidad del condón relacionada con la prevención del embarazo más que con las I.T.S.; concluyen que la representación social del SIDA se constituye por elementos de orden científico y de sentido común, basada en mitos, estigmas y miedos (Flores y Leyva, 2003).

En el caso de quienes se encuentran viviendo en prisión y además son seropositivos, los aspectos psicológicos que atraviesan vuelven compleja la intervención porque pueden experimentarse con doble intensidad al existir dos pérdidas fundamentales: la salud física y la libertad, favoreciendo esta última la acumulación de otras como: el trabajo, la estabilidad económica, la pareja, la familia, los bienes materiales, las oportunidades profesionales y escolares, la salud mental, etc.

El ingreso a prisión implica la pérdida de la libertad, el encierro, la incomunicación con el núcleo familiar y con la comunidad, el cambio radical de modo de vida, de relaciones interpersonales, las limitaciones físicas, psicológicas, y finalmente, el estigma social. Se atraviesan 2 procesos: 1) la desculturización, que se refiere a la desadaptación a las condiciones que son necesarias para la vida en libertad, la incapacidad para aprehender la realidad del mundo exterior y la formación de una imagen ilusoria de él, el alejamiento progresivo de los valores y modelos de comportamiento propios de la sociedad exterior; y 2) la prisionalización; al asumir las actividades, modelos de comportamiento y valores característicos de la subcultura carcelaria, para lo cual es necesario el aprendizaje de las leyes no escritas de esta. Algunos factores psicosociales que influyen en este segundo proceso pueden ser: la edad, la formación académico-profesional, las relaciones sociales, el nivel económico, los vínculos familiares, pero principalmente, su grado de inserción en la vida delictiva. Cuando un individuo ha construido el delito como su modo de subsistencia se adaptará en corto tiempo y fácilmente; si por el contrario, es una persona honesta y tiene formas legales de vivir, su estancia será traumática, rechazará la violencia y la extorsión institucionalizadas (Castellanos, 2003).

La situación del VIH/SIDA y la prisión se puede presentar en dos variantes: la primera, el interno fue diagnosticado seropositivo antes de ingresar al centro penitenciario; la segunda, el diagnóstico de seropositividad ocurre estando en reclusión. En cualquiera de los dos casos existe la necesidad de elaborar duelos y reestructurar el proyecto de vida.

Nord (1996) considera que el hecho de que las personas que han sido diagnosticadas como portadoras del VIH adopten una postura de enojo con la vida y el mundo, los hace más propensos a utilizar el alcohol y las drogas, así como aislarse, volverse pesimistas e irritables. Por lo general, los seropositivos consideran haberse infectado sin merecerlo, poseen una visión de un futuro truncado, experimentan miedo al rechazo social, desesperación y culpa (Torres, Martínez, Díaz-Loving y Villagrán, 1994).

De ahí se desprende la inquietud, en el discurso de todos los grupos entrevistados, de brindar apoyo psicológico a quienes viven con el virus en el proceso de su enfermedad para cambiar su forma de percibir el hecho de que sean portadores y que eso se refleje en sus comportamientos, tomando la responsabilidad de cuidar su salud por su propia convicción, fomentando que se tomen el medicamento, evitando que lo vendan o hagan mal uso del mismo, como tirarlo o comercializarlo para comprar droga, incorporar el uso del condón en sus intercambios sexuales, decrementando el riesgo de una reinfección y de la transmisión del virus entre esta población; recordemos que es la representación social la que lleva a las personas a tomar una postura ante su enfermedad y sobre la forma en que debe ser manejada y atendida.

Violencia y ejercicio del poder

La última dimensión ha sido denominada violencia y ejercicio del poder como dos elementos que se conjugan en la dinámica de los centros penitenciarios del Distrito Federal y que permitirá entender el contexto en el que se desenvuelven las creencias y las prácticas que conforman las cuatro dimensiones anteriores.

La violencia implica siempre el uso de la fuerza, ya sea física, psicológica, económica o política (Corsi, 1994). Por lo tanto, es una situación en que una persona con más poder abusa de otra con menos poder; así, tanto en la familia como en la sociedad, el individuo con VIH/SIDA va perdiendo poder al presentar una debilitación gradual de sus defensas psicológicas, mediada por la culpa, la vergüenza y el dolor, al igual que de sus fuerzas físicas que se traducen en un incremento en los problemas de salud, produciendo las condiciones para que se exprese hacia estos pacientes una violencia pasiva caracterizada por el abandono físico y el abandono emocional, probablemente en otros contextos sociales, el sujeto afrontará formas más activas de violencia, como el maltrato físico y el abuso emocional (Sinibaldi, 2006).

El hecho de que la familia sea la fuente natural de apoyo del individuo enfermo parece ser aceptado universalmente pero el surgimiento de este fenómeno acompañado de una narrativa del miedo y estigma han venido a poner a prueba esa hipótesis (Rolland, 1998). Nuestros 4 grupos entrevistados coinciden en la descripción que hacen de la dinámica familiar que caracteriza a los IVVS, señalando que la mayoría de quienes acuden a visitar a los IVVS, ejercen una forma pasiva de violencia, definido por Sinibaldi (2006) como el abandono emocional que consiste en la falta de respuesta a las necesidades del contacto afectivo con el paciente, caracterizado por la ausencia de contacto corporal, caricias,

indiferencia frente a los estados anímicos del paciente, negándole la posibilidad de expresarlos o descalificándolo al hacerlo. En este sentido, pareciera que los familiares ‘les hacen el favor’ de visitarlos en la cárcel, siendo solo 3 ó 4 casos los que cuentan con el apoyo y aceptación por parte de su familia. Este elemento se refleja en lo expuesto por los 4 grupos entrevistados.

A pesar de que se ha trabajado en un marco jurídico que garantice los derechos humanos de los pacientes con VIH/SIDA, la cárcel es un espacio donde éstos no tienen sentido, al tratarse de una institución que reproduce en sus prácticas “...el modelo de poder vertical y autoritario de la sociedad patriarcal...” (Sinibaldi, 2006:110), donde su función consiste en hacer valer su autoridad en forma de represión y de castigo con miras en la readaptación. Por ejemplo, en el caso de los varones, su derecho a la confidencialidad por su condición seropositiva es violado, cuando un indiciado¹ llega a un reclusorio, entre los datos que se les piden al elaborar su ficha de ingreso, es si padece alguna enfermedad crónico-degenerativa o contagiosa; en caso de responder afirmativamente al VIH/SIDA, son ubicados en una estancia de preferencia solos o con otros internos con problemas de salud, siendo indispensable que el personal técnico penitenciario que lo recibe elabore una nota informativa donde lo comunique a las autoridades para que le sean aplicados inmediatamente los estudios serológicos y si se confirma el diagnóstico sea trasladado en el menor tiempo posible a la Penitenciaría del Distrito Federal, donde será ubicado en el dormitorio 10, que como ya es de dominio público, es para IVVS y población de tercera edad. De igual manera ocurre si estando recluido le es detectado el VIH. En el caso de las mujeres, al no contar con espacios exclusivos para seropositivas, son asignadas al nivel 3 del edificio A que funciona como área de ingreso en cualquiera de las estancias donde haya lugar, aunque también se le cuestione acerca de su estado de salud.

Al interior de los centros penitenciarios los IVVS son objeto de abuso emocional que es factible observar en forma de lo que Sinibaldi (2006) denomina ‘hostilidad verbal crónica’ a través de burlas, desprecios, críticas, insultos, intimidaciones, descalificaciones y amenazas, por parte de otros internos tanto portadores como no portadores, del personal de seguridad y custodia, y a veces también el personal que labora en el servicio médico de la institución. Es difícil que puedan llegar a las agresiones físicas, principalmente, por temor a contagiarse por el contacto físico o por la sangre que pudiera generar un enfrentamiento. Además de encontrarse en el discurso de los actores sociales participantes, fue posible observarlo durante las visitas realizadas.

Aún cuando en el discurso se niega realizar prácticas discriminatorias hacia los IVVS, sí se toca el tema de que ellos tengan acceso al edificio de visita íntima para gozar de ese beneficio como el resto de la población, lo que genera diferentes opiniones; por un lado, los que expresan abiertamente su malestar por esta propuesta; y por el otro, quienes aceptarían si se cumpliera la condición de que los no portadores no sean asignados a la misma habitación que los IVVS.

¹ Así se le denomina a las personas que llegan al reclusorio provenientes de la delegación y son ubicadas en el área de ingreso; una vez que transcurren 72 horas dentro de la misma, se les denomina procesados.

Para Moliner y Gutermann (2004) las atribuciones causales que los individuos hacen a propósito de otros, poseen elementos descriptivos, que son el fruto de un proceso de categorización y los elementos explicativos que resultan de un proceso de atribución. A los IVVS se les describe como adictos y se les atribuye por esta razón, la irresponsabilidad en el cuidado de su salud que lleva a todos los actores sociales a ser indiferentes ante la falta de atención integral por parte de las instituciones penitenciarias, porque es necesario sumarle el hecho de que también son delincuentes, como lo menciona Abric (2004) las representaciones sociales son decisiones, posiciones y conductas adoptadas ante un hecho, que se refleja en este caso, en una frase escuchada con frecuencia en el servicio médico 'están en la cárcel, qué esperaban'. Por otro lado, como categorías de pensamiento, de acción y de sentimiento que expresan la realidad y la explican, en cuanto al personal que labora en el servicio médico sirven para justificar el trato hacia IVVS, y por parte del personal técnico es útil para cuestionar las condiciones en las que viven en el centro penitenciario y también la forma en que ellos se comportan.

Las dimensiones anteriormente expuestas nos llevan a decir que las personas que viven y trabajan en prisión construyen su conocimiento cotidiano a partir de su experiencia vivida en el contacto con los y las IVVS, con el entorno material y con los eventos que ocurren al interior de los centros penitenciarios. Así elaboran su representación y eso tiene que ver con las prácticas sociales (Abric, 1994) que tienen dentro de su trabajo y en sus relaciones sociales; el saber de la representación, se construye también dentro de las prácticas discursivas que atraviesan a los grupos. Estudiar las representaciones sociales implica sumergirse en ámbitos que se interrelacionan para funcionar: el lenguaje, el pensamiento y el comportamiento, ya que el significado de las normas sociales, de lo válido, de lo aceptado, se encuentra en las prácticas sociales más que en la mente de sus actores; éstas prácticas se articulan bajo las condiciones sociales que se viven dentro de escenarios particulares, en este caso, la prisión, la cual posee características propias e individuales a partir de las cuales quienes viven y trabajan en ella construyen su visión de ellos mismos, de los otros, de la vida, de la salud, para interpretar la realidad. Como señala Flores (2001), las prácticas de una población permiten extraer elementos simbólicos no verbalizados y que son importantes para la significación de una representación social.

Una situación evidente es la disonancia existente entre lo cognitivo y lo conductual, mientras que a nivel de discurso, el pensamiento social consensuado contiene elementos que apuntan al fenómeno del VIH/SIDA dentro de los centros penitenciarios como un asunto relevante que impacta la dinámica de los mismos; esta construcción no se ve reflejada en el ámbito de las prácticas cotidianas, permitiendo la observación de las prácticas revelar los 'referentes ocultos' (Uribe, 1997) de la construcción simbólica de la representación. De acuerdo con Flores (2001), es importante complementar el material discursivo con la observación de las prácticas que el colectivo elabora en una doble dimensión: consciente e inconsciente.

Las representaciones sociales como sistemas de pensamiento nos relacionan con el mundo y con los demás, permiten interpretar y reconstruir significativamente la realidad, aportando direcciones afectivas, normativas y prácticas, organizan la comunicación social, y

dotando a los sujetos de la particularidad simbólica propia de los grupos sociales; en este caso, el binomio VIH/SIDA-drogas, constituye un par de conceptos que condensan simbólicamente un conjunto de miedos, incertidumbres, prejuicios, ansiedad y angustia. Estas imágenes culturales dominantes sobre el sida y los 'sidosos' tienen un antecedente evidente en el paradigma droga y drogadicto; por ejemplo, ser consumidor de drogas vía intravenosa no implica la pertenencia a un grupo de riesgo de por sí, el único rasgo que introduciría la probabilidad de riesgo está constituido por la práctica de compartir jeringas, lo mismo ocurre en el caso de las relaciones sexuales, la práctica de riesgo es el no uso del condón, independientemente de si el encuentro es heterosexual, homosexual o hay remuneración económica a cambio del mismo.

La actitud remite a un constructo en el que se incluyen de manera indisoluble tanto su vertiente individual como colectiva, se enlaza con las creencias como ideas cuestionables de cómo es el mundo, y las nociones como imágenes genéricas del mundo, a través del elemento cognitivo (información asociada a un objeto), mientras que el afectivo (empatía hacia el objeto) y el conativo (actuar respecto al objeto) se relacionan más directamente con el comportamiento. La actitud se analiza y deduce a través de aquello que se dice (la opinión, el discurso) y a través de aquello que se hace (comportamiento), donde los valores sirven como criterios que en un grupo social establecen lo deseable, la base para aceptar o rechazar aquellas que no están previstas en la cultura del grupo. Ibáñez (1988) menciona que la información que surge de un contacto directo con el objetivo, y de las prácticas que uno desarrolla en relación con ella, tiene propiedades distintas de las que presenta la información recogida por medio de la comunicación social. Quienes han tenido la oportunidad de convivir con personas seropositivas expresan actitudes de apoyo y solidaridad hacia ellos.

El VIH/SIDA ha estado asociado a grupos sociales que aparecen como diferentes en relación a pautas de normalidad socioculturales, colectivos vistos como excluidos, peligrosos y desviados de las normas comunes, especialmente homosexuales, adictos y prostitutas (Romani, 1991). El riesgo se evalúa siempre desde un sistema de creencias y actitudes, es una construcción cultural (Gamella, Álvarez y Roldán, 1999).

Aun cuando en otros contextos y circunstancias, la categoría de 'adicto' se puede equiparar con la de 'enfermo', siguiendo el modelo médico, en este caso, la lógica que parece seguirse es la del modelo legal, donde la definición de 'adicto' se relaciona con trasgresión de normas; normas que se encuentran claramente definidas y establecidas, que se hacen presentes en el discurso de todos los actores sociales pero no se concretan en las prácticas cotidianas; en teoría, la droga no debería existir dentro de las instituciones penitenciarias, en la práctica, acceder a ellas resulta muy sencillo.

De acuerdo con Goffman (1986) la elaboración, construcción y reproducción de argumentos estigmatizadores, surgen de normas de identidad, su contenido gira entorno a lo característico o diferencial del grupo. La idea central para su elaboración está en la diferencia, contando con un grupo social de referencia. La construcción de un estigma suele realizarse para contraponer la existencia de un grupo ajeno al considerado como verdadero. El estigma es utilizado para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador como resulta

ser varón y tener relaciones sexuales con otros varones y/o ser consumidor de drogas, en términos de identidad 'ser homosexual' y/o 'ser adicto' sin importar el grado de responsabilidad que pueda acompañar a sus prácticas; siguiendo una lógica sociocultural que impera por encima de la científica. El campo de las drogas es uno de los ámbitos de la vida social que está más sujeto a estigmatizaciones y prejuicios, no se trata de un conflicto individuo-sustancia, sino de un problema que afecta tanto a los propios implicados como a los demás miembros de la sociedad donde el adicto es considerado como un individuo que ha perdido toda capacidad de control.

La realidad no procede de la acción humana, pero emerge como consecuencia de la manera en que los actores sociales aprenden a coordinar sus propias acciones con respecto a otros actores sociales. En ese sentido, las interacciones discursivas también pueden ser consideradas como prácticas que constituyen la realidad, considerando al discurso como una validez consensual de la experiencia (Baerveldt y Verheggen, 1999). Al igual que en cualquier otro ámbito de la sociedad, en este terreno existe una fuerte dualización en torno a marcadores de identificación (consumidores vs. no consumidores, enfermos de sida vs no afectados) todo ello genera un sistema complejo de identidad, por un lado ellos, formado por los colectivos estigmatizados, y por el otro, los no consumidores. El posicionamiento más general consiste en mantener la distancia en el sentido de control del espacio personal (Morin, 2001), como señala Goffman (1986), al encontrarnos con una persona, y atendiendo a las primeras apariencias, tendemos a asignarle una categoría que nos valdrá para descifrar su identidad social, en ese momento comienza a elaborar la activación de la categorización y nosotros-ellos.

La representación social guía las interacciones entre los miembros del grupo y el objeto social, de tal forma que es así como las personas que viven y trabajan en prisión deciden quién merece apoyo y quién no; con base en sus propias creencias y comportamientos, nos permite construir nuestra visión y seguir con la actuación que le corresponde; de ahí surge la aceptación o el rechazo hacia los IVVS que consumen o no drogas. Como lo señala Moscovici (1988) las representaciones sociales, son sistemas de valores, nociones y prácticas relativas a objetos, aspectos o dimensiones del medio social, que permiten estabilizar el marco de vida de individuos y de grupos, orientando la percepción de situaciones y de la elaboración de respuestas, tratándose de modelos imaginarios mediante los cuales los sujetos y grupos evalúan y explican la realidad para generar normas y tomar decisiones colectivamente compartidas y consensuadas; guiando la interacción con los objetos sociales. En esta muestra el padecimiento por sí mismo genera temor y la forma en que se comportan los IVVS los divide en aquellos que no consumen drogas reciben afecto, respeto, apoyo y solidaridad; mientras quienes son adictos a las drogas reciben rechazo, lástima, enojo y tristeza. Aquellos que se han comportado respetuosos en su forma de relacionarse con otros, tanto internos como personal y funcionarios, no se sienten agredidos por su condición de seropositivos, afirman que los IVVS que si han resultado agredidos verbal o físicamente por otros compañeros, son aquellos que consumen drogas y en consecuencia molestan a la visita familiar y roban, despertando la molestia y el enojo de la población, reflejándose lo que Jodelet (1986) denomina pensamiento práctico, que se sustenta en la creencia popular 'lo que doy es lo que recibo', 'si me porto bien con los otros, los otros se portan bien conmigo'.

Las identidades colectivas deben ser interpretadas desde su sistema socio-histórico y no fuera de éste: en el nivel individual se presentan como actitudes, gestos, palabras, expresiones, formas de socialización y demás actuaciones simbolizantes; y en el nivel colectivo se expresan a través de las relaciones sociales, los comportamientos y prácticas sociales, que asumen también diversas formas en cada individuo; ambas son organizadas a partir de representaciones sociales como una organización significativa que integra las características objetivas del objeto, las experiencias anteriores del grupo, su historia y su sistema de actitudes, normas y valores. Son visiones funcionales del mundo, que permiten a los individuos y a los grupos dar sentidos a sus conductas y comprender la realidad. Ahí radica la importancia de desligar los 'grupos de riesgo' para convertirlos en el discurso en 'prácticas de riesgo' que faciliten la adquisición de conciencia y la modificación de conductas que promueven la transmisión del VIH por otras encaminadas a la protección de la salud, mover el paradigma 'no soy... no estoy en riesgo' a 'si hago...me pongo en riesgo'.

El sistema de representaciones sociales construido en torno a la mujer como género, continua guardando una relación estrecha con la evolución del ciclo de vida por el que se atraviesa, según el estado civil, la presencia de un compañero, el nacimiento de los hijos o la edad de éstos, las diferencias generacionales etc. (Mansero y Ríos, 2000); debido a las diferentes vivencias y significaciones derivadas de presiones y exigencias culturales distintas, las representaciones sobre género son interiorizadas a partir de los procesos de sociabilidad y aprendizaje. El estudio de las representaciones sociales ofrece el marco para examinar el papel de los factores sociales en la formación y el funcionamiento del sentido común y liberar los sistemas de interpretación y de pensamiento colectivos, en sujetos que son siempre sociales por sus lazos de intercomunicación y su inscripción en un contexto socio-cultural y un marco histórico. Si bien los valores se establecen a través de la educación en la infancia y adolescencia, tienen un efecto duradero en la personalidad del individuo y al mismo tiempo sufren adaptaciones y modificaciones en función de las diferentes fases y distintas situaciones sociales que van afrontando a lo largo de su vida, legitimando las diferentes formas de pensar, sentir y hacer propias de una cultura, en un proceso de estructuración de la subjetividad de los miembros, otorgándole, además, identidad frente a otras comunidades y grupos, permitiendo identificar cómo los sistemas de ideas en una sociedad reflejan las diferencias entre lo masculino y lo femenino.

En las prácticas discursivas, el discurso transporta las palabras en forma de mensajes, compartiendo las imágenes simbólicas con la intención de cristalizarlas en conductas (Banchs, 2000). Las creencias son un elemento en la comunicación de los grupos que ayuda a las representaciones sociales a clasificar, explicar y evaluar a los objetos sociales, debido a que son compartidas y elaboradas por los mismos, al ser vistas como un producto cultural se organizan e integran para construir una interpretación del objeto con el cual están tratando (Jodelet, 2000). Las creencias no siempre están formadas con base en la experiencia directa con el objeto o fenómeno, debido a que con frecuencia las personas se exponen a fuentes de información sobre ese objeto o fenómeno, entre ellas: conversaciones con amigos o familiares, compañeros de trabajo, periódicos, televisión, radio, libros, revistas, internet, etc.

Al constituir fuentes de conocimiento formadas por la influencia de las relaciones interpersonales dentro de un determinado escenario social, económico y político, el contenido variado al que están expuestos los sujetos estimula posiciones de aceptación o rechazo de acuerdo a de dónde o de quién proviene la información, impactando de manera inconsciente a las conductas. Se trata de elementos que entran en las imágenes que utilizan los sujetos para expresar su relación con el entorno social y material, valores cuya función es sostener su punto de vista y que provienen del discurso ideológico reflejando el campo de representación. En su organización se pueden encontrar elementos que parecen más estables, más compartidos dentro del grupo y elementos menos estables y más ligados a la posición de un individuo específico.

La teoría de las representaciones sociales considera que las creencias de las personas están ampliamente determinadas por factores históricos, sociales y culturales (Wagner, 1992), hecho que queda manifiesto en el discurso de los varones, quienes refieren en cuanto a la vía de transmisión sexual, que las prácticas que facilitan la adquisición del virus son tener relaciones sexuales con varones homosexuales, con prostitutas o cuando son infieles a su pareja estable (esposa o concubina), así como tener encuentros sexuales habiendo consumido alcohol o drogas. Esto refleja cómo la cultura provee la materia prima para la construcción de representaciones sociales siendo también el espacio donde circulan, como lo menciona Jodelet (1986), permitiendo construir una visión y seguir con la actuación que le corresponde.

Tomando en cuenta que la masculinidad patriarcal exige de los varones agresividad, fuerza y violencia, se conforma un contexto que favorece la comisión del delito; como menciona Lagarde (1993) la trasgresión a las normas confiere a los hombres valor genérico, éxito, prestigio y rango: virilidad. El grado de machismo como atributo positivo se mide en parte por la capacidad de trasgresión frente a la norma, de tomar objetos de otros y de vencer el miedo al interdicto, a la sanción y al castigo. Quizá esto pueda explicar que los varones que viven con VIH/SIDA con mayor frecuencia realicen conductas contrarias al comportamiento establecido en el reglamento los centros penitenciarios, por la existencia de un temor menor al castigo, que sería una sanción menor si se contextualiza para su situación: se van a morir a causa del VIH/SIDA, han sido discriminados, rechazados o abandonados por sus propias familias.

El conocimiento se objetiva, institucionaliza y legitima socialmente de manera que permite la dialéctica individuo/sociedad, pasa por la comunicación y la interacción entre individuos, grupos e instituciones. La importancia del lenguaje y la comunicación como mecanismos en los que transmite y crea realidad, por una parte, y como marco en que la realidad adquiere sentido, por otra.

La representación social resulta una aproximación al sentido común al considerar su carácter productor y la naturaleza social de esa producción como elementos de su función significativa. El impacto de la noción de género tiene sobre la infraestructura y la dinámica de los centros penitenciarios es evidente, Lagarde en 1993 acuñó el concepto de 'la casa recreada' donde describe en la prisión la existencia de "...lavaderos, tendedores, fogones,

estufas, cocinas y comedores, jaulas con pájaros y macetas con plantas...así la vida de las mujeres en prisión se asemeja a la vida de las mujeres en las vecindades: lavan y tienden la ropa, cocinan, tejen, leen, hacen su quehacer, arreglan su altar o ponen veladoras, cuidan a sus niños o a sus plantas, cosen, oyen la radio, sobre todo las noveles, algunas ven televisión, chismean, cuidan sus plantas sembradas en botes y esperan la visita... pareciera que tiene la capacidad de recrear su mundo íntimo y privado dondequiera que van... (p.679).

Y aún cuando esos centros penitenciarios ya no se usan para la población femenina, ya que en Mayo del 2004 se inauguró el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla y las internas de los preventivos femeniles fueron reubicadas ahí, a 13 años de lo descrito por Lagarde, no se han modificado las condiciones ni la dinámica, las actividades que ofrece la institución en su mayoría están relacionadas con la elaboración de manualidades, por ejemplo, se les dan clases de: tejido, fieltro, peluche, fomi, globos, tarjetería española, rafia, bordado con listón, pintura, corte y confección, cultura de belleza; una de las principales actividades que les permiten a las internas generar recursos económicos es la venta de comida, desde antojitos, frituras, repostería y chocolate artístico.

Un punto que valdría la pena reflexionar en cuanto a las condiciones institucionales que rodean a los varones y mujeres recluidos en el ejercicio de la sexualidad, como menciona Lagarde (1993) es la paternidad y la maternidad como relaciones jurídicas que implican iguales obligaciones; cabría continuar preguntándose por qué los hombres nunca tienen con ellos a sus hijos en la cárcel, quizá porque la maternidad resulta una construcción social y un hecho biológico visible desde el origen; la paternidad en cambio, es una construcción social tardía dada su invisibilidad en tanto que hecho biológico.

El consumo de sustancias tóxicas supone una pérdida de la calidad de vida, así como de las habilidades psicosociales, debido a la adicción a las drogas, habilidades que privan a los sujetos de poder ser capaces de afrontar situaciones personales de crisis en las mejores condiciones y alejarse de aquellas situaciones de alto riesgo para el individuo, por ejemplo: contacto con las sustancias, con los consumidores y con los vendedores. Si bien para algunos internos e internas, el consumo de drogas ha resultado una alternativa para experimentar sensaciones agradables, evadir la realidad o como una forma de relacionarse con los otros por la falta de otras habilidades sociales saludables, pudiera también ser vivida como una forma de 'expiar la culpa' y buscar el rechazo, como lo sugieren Candreva y Paladino (2005).

La razón por la cual las personas no cambian fácilmente sus creencias por nuevos conocimientos que mejorarían el cuidado de su salud se debe a que las estructuras que guían los comportamientos suelen ser muy complejas. Los comportamientos en el cuidado de la salud están enraizados por los conocimientos acumulados y por las representaciones actuales, el mundo simbólico comprende estructuras de pensamiento y marcos de referencia desde los cuales se interpretan los fenómenos que afectan a los sujetos configurando un sistema de pensamiento lógico que es aplicado a las prácticas cotidianas. Cuando el pensamiento lógico está guiado por el mundo simbólico, los fenómenos de la salud y la enfermedad se codifican desde este marco de referencia, dando lugar a comportamientos específicos que están de

acuerdo con su trasfondo explicativo y que resultan muy resistentes al cambio, debido al proceso de objetivación, naturalización y anclaje.

Las denominadas paradojas comportamentales son otro de los aspectos relevantes para comprender el comportamiento de las personas frente a las prácticas de cuidado de la salud. Se definen como los comportamientos nocivos que tienen las personas a pesar de contar con conocimientos adecuados sobre los cuidados necesarios para lograr el bienestar, evidenciando con claridad las rupturas existentes entre los comportamientos adecuados por el sistema de salud, y la prioridad en salud que tienen las personas, y entre el conocimiento de la gente sobre los riesgos específicos y su conducta concreta. Cuando las personas son interrogadas acerca de la importancia que tiene para ellas la salud, manifiestan un interés general y cierta información que se expresa de modo discursivo, pero no siempre se utiliza en el momento de actuar. Aunque los IVVS cuentan con información necesaria para el cuidado de su salud, sin embargo, no la aplican en sus comportamientos diarios, las personas saben que el uso del condón evita la adquisición del VIH pero no lo utilizan.

Al ser la representación social productos culturales cargados de significados colectivos, producen una emocionalidad singular favoreciendo o dificultando las acciones y las prácticas (Jodelet, 2004); ya que son éstas quienes validan el sentido de pertenencia resignificando a la representación social; como señala González (2004) los procesos emocionales adquieren significado y sentido dado el contexto experiencial de los sujetos y caracterizan la comunicación entre los mismos.

Una posible alternativa de intervención podría ser el enseñar a los IVVS estrategias de afrontamiento, definidas por Lobera, Villagrán y Díaz-Loving (1998) como esfuerzos cognoscitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que le parecen al individuo que rebasan los recursos con los que cuenta para hacerles frente, pudiendo ser de 3 tipos: a) enfocadas al problema; b) enfocadas a la emoción o cognición y c) retomando ambos aspectos en conjunto. Lo cual generaría cambios a nivel de su autoestima al experimentar capacidad para evaluar situaciones y tomar decisiones acertadas que favorezcan el cuidado de su salud y el establecimiento de redes sociales de apoyo, como lo sugieren los hallazgos de la investigación de Flores (2006).

Algunos factores que Henderson (1984) ha encontrado como inhibidores del apoyo hacia los otros, son la depresión, la soledad y la ansiedad de un individuo porque resultan desagradables y poco atractivas al grupo, por lo cual hay mayores posibilidades de que los rechacen y no deseen apoyarle; por otro lado, las mismas circunstancias hacen que las personas perciban menos apoyo del que en realidad recibe o que éste le resulte menos satisfactorio.

Un aspecto que sería importante ahondar en investigaciones posteriores tiene que ver con el significado que los internos seropositivos le otorgan a la experiencia de vivir con VIH/SIDA, para comprender por qué eligen el consumo de drogas sabiendo que afecta negativamente su estado de salud, explorar este significado considerando la organización

social y cultural al que pertenecen, conociendo las explicaciones que estas personas han desarrollado sobre su padecimiento, conocer también cómo se definen por su pertenencia social, en términos de participación y cómo su inserción social genera una posición dentro de su grupo.

Las representaciones sociales describen cómo las personas interpretan y hacen significativo su mundo, es un modelo que se enfoca en los procesos de comunicación interpersonal como determinantes de la estructura y el contenido del sistema de creencias, las cuales son estructuras cognitivas cuya función es facilitar la comunicación entre los miembros de una colectividad por su forma consensuada y compartida; es usada por los grupos para generar cohesividad e interactuar relativamente con otros grupos (Breakwell, 1993).

La mayor parte de las veces es una modificación en las condiciones de vida al interior de una sociedad lo que ocasiona reelaboraciones y cambios en las concepciones de los objetos sociales. Un fenómeno desconocido hasta el momento, y por lo tanto no familiar, si es suficiente relevante inicia un proceso de comunicación colectiva para hacerlo manejable. Una alternativa de intervención podría enfocarse en modificar la representación social que los IVVS poseen de su situación de salud, trabajando los aspectos psicológicos que anclan la adicción como la principal opción al ser seropositivo y desligar el vínculo existente en el resto de la población entre el ser IVVS y el ser adicto. Como lo señala Sinibaldi (2006) cuando las personas con VIH no se perciben como víctimas, sino como agresores que desafían a la sociedad, entonces existe el riesgo de que ni ellos ni la población general puedan manejar la enfermedad.

Moscovici (1981; citado en Nascimento, Fontes y Costa, 1995) considera los procesos de objetivación como centrales en el entendimiento de los orígenes de las representaciones sociales. Objetivar significa combinar un concepto con una imagen y del amplio mundo de palabras que circulan acerca de este específico objeto, tendiente a asociar el objeto con un significado concreto, trasladar la imagen que se tiene de los IVVS adictos a los que no lo son, incorporando al núcleo figurativo una estructura e imagen que reproduzcan un encuadre conceptual de atributos y características positivas y socialmente deseables en los pacientes seropositivos que fortalezcan su autoestima y mejoren sus relaciones interpersonales. Que el anclaje como proceso que vuelve familiar y habitual lo que no lo es, ocurra al perturbar en el interior de categorías cuya colocación provoque en los individuos una pequeña confrontación entre la información poseída y la novedosa, al buscar en una categoría juzgada la más justa con relación a la información. Esta operación permite a la información que entra identificar las características de la categoría que mejor le conviene, para reacomodar y reorganizar el sistema manteniendo su coherencia (Boggi e Iannaccone, 1993).

El estudiar desde esta perspectiva implica necesariamente considerar una gran cantidad de aspectos subjetivos y significados que un enfermo le otorga a la experiencia de vivir con y a pesar de un padecimiento crónico. Según Conrad (1987), para comprender esta situación se hace necesario explorar el significado de la enfermedad considerando la organización social del mundo del que sufre, así como sus estrategias de adaptación, las

teorías y explicaciones que las personas desarrollan sobre su estado, ya que todo ello influye en la forma de atención, sea o no médica, que proporciona a su padecimiento.

Si los profesionales de la salud no cuentan con información sobre las representaciones que los pacientes tienen respecto a su padecimiento, es muy posible que sus representaciones en torno al mismo no coincidan con las de los enfermos y las de los familiares de éstos. En palabras de Herzlich y Pierret (1988) la enfermedad del paciente no coincide con la enfermedad del médico. El estudio de las representaciones en el campo de los padecimientos crónicos facilita el acceso a las formas de pensamiento y de acciones que la gente común lleva a cabo, que deben ser importantes para los trabajadores de la salud. Principalmente porque estos conocimientos, sean compatibles o no con el conocimiento médico, tienen implicaciones significativas sobre la manera en que las personas atenderán su padecimiento, y en la aceptación, rechazo o indiferencia del manejo de su enfermedad prescrito por los profesionales de la salud. Si estos profesionales respetan y toman en cuenta las representaciones de los enfermos habrá mejoría en su relación con ellos, lo cual redundará en una mejor atención y manejo de la enfermedad, con el consecuente ahorro de recursos de diversos tipos para el sector salud, y para el enfermo, en un mayor control del padecimiento y sus consecuencias, la prevención de complicaciones y una mayor calidad de vida en general. Siguiendo también los hallazgos encontrados por Flores y Díaz (2000) al explorar la representación social de los conceptos normalidad y anormalidad en un grupo de profesionales de la salud mental.

Aún cuando las instituciones penitenciarias señalan dentro de su normatividad el respeto a los derechos humanos, en la práctica las violaciones o el incumplimiento de los mismos son frecuentes.

Dentro de las instituciones penitenciarias el personal médico no está capacitado para dar atención a pacientes seropositivos, en general hay de su parte apatía e indiferencia hacia quienes acuden a solicitar consulta médica, no sólo los IVVS, sino la población en general. También es pertinente mencionar que resulta insuficiente el número de médicos existente para atender al número de internos que se encuentran en los centros penitenciarios del Distrito Federal; por ejemplo, en la Penitenciaría del Distrito Federal, para una población de aproximadamente 2 500 internos hay 6 médicos en dos turnos (matutino y vespertino), cada uno da entre 10 a 15 consultas, en el Centro Femenil de Readaptación Social Santa Martha Acatitla para alrededor de 2 000 internas hay 2 médicos mujeres que dan entre 25 a 30 consultas al día (de 09:00 a 15:00 y de 16:00 a 20:00 hrs.).

La estigmatización es una forma de violencia, al ser una conducta potencialmente agresiva, las formas que adopta son diferentes, ya que pueden traducirse en agresiones físicas, gestuales, posturales, etc., dado que toda conducta es comunicación, lo esencial de la estigmatización es que comunica un significado agresivo (Sinibaldi, 2006).

El adicto vive la vida a través de la sustancia, hecho que genera el estigma de la exclusión social de la drogadicción; el estigma de consumidor de drogas actúa marcando negativamente la vida social del individuo, surge de la necesidad de censurar a aquellas

personas que se desvían de lo que es o no asumido como aceptable desde el punto de vista social y cultural, con capacidad para desacreditar a la persona consumidora de sustancias tóxicas en el intercambio social, se establece por comparación con los no consumidores y esta comparación sirve para fijar su posición social como alguien que es diferente e inferior. Socialmente no es sujeto de habla, ni de acción, no participa, no interviene, son los demás quienes desde posiciones superiores toman la palabra por ellos/ellas, su presencia genera desconfianza al ser percibido como un individuo que puede llegar a ser peligroso, existe una visión social negativa que legitima su exclusión, dando pie a la marginación, que supone implícitamente la decisión de prescindir de ciertos individuos, aquellos que se encuentran al límite o fuera de los límites del sistema social. Es contradictorio el discurso de los funcionarios respecto a su preocupación por el consumo de drogas que se da al interior de las cárceles por los problemas que surgen como consecuencia: riñas entre grupos que la controlan, lesionados o muertos como estrategia para el pago de la deuda en los consumidores, robo de pertenencias entre interno, hacia el personal técnico, jurídico y administrativo y hacia la visita familiar; porque es una práctica que continua siendo permitida dentro de los mismos por parte de ellos.

Para Wagner (1998) los miembros de un grupo elaboran colectivamente, en su práctica diaria grupalmente relevante, las reglas, justificaciones y razones de las creencias y conductas que son pertinentes para el grupo, tendrán que reelaborar sus reglas y elaborar nuevos conocimientos cuando se encuentren en conflicto con otros grupos o cuando se enfrenten con un nuevo fenómeno relevante que entre en conflicto con el conocimiento establecido. Para lograr lo anterior, es necesario movilizar la creencia de la no transmisión por contacto físico o convivencia, de lo cognitivo a las prácticas, disminuyendo el miedo, facilitando las interacciones y ampliando las redes sociales de apoyo para los IVVS.

Por un lado, las autoridades señalan una serie de acciones que se han tomado para contrarrestar los efectos del padecimiento entre los IVVS y aquellas medidas encaminadas a prevenir, en la vivencia cotidiana éstos no ocurren. Desde su posición de poder, existe de su parte una tendencia a depositar las responsabilidades en 'el otro', en vez de identificar lo que pueden hacer, como distribuir condones, información novedosa, enfocan su discurso en la necesidad de cambiar los comportamientos de los IVVS entre ellos el consumo de drogas, las instituciones se viven como si tuvieran una realidad propia, no como artefactos históricos socialmente construidos, y por lo tanto, susceptibles de ser modificado.

Algunas estrategias de intervención que se han diseñado en centros penitenciarios están enfocadas a generar un contexto que les permita a los internos seropositivos aprender a enfrentarse a problemas que no tiene que ver con el VIH/SIDA, creando espacios que faciliten la expresión de emociones, educar en el proceso de salud-enfermedad, entrenar hábitos saludables en el ejercicio de la sexualidad, como una manera de incrementar sus recursos para tomar decisiones relativas a su estado de salud.

El sistema de conocimientos de la representación se ancla en la realidad social regulando las interacciones grupales, al entrar en contacto con los sistemas representacionales preexistentes, innova y modifica, asignándoles sentido, sirviendo como un proceso de

instrumentalización del saber social, transformándose en un marco de interpretación de la realidad y ayudando a construirla, así, los funcionarios reconocen que el hecho de separarlos, ubicándolos en un dormitorio diferente, fue consecuencia del temor a que se expandiera el virus y se incrementará el número de infectados; sin embargo, con la intervención de la Comisión Nacional de Derechos Humanos a favor del respeto de los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA, en el sentido de no aislarlos por el hecho de ser seropositivos, el discurso se ha transformado en que esta separación conlleva la intención de protegerlos y evitar que sean agredidos por el resto de la población. En donde es posible observar un proceso de “deconstrucción-reconstrucción”; donde la representación social tiene una capacidad dialéctica que le permite movilizar, reacomodarse a nuevos eventos y nuevas experiencias, generando un proceso de desarticulación del pensamiento o de una conducta para dar paso a la articulación de nuevos modelos de comportamiento social (Flores, 1993).

Las representaciones sociales se encuentran enraizadas en la realidad social e histórica, al mismo tiempo que contribuyen a construir ésta (Herzlich, 1991) comprenden no sólo información sobre las concepciones colectivas de lo que constituye el enfermar, padecer y atender una enfermedad, sino también sobre cómo estos procesos fueron construidos y reelaborados a la luz de las experiencias personales y las compartidas, ya sea con otros enfermos, familiares, profesionales de la salud e instituciones.

El aumento en las sentencias y la extensión de las mismas provocó un incremento desmesurado en la población carcelaria que no ha podido ser subsanada con un ligero aumento de la infraestructura carcelaria, profundizando la precariedad de los programas de readaptación social. Así, la corrupción parece haber crecido, los recursos por interno han disminuido, el control interno de las cárceles está cada vez más en manos de pandillas y liderazgos de algunos reclusos, los programas de educación y reentrenamiento son poco efectivos. A esto se suma, que los presupuestos no alcanzan para cubrir las necesidades mínimas, siendo un problema no sólo de recursos sino de administración dentro de los centros penitenciarios.

La falta de planificación y recursos convierten a las cárceles de México en un espacio de castigo para pobres y marginados, en centros de abuso donde los derechos humanos no parecen ser claramente respetados, quienes terminan en la cárcel no son por lo general los delincuentes más peligrosos y sofisticados sino mayoritariamente quienes no pudieron corromper a las autoridades o no pudieron acceder una defensa adecuada. La falta de recursos financieros y de personal calificado, repercute en la carencia de sistemas de seguridad confiables y en la ineficiencia de las funciones de custodia, ya que éstas no se efectúan conforme a las leyes y reglamentos en vigor, propiciando altos niveles de corrupción en todas sus formas y modalidades: tráfico de influencias, rezago en la revisión de expedientes, introducción, venta y consumo de drogas, extorsión, comercio sexual, impunidad, violencia y hacinamiento.

El rol que oficialmente cumplen las cárceles en México son: 1) un instrumento de disuasión externa para aquellos que consideran cometer delitos, 2) un instrumento de contención y reducción de delitos, 3) un instrumento de castigo o retribución para penalizar

a quien comete ciertas violaciones a la convivencia y 4) un instrumento de rehabilitación y reinserción social para quienes la sociedad falló en proporcionar los medios adecuados para una exitosa participación social.º Este último punto resulta controversial cuando se analizan las condiciones en las que se encuentran la mayor parte de las cárceles en nuestro país, puesto que no cuentan con la infraestructura física, financiera y de recursos humanos para brindar a quienes se encuentran viviendo en su interior esas posibilidades.

El estudio de una representación permite aproximarse al significado que los colectivos sociales otorgan a su propia práctica, así como comprender los mecanismos mediante los cuales esa práctica se constituye a su vez en significado y cobra sentido con el marco cultural de interpretación. Se puede plantear que para el estudio de esta teoría es importante considerar la circularidad de los elementos en interdependencia que intervienen en la construcción de una representación social, considerando las creencias, la especificidad de los procesos cognitivos y las prácticas que dan sentido al reciclaje circular del significado en la cultura (Flores y Díaz, 2000).

La teoría de las representaciones sociales brinda un enfoque crítico y constructivo dentro de la psicología social al conferir importancia a las dimensiones sociales y culturales de los productos y procesos mentales permeando las esferas social y cultural y se adapta para aproximarse a los fenómenos complejos de la vida cotidiana. Considera que las diferentes versiones de la realidad construidas en la interacción social y en la comunicación contienen fundamentos históricos y culturales; una de sus principales herramientas son el lenguaje y las conversaciones como prácticas sociales; se interesa por las condiciones de producción y circulación, las formas, los contenidos y las funciones sociales del pensamiento colectivo, adentrándose en el sentido común. Es útil para conocer cómo se realiza la negociación de significaciones y significados en la construcción de visiones e interpretaciones del mundo social, acercándose a las condiciones sociales y culturales de las producciones de ese sentido común tomando en cuenta la pertenencia de los sujetos a grupos particulares.

Si bien el fenómeno del VIH/SIDA en las cárceles ha sido estudiado desde el punto de vista epidemiológico, en México esta investigación propone una perspectiva diferente para acercarse al mismo, un abordaje que permite observar cuáles son algunos de los elementos que componen a la representación, en su componente cognitivo, cómo se organizan estos elementos, cómo se ordenan en el área de la afectividad y el impacto que ésta tiene sobre la disposición favorable o desfavorable que emiten los internos e internas hacia quienes lo portan y lo han desarrollado, para entender las prácticas y contradicciones en la vida social al interior de los centros penitenciarios.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES

En el acercamiento a la producción discursiva de las personas que viven y trabajan en dos centros penitenciarios del Distrito Federal, se encontró que el contenido de la representación social del VIH/SIDA está fuertemente anclada en la práctica del consumo de drogas por parte de los internos e internas, pasando a un segundo plano el hecho de que sean portadores del virus, en razón de que dicha práctica genera trasgresiones al reglamento de los centros penitenciarios y se traduce en conductas no permitidas a partir de las cuales se establece diferencia en cuanto al trato y oportunidades que se brinda a los pacientes seropositivos.

El consumo de drogas resulta una práctica que impacta desfavorablemente en los ámbitos: el social, en términos de la dinámica institucional donde se ven involucrados todos los actores sociales que la conforman; y el individual, específicamente en el estado de salud de los IVVS al interferir con la adherencia terapéutica y acelerar la aparición del SIDA y en el caso de los no portadores, al implicar un elevado riesgo de transmisión del VIH ya que favorece el intercambio de relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas, donde el uso del condón no está asociado a esta práctica.

Para los cuatro grupos estudiados: internos e internas no portadores, internos que viven con VIH/SIDA, personal técnico y funcionarios, el tema del VIH/SIDA dentro de los centros penitenciarios resulta importante quizá porque aparece como una oportunidad para hablar acerca del consumo de drogas existente al interior de estas instituciones, del cual no se habla por sí solo, aunque se sabe que existe, pero que puede validarse su aparición en el discurso a propósito del VIH/SIDA. Así encontramos que la representación social del VIH/SIDA está fuertemente anclada a la práctica del consumo de drogas por parte de los internos e internas, pasando a un segundo término el hecho de que sean portadores del virus, debido a que dicha práctica genera trasgresiones al reglamento de los centros penitenciarios, traduciéndose en conductas no permitidas como la venta de droga, renta de estancias, venta de medicamento, alimentación especial y complementos vitamínicos que les brinda la institución a los internos e internas seropositivos. Las representaciones sociales tienen que ver con aspectos socialmente significativos, en la medida que movilizan emociones, mismas que se reflejan en las prácticas que se realizan, por ejemplo, el consumo de drogas por parte de los IVVS obstaculiza acciones de solidaridad, apoyo y respeto, fomentando la discriminación y el rechazo, no por el hecho de ser portadores del virus o enfermos de SIDA sino por el hecho de ser consumidores de drogas. Como componentes de la representación social, las creencias rechazan, reformulan y defienden dentro de los grupos, surgiendo un hecho que llama la atención, no encontrándose el consumo de drogas asociado al VIH/SIDA sino a los IVVS, lo que genera una imagen negativa de los mismos y les permite a quienes no son usuarios de drogas sentirse ‘protegidos’ de adquirir el virus por no pertenecer a ese grupo (el de los adictos), sin tomar en cuenta que tienen relaciones sexuales sin protección, poniendo en riesgo su salud. Una aplicación que esta teoría puede tener a nivel de intervención sería desarrollando programas de educación por pares, donde los propios internos e internas sean capacitados y concientizados para transmitir al resto de sus compañeros conocimientos orientados a cambiar actitudes, pasando de los grupos de

identidad a cuya pertenencia está asociado el riesgo de adquisición del VIH a la identificación de prácticas realizadas que conllevan ese riesgo, separando la imagen del adicto de la imagen del portador de VIH o de quien ha desarrollado SIDA, brindando oportunidades de descubrir sus valores respecto a los comportamientos saludables y la jerarquía que han dado a éstos, reemplazando a representaciones sociales que no favorezcan mejorar su calidad de vida en reclusión.

Algunas investigaciones (Fornons, 2000; Arroyo, 2002; Gómez, Arroyo, Bedia, Ferrer, García, Gutiérrez y Martín; 2003 Arroyo, Esteban y Duato 2005) han demostrado que las creencias y los valores relativos a la salud y la enfermedad son diferentes entre las personas recluidas si se comparan con el resto de la población, por este motivo se considera necesario estudiar las creencias propias de la subcultura penitenciaria, y el indagarlas a la luz de la teoría de las representaciones sociales ha resultado sumamente nutritivo como un paso previo a un intercambio provechoso entre quienes están interesados en la promoción de hábitos saludables y la población a la que va dirigida en el contexto penitenciario, donde esta se caracteriza por pertenecer mayoritariamente a grupos de exclusión social quienes poseen, por lo general, poca información acerca de temas sanitarios o pocos recursos para llevarlos a cabo, manteniéndose alejados de los servicios gubernamentales o privados, siendo más vulnerables a la adquisición o desarrollo de enfermedades. Donde la estancia en prisión les permite una accesibilidad a estos servicios que desaparece cuando ellos salen de la misma. Entender en términos de sentido común cómo se conceptualizan las enfermedades para comprenderlas y favorecer la prevención, indagar acerca de las significaciones, los valores y las creencias acerca del VIH/SIDA, de la sexualidad, para encuadrar las prácticas sexuales, debido a que las elecciones y las decisiones están sostenidas en gran medida en esas construcciones. Sólo tendiendo acceso a ellas podremos desarrollar estrategias efectivas de intervención y prevención en estos escenarios tan complejos. Por ejemplo, la existencia en el centro varonil de internos en fase de SIDA algunos de los cuales han perdido la vida y el estado físico desmejorado que presentan la mayoría de los seropositivos cristalizan la imagen de 'mortal' existente en su discurso, sólo logrando la materialización de los aspectos preventivos como el uso del condón en los intercambios sexuales podrán favorecerse prácticas sexuales saludables en esta población.

Para explorar el significado que asignan los IVVS al consumo de drogas, el uso de la teoría de las representaciones sociales permitiría generar intervenciones exitosas que lo modifiquen y se reflejen en la adopción de un estilo de vida a través del cual los internos e internas seropositivos incrementen su calidad de vida aún estando en reclusión. Dirigir los esfuerzos hacia la vivencia de los sujetos como participantes cautivos en el proceso de prevención, como una alternativa que les permita construirse y actuar con responsabilidad en el cuidado de su salud, generando prácticas saludables y preventivas en el ejercicio de su sexualidad, introduciendo pequeños cambios en su representación social, principalmente en lo que respecta a la percepción de riesgo, incorporando el reconocimiento de las relaciones sexuales sin protección como una práctica real que facilita la adquisición del virus. Recordemos que el encierro es un momento importante para tomar contacto con la población y trabajar tanto aspectos vinculados a la promoción de prácticas de cuidado para evitar infecciones y reinfecciones por VIH, como para mejorar la adherencia al tratamiento

en aquellas personas que viven con VIH/SIDA. La detención y permanencia en prisión ha sido para algunos la oportunidad para conocer su estado serológico y entrar en contacto con servicios de salud. Una alternativa de intervención pudiese ser el desarrollo de habilidades de afrontamiento que les ayuden a mantener la sensación de control sobre su vida y les permita encontrar el suficiente bienestar psicológico en ella como para evitar que se droguen, incrementar su percepción de control de la enfermedad, eliminando percepciones erróneas y de no control (“no puedo hacer nada”, “no depende de mi”) para disminuir los síntomas depresivos y ansiosos que presentan y que favorecen el consumo de drogas. La adquisición de prácticas saludables por parte de los IVVS favorecería la materialización de la creencia que los describe como seres humanos y permitiría a quienes conviven con ellos, tanto internos e internas como personal médico, técnico y de seguridad, brindarles mayores oportunidades de mejorar su calidad de vida al extenderse sus redes de apoyo social, siendo lo que ocurre con quienes son portadores pero no consumidores de droga.

En el caso de los funcionarios y el personal técnico, las representaciones sociales, permiten a los individuos enfrentar el miedo o la incomodidad que produce lo extraño y lo desconocido de la realidad, que se ha traducido en estos centros en prácticas de aislamiento y discriminación negadas en el discurso pero existentes en lo cotidiano; por un lado, la existencia de un dormitorio donde se concentra a los IVVS y por el otro, el negarles la posibilidad de tener su visita íntima en el edificio destinado para ello en el centro varonil. La idea del castigo, que rige la dinámica de los centros penitenciarios choca con las nociones referentes a la promoción de la salud, y la inadecuación de las políticas de salud penitenciaria, obstaculizan el ejercicio de prácticas sexuales saludables, por ejemplo, es la dificultad para acceder a los condones dentro de estas instituciones. Por este motivo, resultaría importante desarrollar estrategias de intervención cuyos objetivos sean: a) proporcionar a los profesionales que laboran en estas instituciones, herramientas para la reflexión sobre su visión del paciente adicto desde la perspectiva de salud, sobre el papel de los servicios de tratamiento y del propio rol que juegan ellos en la prevención del VIH/SIDA; b) brindarles conocimientos y habilidades sobre aspectos teóricos y prácticos de la modificación de conductas y su aplicación en poblaciones de usuarios de drogas para disminuir las prácticas de riesgo de transmisión del VIH y desarrollo de SIDA. Por otro lado, un punto angular es el involucramiento de autoridades sanitarias y penitenciarias para facilitar el acceso a procedimientos de diagnóstico y servicios de consejería, la distribución gratuita de preservativos, identificación de situaciones de riesgo que deben ser atendidas, la modificación de los objetivos orientados a la abstinencia en el uso de drogas hacia los modelos orientados en reducción de daños y sensibilizar e informar a la población interna, a los visitantes y al personal penitenciario.

Alcances y limitaciones

La técnica de la observación no participante resultó angular en esta investigación al permitir observar cómo se desenvuelven los grupos durante sus actividades, cómo interactúan, acceder a la naturaleza del escenario físico para explicarlo y contextualizar toda la información recopilada durante las entrevistas fue muy importante porque se buscaba una

aproximación comprensiva del fenómeno de investigación, principalmente porque la cárcel resulta un escenario muy complejo.

Debido a contratiempos que surgieron durante el transcurso del trabajo de campo en el ámbito de la seguridad institucional en la Penitenciaría del Distrito Federal (por presentarse la fuga de un interno) no fue posible entrevistar al personal de seguridad, siendo el grupo que no tuvo representantes en nuestra muestra; hubiese sido deseable e interesante escuchar también sus creencias y conocer su posición frente al fenómeno del VIH/SIDA, ya que ellos conviven con los internos e internas las 24 horas que dura su jornada laboral al estar asignados directamente a los dormitorios donde se encuentra la población, como una forma de contar con el discurso de todos los actores sociales involucrados en la dinámica de los centros penitenciarios para redondear la representación social existente acerca del VIH/SIDA.

Otro grupo que pudo haber brindado elementos fue el de los familiares de los internos y las internas que viven con VIH/SIDA, quienes establecen un matiz particular a la vivencia del ser seropositivo y estar en la cárcel; sin embargo, por la dificultad de acceder a ellos no se contempló entre los aspectos metodológicos de esta investigación.

Sugerencias

Las técnicas utilizadas brindaron un primer acercamiento al fenómeno del VIH/SIDA dentro de dos centros penitenciarios que cuentan con población seropositiva, la información recopilada podría utilizarse para el desarrollo de un instrumento estandarizado que permita la utilización de una muestra más amplia y la aplicación del mismo en aquellos centros que no cuentan con espacios físicos para personas seropositivas para establecer similitudes y diferencias en cuanto a los elementos que conforman la representación social, generándose una visión más amplia y completa de este fenómeno, al incluirse otros centros penitenciarios con sus características particulares.

Indagar las construcciones y significados existentes alrededor del tema entre los familiares de los internos e internas mediante grupos focales o entrevistas individuales aportaría quizá otras vertientes que no han sido contempladas entre los hallazgos del presente trabajo.

Anexo 1. Carta de consentimiento

La presente es una invitación para que participe en esta investigación realizada por la Universidad Nacional Autónoma de México como voluntario, por lo cual no se proporcionará ningún tipo de remuneración económica ni de servicios.

La información obtenida a través de sus respuestas será utilizada con fines de investigación para la creación de un instrumento que permita evaluar los conocimientos y actitudes del VIH/SIDA dirigido a personas que viven en centros penitenciarios.

Toda la información es anónima, garantizando que no se revelará la identidad del informante sin previo consentimiento del mismo, debido a que se trata de participar en un grupo de discusión, se requiere su autorización para la grabación de dichas entrevistas.

Acepto participar

Nombre y firma

Fecha: _____

Anexo 2. Guía de entrevista para los grupos de discusión

1. ¿Qué conocen sobre el SIDA?
 - ¿Cómo se transmite?
 - ¿Cómo no se transmite?
 - ¿Cómo se cura?
 - ¿A quién le puede dar?
 - ¿Cómo se previene?

2. ¿De dónde han obtenido la información que tienen?

3. ¿Cómo han vivido el fenómeno del VIH/SIDA dentro de esta institución?
 - ¿Cómo se sienten sabiendo que hay un dormitorio asignado para portadores del VIH y enfermos de SIDA?
 - ¿Conviven o tienen contacto con las personas que pertenecen a ese dormitorio?
 - ¿Cómo es su relación con estas personas?

4. ¿Conocen a alguna persona que sea portador del virus del VIH o haya desarrollado SIDA?
 - ¿Cómo se contagió esa persona?
 - ¿Qué sentimientos o emociones les provoca el convivir con esa persona?

Anexo 3. Guía de entrevista para internos con VIH/SIDA

1. ¿Cuándo le diagnosticaron el VIH?
2. ¿Cuál fue su reacción ante el diagnóstico?
3. ¿Cómo reaccionó su familia?
4. ¿Cómo se comportan con usted los demás internos que no son portadores?
5. ¿Cuál es el trato o la relación que lleva usted con quienes sí son portadores?
6. ¿Cómo ha cambiado su vida al saberse seropositivo?
7. ¿Cuál es la calidad de la atención y médica que brinda esta institución a los pacientes VIH?
8. ¿Recibe en tiempo y forma adecuados sus medicamentos?
9. ¿Cuál es el trato que le brinda el personal de seguridad y custodia, los funcionarios y el personal técnico?
10. ¿Quiénes lo visitan? ¿Ha cambiado su relación con su visita, con su familia?
11. ¿Qué tan informado siente que se encuentra con respecto a su padecimiento?
12. ¿Cuáles son sus necesidades como paciente VIH?
13. ¿Qué medidas existen en esta institución para prevenir que el VIH se transmita?
14. ¿Qué medidas se llevan a cabo para evitar que quienes portan el VIH desarrollen SIDA?

Anexo 4. Guía de entrevista para personal técnico penitenciario

1. ¿En qué consisten sus funciones en este dormitorio?
2. ¿Cómo asignan al personal responsable de este dormitorio? ¿Qué criterios utilizan?
3. ¿Qué tipo de capacitación recibe para ser ubicado en esta área? ¿Qué elementos deberían incluirse en la capacitación?
4. ¿Cómo es el trato que se le brinda a las personas seropositivas dentro de la institución a nivel de los servicios existentes?
5. ¿Existen ‘cuidados especiales’ para estas personas?
6. ¿Podría describir a grandes rasgos cómo se comportan las personas con VIH? ¿Cómo actúan entre ellos y hacia los otros?
7. ¿Se comportan diferente ante el personal como usted o los funcionarios?
8. ¿Cómo es su convivencia con la visita familiar? ¿Quiénes vienen a verlos? ¿Qué trato le dan estos internos a su visita?
9. ¿Qué emociones o sentimientos le genera la convivencia con estas personas?

Anexo 5. Guía de entrevista para funcionarios

1. ¿Qué tan importante es este fenómeno al interior de estos centros?
2. ¿Cuáles son las medidas de tratamiento para las personas que viven con VIH/SIDA?
 - ¿Qué obstáculos enfrentan para llevarlas a cabo?
 - ¿Cómo responden los pacientes ante estas medidas?
3. ¿Qué estrategias de prevención promueven?
 - ¿Han sido efectivas? ¿Por qué?
 - ¿Cómo responde la población ante ellas?
4. ¿El programa de atención y prevención que se lleva a cabo está basado en qué documento oficial para sustentarse?
5. ¿Cuáles serían los aspectos más urgentes de solucionar ante esta problemática?
6. ¿Qué impacto tiene esta problemática en la dinámica de los centros penitenciarios?
7. ¿Cuáles son sus sugerencias para intervenir e incidir en esta problemática?

Anexo 6. Características de los internos e interna seropositivos entrevistados

Característica	P1	P2	P3	P4	P5
Sexo	Varón	Varón	Varón	Varón	Mujer
Edad	24 años	30 años	32 años	33 años	23 años
Nacionalidad	Mexicana	Mexicana	Mexicana	Mexicana	Holandesa
Escolaridad	Bachillerato	Bachillerato	Primaria	Secundaria	Bachillerato
Delito	Violación equiparada	Violación a la ley general contra la delincuencia organizada	Robo agravado	Robo simple	Delitos contra la salud en su modalidad de posesión de clorhidrato de cocaína
Sentencia	27 años 3 meses 20 días	15 años 6 meses	2 años 8 meses	5 años 6 meses	15 años 6 meses
Calidad delincencial	Primodelincuente	Primodelincuente	Reincidente	Reincidente	Primodelincuente
Antecedentes de consumo de drogas	Experimentó con marihuana y alcohol	Niega	Marihuana, cocaína empiedra, psicotrópicos	Marihuana, cocaína empiedra, psicotrópicos	Niega
Consumo actual	Niega	Niega	Acepta	Pos periodos	Niega
Dónde se encontraba al momento del diagnóstico	Libre	Libre	Libre	Reclusión	Reclusión
Reconocimiento del estado seropositivo	Si	Si	Si	Si	No
Actualmente toma medicamento retroviral	Si	Si	Si	Si	No
Recibe dieta alimenticia	Si	Si	Si	Si	No
Actualmente tiene pareja	Si	Si	No	No	No
Recibe apoyo psicológico	Ocasionalmente, una vez a la semana o cada 15 días	No	No	No	No
Se siente informado respecto al tema	Sí	Si	Sí	No	No
Apoyo de la familia	Si	Si	No	No	No
Recibe visita familiar	Si, cada 15 ó 20 días	Si, 3 ó 3 veces por semana	Esporádica, cada 4 ó 5 meses	Ocasional, cada 2 meses.	No recibe
Desea apoyo psicológico	Sí	Si	No sabe	No sabe	No

Participación institucional	Grupos religiosos, escuela, trabajo y cursos técnicos	Ninguna	Grupos religiosos	Escuela y trabajo	Escuela
Problemas de segregación por castigo	No	No	Deudas por droga, riñas, robos a otros internos	Deudas por droga, riñas, robos a otros internos	Venta de droga y riñas

Anexo 7. Palabras y derivados que conforman el listado de vocabulario específico relacionado con el VIH/SIDA en el discurso de los internos e internas no portadores entrevistados.

Clase I	<p>Relaciones sexuales(39), pued+(52), contagia+(21), transfusiones_sangr(14), transmit+(24), cur+er(17), prevenir.(11), contacto_sexual(11), cuidado+(13), dar(25), jeringa+(11), mortal+(11), sangre(13), sida(27), teniendo(15), usando_condon(10), usar_condon(9), incurable+(5), condon+(9), contagiada+(7), cualquier+(14), cuidarse(8), del(22), embarazada(5), entendido(6), escuchado(5), infectada+(11), instrumento+(5), madre(5), medio+(12), pareja+(16), prevencion+(7), relacion_sexual(6), revistas(7), sexo(6), sexualidad(5), sindrome_inmunodefici(6), sin_proteccion(7), tener(33), tiene+(30), transfusion+(8), transfusion_sanguin(6), tratamiento+(5), traves(9), television+(12), medica<(5), aguja+(5), contagiarse(8), contaminada+(5), cuerpo(6), curso+(11), dan(7), desarrolla(4), edad+(5), esposa(4), evitar(4), fecha(4), informarse(4), material+(3), medidas(5), mujer+(10), precaucion+(8), prevenirlo(3), principalmente(4), progresiva(3), propenso+(4), rastrillo+(3), respeta(4).</p>
Clase II	<p>ello+(34), rechazo(10), contrario(12), dice+(10), siente+(6), ves(5), prim+er(4), top+er(3), al(22), apoyarlos(5), contagiar+(9), digo(4), dio+(5), pero(25), seria(10), sino(9), tratar(6), tristeza(10), uno+(24), termina+l(3), salir(5), alguien(4), conciencia(5), gusto(4), humano+(6), momento+(8), morir(4), pasar+(4), piel(2), sientan(2), todo+(18), vez(8), viviendo(3), ya(21), sentir.(5), ayudarlo+(3), dificil(4), fase(3), modo+(3), mucha+(12), pesar(3), tal(3), temor(3), tienen(15), vamos(4), veces(10), caus+er(4), exist+er(2), cultur<(1), aislan(2), andar(2), animo(1), aprend+(2), baja(1), fuer+(3), haria(2), llega(3), lo(38), muy(13), propio+(1), querer(2), tratan(2), vaya+(3), mir+er(2), algo(8), and+(2), hacia(3), mama(2), poblacion(4), respecto(2), sienten(2), tendria(2), unico(2), vivo+(2), pu+er(10), triste+(1), alguno+(3), apoyo(3), clase+(1), cuidarme(1), estado+(3), estuvier+(2), habla(1), hago(2), informado+(2), ir(2), mundo(3), pasa(1), pensar(2).</p>
	<p>Important+(8), investig+(8), conviv+ (8), sobre+(10), ayudar(7), dinero(10), esto+(11), inquietud(6), tema+(7), correcta(4), cuidamos(4), darl+(7), debe+(12),</p>

Clase III	<p>educacion(6),niñ+(6), materia(6), propagar(4), pueblos(4), san+(6), grand+(2), responsa+(4), ahi(10), ciencia(2), compartir(2), empieza(4), enfermo+(5), esa+(19), falta(4), futuro(2), gastando(2), impacto(4), informan(3), informarnos(2), libro+(8), luchar(2), medicina+(6), miles(4), mundial(2), nosotros(11), ocupa(2), otro+(9), pequeno+(2), platica+(6), pobreza(2), podria(4), vicio(2), mas(25), cre+(2), par+(24), acerca(6), centro+(3), conoc+(7), contagian(2), creo(12), da(10), desde(5), ejemplo(3), enterado+(2), manera+(5), poco(9), queridos(2), tele(4), telefono(2), los(23), lugar+(10), pienso(6), pudieran(1), rechazado+(1), ser+(8), tanto+(6), partir.(4), ayudamos(2), ayud+(2), cada(3), estemos(2), esten(5), gasta(2), hace+(12), haciendo(4), infectado+(2), necesaria+(2), obligatoria(2), podemos(4), sean(2), siendo(2).</p>
Clase IV	<p>problem<(20), aqui(31), ellas(31), nosotras(19), amiga+(11), dormitorio+(17), toda+(21), ademas(10), companera+(7), conozco(12), llevo(7), platicamos(9), las+(42), visit+er(6), carino(7), como(38), convivi+(16), estancia+(5), hacemos(6), valorar (7), muchachas(6), ningun+(13), puedo(9), respeto(5), trato(6), norma+l(7), vive+(4), enferm+er(7), con+(50), amistad(7), apoyamos(4), asi(19), convivencia(4), convivo(3), demas(8), estamos(13), familia+(13), hubiera(4), igual+(10), juntas(3), libertad(4), limpia+(4), nadie(6), no(63), nuestra+(10), queremos(4), rato(4), sentimiento+(5), somos(10), soy(4), tenian(5), tepepan(8), vienen(4), mettre.(4), apoyar(3), casi(4), convivimos(2), cosa+(11), feo(5), parece+(4), quien+(9), respetar(3), siquiera(3), sola+(5), tengo(14), trabajador+(3), tuvieran(4), afecto(3), buen+(6), carcel(3), chava+(3), eso+(21), estar(9), nunca(4), solo+(10), yo(41), chica+(2), gustaria(3), hablaba(2), hablo(2), hacerl+(2), necesitamos(2), algun+(9), contagio(5).</p>
Clase V	<p>autoridades(9), informacion+(31), interesa+(5), siento(15), adecuada+(5), contagiamos(4), exclusivamente(4), recomendaria(4), ese(14), ignorancia(5), programas(6), tenemos(9), explicit+er(2), ahor+(4), antes(5), aspecto+(2), buscar+(4), caso+(4), curarlos(2), dado(5), difundir(2), falta_informacion(2), formar(2), gay(3), gobierno(4), informar+(4), llevar(4), machista(2), motivados(2), necesidad+(4), nuestro+(6), provoca(4), sabemos(4), segu+(3), sociedad(5), tipo(10), tuvieramos(2), vivimos(2), actualidad(2), afecta(4), aislado+(2), aparte(2), aquellos(2),</p>

	<p>aunque(4), deci+(6), dia+(4), enfermar(2), gente+(11), grupo+(2), lado+(2), moralmente(2), podrian(2), saludarlos(2), verdad(4), opinion+(2), homosexu<(3), adelante(2), busca(2), comercial+(2), companero+(4), comunidad(2), conciente+(3), contamos(2), den(2), desgraciadamente(4), desinformacion(2), discriminan(2), fisico(2), han(4), invertir(2), lleguen(2), nada(10), puedan(2), sirve(2), traten(2), vemos(2).</p>
<p>Clase VI</p>	<p>Dijo(6), era(13), estaba(9), reclusorio(6), tenia(9), dos(6), deprimente(5), dolor+(4), dije+(7), entere(3), fase_terminal(3), hospital(4), llegue(4), sentia(4), toco(3), verlo+(6), papa+(2), ver+(8), cigarro(2), despues(3), fue(6), iba(4), murio(3), platicando(4), tuve(5), latent+(1), vari+er(3), amigo+(4), chavo+(2), cuando(13), cuenta(3), estaban(3), estudio+(2), hasta(7), hija(2), junto+(3), poder(4), quiero(4), trabajar(1), traen(1), vale(2), voy(5), ano+(4), daba(2), daban(2), eran(2), experiencia+(3), medico+(3), peor(2), queria(2), simple+(2), hicier+(2), veia(2), aller.(8), droga+(2), el(20), entonces(3), fuerte+(2), miedo(1), platicar(2), cal+er(2), form+er(3), cierto+(2), cual+(2), habia(2), luego(2), sabe+(5), servicio_medico(2), viene(2), vid+er(3), acaba(1), adultos(1), dicen(1), dier+(1), incluso(1), malestar+(1), mano+(1), muerte(1), oportunidad(1), poquito(1), portador+(1), tuvo(1), valorar(1), visitar(1).</p>

Anexo 8. Palabras y derivados que conforman el listado de vocabulario específico relacionado con el VIH/SIDA en el discurso de internos que viven con VIH/SIDA entrevistados.

Clase I	antes(6), hecho(7), mama(8), tenia(7), poner.(8), aliment+(3), conmigo(4), donde(4), habia+(5), hacia(3), viene(4), voy(5), cada(3), cuenta+(4), cuidado+(3), hermana+(2), positivo+(3), siempre(3), tiempo(3), después(4), fue(5), cambio(3), cuida+(1), hermanos(3), iba(2), solo(2), todo+(6), salir(2), así(5), cuidarme(2), debe+(2), dia+(3), dijo(2), droga+(2), entonces(5), hospital(2), nunca(1), por(7), procuro(2), salud(3), sido(1), sino(3), tuve(2).
Clase II	companero+(6), ningun+(5), trato(6), normal(5), alguna+(2), alguno+(5), cualquier+(2), cuando(8), demás(3), diferencia(3), ellos(7), han(3), interno+(6), ir(3), manera(3), poco(5), respeto(2), sentido+(4), al(8), hace(4), partir.(2), cierto+(2), como(11), dejan(2), dij+(2), enfermo+(1), los(13), muy(6), nosotros(1), portador+(2), somos(1), veces(2), verdad(1), ese(5), familia(4), mismo+(4), vih(5), andar(1), apoyo(3), aunque(1), controlado+(1), cuanto(1), medico+(2), person+(4), pienso(2), sabia(1), seria(1), sin(4), tema(2), tenido(1), tiene+(4), uno+(6), ven(2).
Clase III	puede+(16), enfermedad(8), quien+(4), tanto(4), acceso(10), algo(6), medicamento(7) caso+(4), eso+(12), est+(11), gente(6), conseguí+(8), medida+(6), institución(5), sea(3), servicio _ médico(3), sida(8), también(7), una+(11), ir(5), formas(4), ahí(4), carga(3), hay+(11), otra+(4), puedo(2), relacion+(2), ser(5), tratamiento(2), vez(2), viral+(3), hacer+(5), mas(12), caus+(1), , cosa+(4), deje+(1), físico(1), mucho+(10), poder(1), siente+(1), situación(4), trabajo+(1), principal(2), par+(10), pu+(6), bueno+(3), buen+(2), da(2), deben(2), estar(4), esto+(2), morir+(3), mucha+(3), pero(12), porque(13), saben(2).
Clase IV	enferm+(5), embajada(5), nada(8), estoy(6), población(3), aquí(6), doctor+(3), tengo(6), toda+(3), tomo(2), lugar(2), mejor(1), necesito(2), quiero(2), cas+(1), gusta(1), hacen(1), luego(2), medicina+(1), necesidad+(1), pasa+(1), receta+(1), creo(2), dan+(2), siento(3), ver+(1), ahorita(1), atención(1), dice(1), dicen(1), dicho(1), escuela+(1), están(1), hicieron(1), hijo+(1), igual(1), madre+(1), no(10), tener(2), tomar(1), vienen(1).

Clase V	<p>estaba(10), todavía(6), reclusorio(4), dos(3), clínica(2), era(4), internet(2), vivi+(5), cal+(2), ahora(3), conciente+(2), del(6), información(4), mandar+(1), trajeron(1), ya(8), yo(13), noticia(2), vamos(2), vida(2), estudio+(2), resultado+(2), acerca(1), año+(3), aun(1), deci+(2), hasta(2), labor+(1), libros(1), único(1), buscar(1), difícil(1), digo(1), el(8), lo(8), momento(2), recib+(1).</p>

Anexo 9. Palabras y derivados que conforman el listado de vocabulario específico relacionado con el VIH/SIDA en el discurso de los funcionarios y el personal técnico entrevistados.

Clase I	<p>Vida(10), tratamiento(11), medica+(12), numero_copias_virales(13), aquellos(6), el(24), medida+(5), pacientes(7), retrovirales(4), tiran(5), alguno+(4), calidad(4), cuenta(4), mayoría(5), nivel(5), pueden(4), vih(5), cabo(3), han(6), infectada+(3), poca+(3), porque(12), portador+(3), segu+(3), tienen(8), par+er(20), da(3), del(9), hemos(3), mucho+(5), puedan(3), vender(3), al(10), ello+(12), encuentran(2), indicacion+(2), laboral+(2), mejor(2), recib+(1), relaciones_sexuales(1), sobretodo(4), tomar_medicamento(2), venden(2), actividad+(2), ahí(3), algun+(5), apoyo(2), aquí(4), atención(3), atención_médica(1), centro+(3), condicion+(2), cuidar+(1), desde(2), están(6), farmacia(1), funcion+(2), lo(13), mayor(2), ocasiones(2), padecimiento+(2), penitenciario+(2), poder(3), prefieren(2), programa+(1), tipo+(2), visto(2).</p>
Clase II	<p>Dinero(6), visit+(9), aliment+(7), familiar+(6), genera+l(4), conductas_irregulares(6), dia+(4), dieta+(5), droga+(6), estancia+(4), hacia(4), agresiones(2), area+(3), conductas(3), dan(3), donde(3), tal+(3), tener(3), caso+(4), igual(2), llevamos(2), proporcionan(2), quien+(4), las+(12), adiccion+(4), embargo(1), interno+(6), otro+(5), por(10), sin(1), adictos(2), cierto+(2), decir+(2), ejemplo(2), jurídico(2), sino(2), solicitudes(2), ven(2), socia+l(2), ante+(3), curso+(3), deben(1), dormitorio+(3), esa+(3), ese(3), familia(2), hay+(7), hospital(1), los(15), prevención(1), propia+(1), rol(1), sida(2), temor(1), tiempo(1), todo+(3), trato+(1), vienen(1).</p>
Clase III	<p>Ellos(8), algo(5), chantaje+(6), cuando(15), demas(7), est+(17), ningun+(5), nosotros(4), siempre(6), vez(5), ver+(7), ir.(6), form+(7), grupo(4), hacen(4), menos(4), meses(4), nosotras(10), pero(19), person+(13), prepotente+(4), situacion+(8), veces(9), con+(27), entonces(5), hacemos(3), hasta(3), mismo+(5), no(40), piden(3), seria(3), tampoco(3), yo(10), dos(2), partir.(4), asi(4), cosa+(7), cualquier(4), cuentan(2), embajada(2), estamos(4), femenino(2), momento(2), poco+(4), somos(2), también(7), tecnico+(4), tenemos(4), ves(4), viene(2), problem+(2), agresivos(3), aunque(2), beneficio+(2),</p>

	buen+(2), cada(2), capacitación(2), casi(2), contacto(2), dentro(2), eso+(10), estar(3), hace+(9), interes+(2), llegan(2), llevan(3), llev+(2), lugar+(1), medico+(6), mujer+(1), nada(2), otra+(8), pienso(3), respeto(3), seman+(2), solo(4), supongo(3), toca(3), toda+(6), trabajo(4), tranquila(2), transmit+(2), tratan(2), uno+(3).
Clase IV	Enfermedad+(15), falta_mucha_informacion(19), sobre+(4), important+(5), conciencia(4), contagia(3), principalmente(4), puede_dar+(12), prevenir.(3), deberia(2), ejercicio+(3), especial+(3), parece(4), platicas(4), servicio_medico(3), ser(4), caracteres+(1), cultur+(2), condon+(1), creo(4), desafortunadamente(1), facilidad(2), gente(3), respecto(2), salud(6), todavia(2), una(9), acerca(2), anos(2), como(10), debido(2), esto+(3), poblacion+(5), seropositivos(2), mas(8), prim+(1), bastante(1), conocimiento+(1), cual+(2), cuanto+(3), edad(1), evitar(1), institucion+(2), tema+(2), tercera(1), tiene(2).

REFERENCIAS

- ✓ Abric, J. (1976). Méthodologie et étude expérimentale des représentations sociales : tâche, partenaire et comportement en situation de jeu. *Bulletin de psychologie*, 29, 735-746.
- ✓ Abric, J. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousste: Duval.
- ✓ Abric, J. (1993). Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on Social representations*, 2 (2), 75-78.
- ✓ Abric, J. (1994). L'organisation interne des représentations sociales en Guimeli, R (edit.) *Structures et transformations des représentations sociales*. Lausanne : Delachaux et Nestlé.
- ✓ Abric, J. (1996). Specific processes of social representations. *Papers on social representations*, 5 (1). 77-80.
- ✓ Abric, J. (2004). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán - Ambassade de Francia-CCCIFAL.
- ✓ Act Up. (1995). Quince medidas de emergencia contra el SIDA. En Llamas, R. (comp.) *Construyendo Sidentidades*. Madrid: Siglo Veintiuno.

- ✓ Aggleton, P. y Dowsett, G. (1999). Young people and risk- taking in sexual relations. En ONUSIDA (comp.) *Sex and Youth: Contextual Factors Affecting Risk for HIV/AIDS, A Comparative Analysis of Multisite Studies in Developing Countries*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

- ✓ Albarracín, D.; No, R.; McNatt, P.; Williams, W.; Rhodes, F.; Malotte, C.; Bolan, G.; Hoxworth, T.; Zenilman, J.; y Latesta, M. (2000). Structure of Outcome Beliefs in Condom Use. *Health Psychology*, 19 (5).
- ✓ Allansdottir, A; Jovchelovich, S. y Stathopoulou, A. (1993). Social representations: the versatility of a concept. *Papers on Social representation*,. 2 (1), 3-10.
- ✓ Alvaro, E. y Vegue, M. (2000). Situación actual de los tratamientos con metadona en prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2, 77-82.
- ✓ Arroyo, J. (2002). "Tuberculosis en prisión. Comparación de las claves culturales de esta enfermedad desde dos perspectivas: la de los sanitarios penitenciarios y la de los reclusos". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 4, 40-57.
- ✓ Arroyo, J. y Aso, M. (2000). Conocimientos y actitudes sobre el SIDA entre los funcionarios penitenciarios. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 1, 8-13.
- ✓ Arroyo, J.; Aso, M.; Fernández de la Hoz, K. ; Otal, F. y Febrel, M. (1998). Adherencia a la quimioprofilaxis antituberculosa: empleo de técnicas de marketing sanitario y educación para la salud en el medio penitenciario". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 1, 7-11.
- ✓ Arroyo, J., Esteban, A. y Duato, A. (2005). "Diseño de materiales gráficos como herramienta de educación para la salud en el módulo de mujeres de la prisión de Zuera". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 7, 33-38.
- ✓ Arruda, A. (2000). Representaciones sociales y cultura en el pensamiento ambientalista brasileño. En Jodelet, D. y Guerrero, A. (comp.) *Develando la cultura: estudios en representaciones sociales*. México: U.N.A.M.

- ✓ Avinó, A.; Bustamante, R.; González-Aracil, J.; González, F.; Paredes, J. y Pitarch, M. (1999). Programa Llunas: una guía de intervención para la promoción de sexo más seguro en el medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 1, 88-92.
- ✓ Baerveldt, C. y Verheggen, Th. (1999). Enactivism and the experiential reality of cultura: rethinking the epistemological basis of cultural psychological. *Culture & Psychology*, 5, 183-206.
- ✓ Banchs, M. A. (1990). Las representaciones sociales: sugerencia sobre una alternativa teórica y rol posible para los psicólogos sociales en Latinoamérica. En Jiménez, B. *Aportes críticos a la psicología en Latinoamérica*. Guadalajara: UdeG, 183-221.
- ✓ Banchs, M. (1996). El papel de la emoción en la construcción de representaciones sociales: una invitación para una reflexión teórica. *Papers on Social Representations*, 5 (2), 113-125.
- ✓ Banchs, M. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on Social Representations*, 9(3) 1-15.
- ✓ Bayés, R. (1994). "Psicología y SIDA". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (2) 123 - 139.
- ✓ Bergman, M. (1999). Would the real social representations please stand up? Three levels of analysis of social representations of European American and Mexican American identity. *Papers on Social Representations*, 8 (1), 61- 75.
- ✓ Bimbela, J. (1994). SIDA y comportamientos preventivos: el modelo PRECEDE. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (2) 151 - 157.
- ✓ Bimbela, J. (2000). Herramientas para una intervención realista inmediata que promueva la educación para la salud respecto al VIH en el ámbito penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2. 117-120
- ✓ Bodon, J. y Hurtado, G. (1997). La identificación masiva al significativo 'Soy Adicto' del sujeto de la representación social. www.lanzadera.com/adicto/reprsocial.html consultado el 7 de marzo de 2006.
- ✓ Boggi, P. e Iannaccone, A. (1993) Représentations sociales et construction des connaissances. *Papers on Social representations*, 2 (3), 1-12.
- ✓ Bollini, P.; Laporte, J. y Harding, T. (2002). HIV prevention in prisons: Do international guidelines matter. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2, 120-126.
- ✓ Bonelly, J. y Farías, R. (1997). Formación de internos: monitores en prevención de VIH/SIDA en centros penitenciarios de los Andes y Región, Chile: construyendo una nueva oportunidad. En Izazola, J. e Izazola, S. *Estudios de caso de prácticas adecuadas sobre VIH/SIDA en prisiones de América Latina*. México: SIDALAC - IMPIP.
- ✓ Breakwell, G. (1993). Social representations and social identity. *Papers on Social Representations*, 2(3) 1-20.
- ✓ Breakwell, G. y Fife-Schaw, C. (1992). Sexual activities and preferences in a sample of 16-20 year olds. *Archives of Sexual Behavior*, 21(39), 271-293.
- ✓ Bronfman, M. (1989). La migración internacional y el SIDA: el caso de México y los Estados Unidos. En Sepúlveda, J. *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*. México: Fondo de cultura económica.

- ✓ Burgstaller, M. (1993). SIDA y Derecho Penitenciario: la situación en Austria. En Mir, S. *Problemas jurídico-penales del SIDA*. Barcelona: Instituto de Criminología de la Universidad de Barcelona.
- ✓ Candraeva, A. y Paladino, C. (2005). Cuidado de la salud: el anclaje social de su construcción. *Universitas Psychologica*, 4(1), 55-62.
- ✓ Castellanos, G. (2003). Historias de vida: una mirada a la prisión. Ponencia presentada en el IV Congreso Nacional de Psicología Social, Tlaxcala, México.
- ✓ Castellanos, G.; Delgadillo, R. y Reséndiz, L. (2000). *La representación social del VIH/SIDA en internos de la Penitenciaría del Distrito Federal*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- ✓ Castro, R. y Eroza, E. (1997). Estrategias de manejo e torno al VIH/SIDA a nivel familiar. *Salud Pública de México*, 39 (1), 73 - 82.
- ✓ Censida (2006). *El SIDA en México*. www.conasida.ssa.gob.mx/cifras_06.pdf, consultado el 10 de Diciembre de 2006.
- ✓ Chang, V.; Bendet. S.; Koopman, C.; McGarvey, E. y Cantebury, R. (2003). Delinquents' safe sex attitudes. *Criminal Justice and Behavior*, 30 (2), 210-229.
- ✓ Colectivo Sol A. C. (1994). Informando tras las rejas. *Acción en SIDA*, 22, 41 - 46.
- ✓ Collantes, B.; Llorente, M.; Lucas, T.; y Serralta, F. (2002). Formación de mediadores en salud (VIH/SIDA) en un centro penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 4, 10-17.
- ✓ Comby, L. y Devos, T. (1996). Atribución de responsabilidad y discriminaciones. En Basabe, N., Paéz, D., Usieto, R. y Paicheler, H. *El desafío social del SIDA*. Madrid: Fundamentos. 234-240.
- ✓ CONASIDA (2001). Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitalización. México: CONASIDA - SSA.
- ✓ Conrad, P. (1987). The experience of illness: recent and new directions. En Peter, C. y Julius, R. *The experience and management of chronic illness*. Research in the Sociology of Health Care, vol. 6. Connecticut: Jai Press Inc., 1-31.
- ✓ Correa, D. (2001). Programa de prevención y control de SIDA en cárceles. República Dominicana: Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA.
- ✓ Corsi, J. (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- ✓ Costalat, A. (1995). Représentation social, représentations de soi, une question epistemologique. *Papers on Social Representations*, 4(1), 32 - 39.
- ✓ Cruz, L. (1996). *Representación social del SIDA en México y sus efectos culturales*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Acatlán, U.N.A.M.
- ✓ De Alba, M. (2004). El método ALCESTE y su aplicación al estudio de las representaciones sociales del espacio urbano: el caso de la Ciudad de México *Papers on Social Representations*, 4(1), 32 - 39.
- ✓ Deen, T. (1997). *Alarma! SIDA en las cárceles*. Montevideo: InterPress Third World News Agency.
- ✓ Delgado, J. y Gutiérrez, J. (1995). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis Psicología.

- ✓ Del Pont, M. (1995). *Derecho Penitenciario*. México: Cárdenas editor.
- ✓ Del Río, C. (1994). *Infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida*. Antología de la Sexualidad Humana. México: CONAPO.
- ✓ Del Río, C. (1998). La prevención de la infección por VIH: ¿dónde estamos y hacia dónde debemos ir? *SIDA-ETS*, 4 (3), 17-22.
- ✓ Díaz, A. (1998). *Los conceptos de normalidad y anormalidad desde la teoría de la representación social en el campo de la salud mental*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- ✓ Díaz, A. (2001). *La representación social del SIDA en un grupo de jóvenes*. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- ✓ Díaz-Loving, R. (2001). Una visión integral de la lucha contra el VIH/SIDA. *Revista Interamericana de Psicología*, 35 (2), 25-39.
- ✓ Di Giacomo, J. (1980). Intergroup alliance and rejection within protest movement: analysis of the social representations. *European Journal of Social Psychology*, 10 (2), 16- 29.
- ✓ Doise, W. (1985). Les représentations sociales: définition d'un concept. *Connexions*, 45 (2), 245 - 253.
- ✓ Doise, W. (1992). Représentations sociales et analyses de données. *Papers on Social Representations*, 1 (2-3), 116 - 123.
- ✓ Dussault, J. (1999). *El estigma del SIDA*. UNESCO: El Correo.
- ✓ Fernández, P. (1999). *Manual para el buen morir para enfermos de SIDA*. México: Fundación mexicana para la lucha contra el SIDA.
- ✓ Flament, C. (1989). Structure et dynamique des représentations sociales. En Jodelet, D. (ed.) *Les représentations sociales*. París: PUF
- ✓ Flament, C. (1994). Consensus, salience and necessity in social representations - technical note. *Papers on Social Representations*, 3(2) 1-9.
- ✓ Flores, F. (1993). *Representación social de la feminidad y masculinidad en profesionales de la salud mental. Posibles repercusiones en el diagnóstico y tratamiento*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid, España.
- ✓ Flores, F. (1997). Representación social de la feminidad y masculinidad en un grupo de profesionales de la salud mental: discusión en torno a la categoría de género. *Papers on Social Representations*, 6 (2), 95-107.
- ✓ Flores, F. (2000). *Psicología social y Género: el sexo como objeto de representación social*. México: U.N.A.M.- McGrawhill.
- ✓ Flores, F. (2001). Representación social: género y salud mental. En Calleja, N. y Gómez-Perezmitré, G. *Psicología social: investigación y aplicación en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- ✓ Flores, F. (2006). "Estructura y dinámica representacional de familias mexicanas que conviven con VIH/SIDA", en prensa.
- ✓ Flores, F. y Alba, M. (2006). El SIDA y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales. *Salud Mental*, 29, 3, 51-59.
- ✓ Flores, F. y Díaz, F. (2000). Normalidad y anormalidad: esquemas dicotómicos de la representación social en un grupo de profesionales de la salud mental. *Polis* 2000,247-263.

- ✓ Flores, F. y Leyva, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45 (5), 624-631.
- ✓ Foucault, J. (1986). *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*. México: Editorial Siglo XXI.
- ✓ Fornons, D. (2000). "Agentes de salud: opción o solución al problema de adherencia con antirretrovirales". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2, 31-33.
- ✓ Foster, J. (2001). Unification and differentiation: a study of the social representations of mental illness. *Papers on Social Representations*, 10 (2), 145 - 158.
- ✓ Galindo, J. (1988). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México: Pearson.
- ✓ Gamella, J. y Álvarez-Roldán, A. (1999). *Las rutas del éxtasis. Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles*. Barcelona: Ariel.
- ✓ García, J. (2003). Estrategias de manejo de las resistencias del VIH a los fármacos antirretrovirales. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 5, 77-87.
- ✓ Goffman, E. (1986). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrurrú.
- ✓ Gómez, P., Arroyo, J., Bedia, M., Ferrer, V., García, S., Gutiérrez, F. y Martín, M. (2003). *Guía de educación para la salud en el medio penitenciario*. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Madrid: Ministerio del Interior - Ministerio de Sanidad.
- ✓ González, J. (2004). Trends in mortality in a Spanish prison from 1994-2004. *Revista Española de Salud Pública*, 22, 129-132.
- ✓ González-Block, M.; Liquori, A. y Bazua, L. (1990). SIDA y estratos sociales en México: la importancia del bisexualismo. *Salud Pública*, 32 (1).
- ✓ Grace, E.; Macalino, D.; Sanford-Colby, S.; Patel, S.; Sabin, K.; Salas, C. y Rich, J. (2004). Prevalence and Incidence of HIV, Hepatitis B virus and Hepatitis C virus, infection among males in Rhode Island Prisons. *American Journal of Public Health*, 94, 1218-1223.
- ✓ Guerrero, J.; Vera, E. y González, F. (2001). Utilización de recursos hospitalarios por la población reclusa antes y después de la introducción de los tratamientos con inhibidores de proteasa. ¿Existen cambios? *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 3, 65-71.
- ✓ Guimelli, C. (1989). Pratiques nouvelles et transformation sans rupture d'une représentation sociale. En Beauvois, J. y Monteil, M. (eds.) *Perspectives cognitives et conduites sociales II*. Cousset: Del Val, 117-138.
- ✓ Guimelli, C. (1993). Concerning the structure of social representations. *Papers on Social representations*, 2(2) 85-92.
- ✓ Guimelli, C. (1994). La función de enfermera: prácticas y representaciones. En Abric, J. (ed.) *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán - Ambassade de Francia-CCCIFAL.
- ✓ Hammett, T, Harmon, P. y Maruschak, L. (2001). *Drug users and the structure of the criminal justice*. www.ncjrs.org/pdffiles/es1/176344.pdf, consultado el 25/10/01.
- ✓ Henderson, A. (1984). Interpreting the evidence on social support. *Social Psychiatry*, 19, 49-52.
- ✓ Herek, P. y Capitano, F. (1997). AIDS stigma and contact with persons AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 27 (2), 58 - 63.
- ✓ Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraHill.

- ✓ Herrera, C. y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*, 44 (6).
- ✓ Herzlich, C. (1991). A problemática da representação sociale sua utilidade do campo da Doença. *Physis*, 1(2), 23-36.
- ✓ Herzlich, C. y Pierret, J. (1988). The construction of a social phenomenon: AIDS in the French press. *Social Science & Medicine*, 29 (11), 1235-1242.
- ✓ Hilderbrand, H. (1992). A patient dying with AIDS. *International Review of Psychoanalysis*, 19, 457-469.
- ✓ Hogben, M.; Lawrence, J.; Hennessy, M. y Eldridge, G. (2003). Using the theory of planned behaviour to understand the STD risk behaviour of incarcerated women. *Criminal Justice and Behaviour*, 30 (2), 187-209.
- ✓ Ibañez, T. (1988). *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai.
- ✓ Ibañez, T. (1992). Some critical comments about the theory of social representations. *Papers on Social Representations*, 1(1), 21-26.
- ✓ Ibañez, T. (1994). *Psicología social construccionista*. México. Universidad de Guadalajara.
- ✓ Izazola, J.; Astarloa, L.; Belequi, J.; Bronfman, M.; Chequer, P. y Zacarías, F. (1999). *El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria*. México: SIDALAC/FUNSAUD.
- ✓ Jodelet, D. (1984). *La representación social: fenómenos, concepto y teoría*. En Moscovici, S. *Psicología social II*. Barcelona: Paidós.
- ✓ Jodelet, D. (1986). Fou et folie dans un milieu rural français: une approche monographique. En Doise, W. y Palmonari, A. (coords). *Textes de base en psychologie: l'étude des représentations sociales*. París: Delachaux et Nestlé.
- ✓ Jodelet, D. (1989). Madness and social representations. *European Journal of Social Psychology*, 19(2), 89-130.
- ✓ Jodelet, D. (1991). Representaciones Sociales: un área en expansión. En D. Páez, I. Romo, C. San Juan & A. Vergara (Eds.). *SIDA: Imagen y Prevención. Actitudes, Representaciones Sociales y Prevención ante el SIDA*. Madrid: Fundamentos.
- ✓ Jodelet, D. (2000). Representaciones sociales: contribución aun saber sociocultural sin fronteras. En Jodelet, D. y Guerrero, A. (comp.) *Develando la cultura: estudios en representaciones sociales*. México: U.N.A.M.
- ✓ Jodelet, D. (2004). *Produits culturels musicaux et représentations sociales*. Simposium presentado en la VII Conferencia Internacional de Representaciones Sociales, Guadalajara.
- ✓ Joffe, H. (1995). Social representations of AIDS: towards encompassing issues of power. *Papers on Social Representations*, 4(1), 1-15.
- ✓ Kerliger, F. (1994). *Investigación del comportamiento*. México: McGrawHill
- ✓ Kindelán, J. (2000). Prisiones y enfermedades infecciosas. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2, 64-67.
- ✓ Krippendorff, K. (1980). *Metodología de análisis de contenido: teoría y práctica*. U.S.A: SAGE Publications, Inc.
- ✓ Krueger, R. (1994). *Focus Groups: A practical guide for applied research*. U.S.A: SAGE Publications, Inc.
- ✓ Kubler-Ross, E. (1970). *On death and dying*. New York: Mac Millan.

- ✓ Labastida, A., Villanueva, R. e Izazola, S. (1998). La situación actual del VIH/SIDA en prisiones en México. En Izazola, J. E Izazola, S. *Estudios de caso de prácticas adecuadas sobre VIH/SIDA en prisiones de América Latina*. México: SIDALAC - IMPIP.
- ✓ Lagarde, M. (1993). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Porrúa.
- ✓ Lang, M. y Belenko, S. (2001). A cluster analysis of HIV risk among felony drug offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 28(1), 24-51.
- ✓ Lawrence, J.; Eldridge, G.; Shelby, M.; Little, C.; Brasfield, T. y O'Bannon, R. (1997). HIV risk reduction for incarcerated women: a comparison of brief interventions based on two theoretical models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (3), 271 - 280.
- ✓ León, M. (2001). Representaciones sociales: actitudes, creencias, comunicación y creencia social. En Morales, J. (coord.) *Psicología Social*. Buenos Aires: Prentice Hall.
- ✓ Llordachs, C. (2000). La cárcel y el VIH, www.starmedia.com/saludalia.html, consultado el 21 de Agosto de 2003.
- ✓ Lobera, I.; Villagrán, G. y Diaz Living, R. (1998). Role playing y estrategias de afrontamiento ante el VIH/SIDA. *La psicología social en México*, 3, 312-317.
- ✓ Mannetti, L. y Pierro, A. (1994). Social representations of AIDS among Italian health care workers. *Revista de Psicología Social*, 9 (1), 57 - 69.
- ✓ Mansero, R. y Ríos, S. (2000). Microempresas y mujeres: una aproximación al perfil de las microempresas de la ciudad de La Rioja y al nivel de participación de la mujer en el sector. En *Microempresa: Desafío del 2000. Una visión desde la Universidad*. Buenos Aires: FONCAP
- ✓ Marchetti, R. (1997). Las campañas de prevención del VIH/SIDA en los medios de comunicación. *SIDA-ETS*, 3,1, 16-20.
- ✓ Marco, A. (2000). Adherencia al tratamiento antirretroviral en los Centros Penitenciarios. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2, 110 - 116.
- ✓ Marco, A.; Gallego, C.; Caylá, J.; Guerrero R. y Da Silva, A. (2001). Estudio de seroincidencia del VIH en una población reclusa en una prisión española a partir de determinaciones analíticas repetidas. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 3, 60-64.
- ✓ Marconi, M. (1997). La discriminación psicológica y social de pacientes toxicómanos portadores del VIH y enfermos de SIDA. www.rincondelvago.com/antropologia-social.html, consultado el 7 de marzo de 2006.
- ✓ Marjone, J.; Robertson, R.; Clark, E.; Charlebois, J; Tulska, H.; Long, D.; Bangsber, R. y Andrew, R. (2004). HIV Seroprevalence among homeless and marginally housed adults in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 94, 1207-1217.
- ✓ Marková, I. (2004). Les focus groups. En Moscovici, S. y Buschini, F. *Les méthodes des sciences humaines*. París: PUF Fundamental.
- ✓ Martín, V. (2000). El derecho a la salud y las prisiones. A propósito del SIDA y la tuberculosis". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 3, 65-69.
- ✓ Maruschak, L. (2001). *Hiv prisons and jails*. www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/p99.pdf, consultado el 25 de octubre de 2001.
- ✓ Mendoza, E. (1998). *Derecho Penitenciario*. México: McGrawHill.
- ✓ Ministerio de Justicia. (1997). Estudio sobre prevención, detección y tratamiento del VIH/SIDA en los establecimientos del Servicio Penitenciario Federal. En Izazola, J. e

- Izazola, S. *Estudios de caso de practicas adecuadas sobre VIH/SIDA en prisiones de América Latina*. México: SIDALAC - IMPIP.
- ✓ Molinari, L. y Emiliani, F. (1996). More on the structure of social representations: central core and social dynamics. *Papers on social Representations*, 5 (1), 41 - 49.
 - ✓ Moliner, P. y Gutermann, M. (2004). Dynamique des descriptions et des explications dans représentations sociales. *Papers on Social Representations*, 13, 1-12.
 - ✓ Morales, J. (1996). *Tratado de psicología social*. España: Síntesis psicología.
 - ✓ Morin, M. (2001). Entre representaciones y prácticas: el SIDA, la prevención y los jóvenes. En Abric, J. *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
 - ✓ Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. País: Presses universitaires de France.
 - ✓ Moscovici, S. (1984). The phenomenon of social representations. En Farr, R. y Moscovici, S. (eds.) *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press.
 - ✓ Moscovici, S. (1988). Notes toward description of social representations. *Journal of Experimental Social Psychology*, 18(3), 211-250.
 - ✓ Nahoum, Ch. (1961). *La entrevista psicológica*. Buenos Aires: Kapelusz.
 - ✓ Nascimento, C.; Fontes, Y. y Costa, D. (1995). Health paradigms, social representations of health and their central nucleus. *Papers on Social Representations*, 4(2), 187 - 198.
 - ✓ Neuman. E. (1994). *El problema sexual en las cárceles*. Buenos Aires: Editorial Universidad.
 - ✓ Neuman. E. (2001). Enfoque criminológico. La legalización de las drogas una visión latinoamericana. www.lanzadera.com/neuman/drogas.html, consultado el 7 de marzo de 2006.
 - ✓ Nord, D. (1996). The impact of multiple AIDS-related losses on families of origin and families of choice. *The American Journal of Family Therapy*, 24, 129-144.
 - ✓ Olivier, C. y Thomás, R. (1996). *Le SIDA*. Canada: Association des médecins de langue française du Canada.
 - ✓ OMS. (1987). Declaración del Dr. Jonathan Mann sobre el SIDA, durante una reunión sobre SIDA en la 42ª asamblea general de las Naciones Unidas. Ginebra: Documento mimeografiado.
 - ✓ ONUSIDA. (1997a). *Prison and AIDS: UNAIDS Technical Update*. Suiza: UNAIDS.
 - ✓ ONUSIDA. (1997b). *Campana mundial contra el SIDA 1997. Marco Conceptual y bases para la acción*. Suiza: UNAIDS
 - ✓ ONUSIDA. (1998). *Campana mundial contra el SIDA 1998. Marco Conceptual y bases para la acción*. Suiza: UNAIDS
 - ✓ ONUSIDA. (1999). *Campana mundial contra el SIDA 1999. Marco Conceptual y bases para la acción*. Suiza: UNAIDS
 - ✓ ONUSIDA. (2000). *Campana mundial contra el SIDA 2000. Marco Conceptual y bases para la acción*. Suiza: UNAIDS
 - ✓ ONUSIDA. (2001). *Campana mundial contra el SIDA 2001. Marco Conceptual y bases para la acción*. Suiza: UNAIDS
 - ✓ ONUSIDA. (2002). *Campana mundial contra el SIDA 2002-2003. Marco Conceptual y bases para la acción*. Suiza: UNAIDS
 - ✓ ONUSIDA. (2003). *Le SIDA dans le prisons: point de vue*. Suiza: UNICEF- ONUSIDA - OMS.

- ✓ ONUSIDA. (2004). *El informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA 2004*. Suiza: UNICEF- ONUSIDA - OMS.
- ✓ ONUSIDA. (2005). *Stop AIDS. Keep the promise. World AIDS Campaign 2005 and beyond*. Suiza: UNICEF- ONUSIDA - OMS.
- ✓ OPS (1993). *SIDA: la epidemia de los tiempos modernos*. España: Organización Mundial de la Salud.
- ✓ Orellán, A. y González, M. (1991). *Representación social del SIDA en adolescentes*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- ✓ Páez, D; Ayesterán, S; Echeverría, A; Valencia, J. y Villareal, M. (1987). *Pensamiento, individuo y sociedad; cognición y representación social*. Madrid: Fundamentos.
- ✓ Paredes, A. (1995). *Estudio comparativo de conocimiento acerca del SIDA en adolescentes de diferentes niveles socioeconómicos*. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- ✓ Patton, M. (1991). *Qualitative research and evaluation methods*. Pennsylvania: Sage Publications.
- ✓ Peña, A. (1997). *La representación social del poder por estudiantes de psicología*. Tesis de maestría. Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- ✓ Pereira de Sà, C. (1994). Sur les relations entre représentations sociales, pratiques socioculturelles et comportement. *Papers on Social Representations*, 3(1), 1-7.
- ✓ Pick, S.; Saldivar, A. y Givaudan, M. (1996). Normas y valores que influyen en las conductas sexuales varones adultos en la ciudad de México. *La Psicología Social en México*, 6, 181-186.
- ✓ Ramírez, F. y Monroy, L. (s/f). *Metodología y estadística*. Madrid: Alianza Editorial.
- ✓ Richardson, D. (1988). *Women and AIDS*. Nueva York: Methuen.
- ✓ Rodríguez, T. (2003). El debate de las representaciones sociales en la psicología social. *Relaciones* 93, Vol. XXIV.
- ✓ Rolland, J. (1998). Beliefs and collaboration in ions: evolution overtime. *Familias, Systems and Health*, 16, 7-25.
- ✓ Romani, (1991). *Las drogas, sueños y razones*. Barcelona: Ariel.
- ✓ Romero, M.; Gallego, R.; Vaquero, M.; Aguilera, M.; Molina, G.; y Vinuesa, E. (1999). Aceptación y cumplimiento de la profilaxis infecciosa en la población reclusa: efectividad de la consulta de enfermería. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 1, 17-24.
- ✓ Rouquette, M. (1993). Content versus structural analysis of social representations - some comments on P. Castellani's paper. *Papers on Social Representations*, 2(2), 115-116.
- ✓ Ruiz, A. (1998). Las cárceles y el SIDA: Punto de vista del ONUSIDA. *SIDA/ETS*, 4 (1), 17-18.
- ✓ Ruiz, B. (2000). *El SIDA como una enfermedad estigmatizadora: creencias y prejuicios*. Tesis de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- ✓ Ruiz, J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- ✓ Rusche, J; del Cid, F. y De Souza, O. (1997). Drama: proceso educativo a través del teatro. En Izazola, J. e Izazola, S. *Estudios de caso de prácticas adecuadas sobre VIH/SIDA en prisiones de América Latina*. México: SIDALAC - IMPIP.
- ✓ Salazar, A. (1999). Migración, factor de propagación del SIDA. *Quehacer Político*, 906, 33-37.

- ✓ Schifter, J. (2001). La prevención del VIH/SIDA y el desarrollo de la salud integral en las cárceles. *Revista Interamericana de Psicología*, 35 (2), 133-154.
- ✓ Scholle, S. (1988). SIDA: aspectos sociales, jurídicos y éticos de la Tercera epidemia. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 105 (5-6), 54-56.
- ✓ Sepúlveda, J. (1996). Editorial. *Salud Pública de México*, 38,2, 83-84.
- ✓ Silva, J. (1993). El SIDA en la cárcel: algunos problemas de responsabilidad penal. En Mir, S. *Problemas jurídico-penales del SIDA*. Barcelona: Instituto de Criminología de la Universidad de Barcelona.
- ✓ Sinibaldi, J. (2006). ¿Por qué es importante contar con un instrumento para evaluar el grado de estigmatización que un individuo con vih sufre por parte de su familia? En Velasco, M. y Luna, M. *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Pax.
- ✓ Sobrón-Gutierrez, J. (1999). Tratamientos supervisados. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 1, 152-154.
- ✓ Spink, M. (1993). Qualitative research on social representations: the delightful world paradoxes. *Papers on Social Representations*. 2(1), 67-74.
- ✓ SSA. (2003). *Programa de acción para la prevención y el control del VIH/SIDA*. México: SSA - CENSIDA.
- ✓ Tavira, J. (1995). *¿Por qué Almoloya?: Análisis de un proyecto penitenciario*. México: Editorial Diana.
- ✓ Tollada, J. y Comp, R. (1994). *Vivir con el VIH/SIDA*. Barcelona: FONSAL.
- ✓ Torres, K.; Martínez, L.; Díaz Loving, R. y Villagrán, G. (1994). La atribución del origen del sida, percepción de riesgo y respuestas emocionales ante el contagio de VIH. *La Psicología Social en México*, 5, 616-622.
- ✓ UNICEF (1998). Prevención de la infección por VIH. www.unicef.org/spanish/aids/index_youngpeople.html, consultado el 25 de octubre de 2001.
- ✓ Uribe, J. (1997). Presentación. En Uribe, J. (coord). *Los referentes ocultos de la psicología política*. México: UAM-Iztapalapa.
- ✓ US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics (2001a). *HIV/AIDS Counseling and testing in the criminal justice system*. www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/pdd/p63.pdf, consultado el 25 de octubre de 2001.
- ✓ US Department of Justice, Bureau of Justice Statistics (2001b). *Providing services to inmates living with HIV*. www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/p71.pdf, consultado el 25 de octubre de 2001.
- ✓ Villagrán, G. (2001). *El sujeto y la familia contra el VIH/SIDA*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- ✓ Wagner, W. (1992). Social cognition vs. social representations. *Papers on Social Representations*, 1(2-3), 109-115.
- ✓ Wagner, W. (1993). Can representations explain social behavior? A discussion of social representations as rational systems. *Papers on Social Representations*, 2(3), 37-45.
- ✓ Wagner, W. (1995). Description, explanation and method in social representation research. *Papers on Social Representations*, 4(2), 156 - 176.
- ✓ Wagner, W. (1998). Social representations and beyond- Brute facts, symbolic coping and domesticated worlds. *Culture and Psychology*, 4, 297-329.