



**Universidad Autónoma Metropolitana**

Unidad iztapalapa

✓ CSH

**Tesis:**

✓ Estudio de la representación semántica que acerca del sida tienen los empleados jóvenes (18 a 30 años -hombres y mujeres-), de los comercios de la colonia Centro de Cuautla, Morelos.

Estudio que para obtener el título de Licenciado en Psicología Social presenta:

✓ Santos Bueno León.

**MATRICULA:** 90232165.

**ASESOR DE LA TESIS:** Jesús Omar Manjarrez Ibarra.

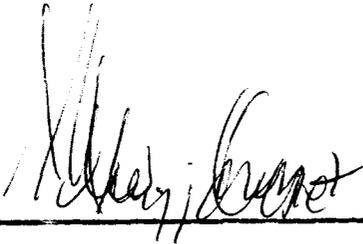
OCTUBRE DE 1996.

13/16

FIRMAS DE AUTORIZACION.

ASESOR DE LA TESIS:

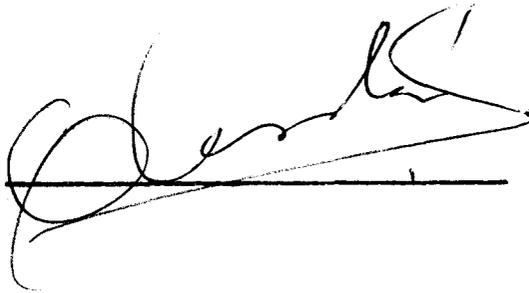
Jesús Omar Manjarrez Ibarra.....



---

LECTOR DE LA TESIS:

Oscar Rodríguez Cerda.....



---

## AGRADECIMIENTOS.

De la manera más especial doy gracias a Dios por haberme permitido culminar mi licenciatura y la presente tesis. Porque, aunque las condiciones en ocasiones se veían adversas, siempre existió una senda favorable, una mano amiga y un apoyo sincero.

Gracias también a mi madre (Hortensia León López), que siempre ha estado conmigo hombro con hombro, impulsándome, apoyándome y colmándome de bendiciones. Porque, si bien cada uno de nosotros de cidimos y forjamos nuestro destino, sin apoyo y ayuda del ser que nos ama, sería casi imposible lograrlo.

Agradezco, con mucho amor, a mi novia Silvia Navarro Martínez, puesto que siempre ha confiado en mí y nunca dudó en que pudiera alcanzar las metas propuestas. Su incondicional apoyo ha estado conmigo con cariño, ternura, amor y varias horas de trabajo dedicadas a ayudarme en la presente investigación.

Mi profundo agradecimiento a todas aquellas personas que, con su apoyo, me ayudaron a la realización de mi tesis. Algunas de estas personas son: Armando López García, Rosa Meléndez Godínez, Eduardo Osorio Vargas, Ofelia Esquivel Millán, Andrés Marco Pérez, José Manuel Gutiérrez Fiallo...

Mis tíos: Manuel León López y Hermelinda Villaverde Mendoza que nunca perdieron la confianza en mí aún en los momentos más difíciles de mi carrera y que siempre me brindaron apoyo y palabras de aliento.

A mi hermano Raúl Bueno León y su esposa Fulvia Alonso Barrios.

A todo mi grupo de asesores del año de investigación: Jesús Omar Manjarrez Ibarra, Oscar Rodríguez Cerda, Miguel Alfredo Reyes Garcidueñas y Esther Vargas Medina.

También a todos y cada uno de mis profesores a lo largo de toda mi carrera.

Agradezco, además, a las instituciones que me brindaron su apoyo; a CONASIDA; CBTis 76 de Cuautla, Morelos; los comercios de la colonia Centro de Cuautla, Morelos que me permitieron la realización de mi labor...

Además a todas las personas que, con sus respuestas, hicieron posible el trabajo de tesis.

## INDICE.

INTRODUCCION:.....	4
<b>PRIMERA PARTE: MARCO TEORICO.....</b>	<b>6</b>
CAPITULO 1: SIDA: Enfermedad y antecedentes.....	7
CAPITULO 2: Legislación y derechos humanos.....	17
CAPITULO 3: Procesos psicosociales relacionados con el SIDA.....	29
3.1. Opinión.....	30
3.2. Redes semánticas.....	37
3.3. Estigma y prejuicio.....	44
3.4. Estudios psicosociales sobre el SIDA.....	47
CAPITULO 4: Relaciones de los procesos psico- sociales: Opinión, Redes semánticas, estigma y prejuicio.....	54
<b>SEGUNDA PARTE: METODOLOGIA.....</b>	<b>57</b>
CAPITULO 5: Método.....	58
5.1. Justificación.....	58
5.2. Planteamiento del problema....	61
5.3. Objetivos.....	62

5.4. Definiciones.....	62
5.5. Hipótesis.....	63
5.6. Variables.....	64
5.7. Tipo de estudio.....	64
5.8. Instrumento.....	65
5.9. Resultados.....	67
CAPITULO 6: Interpretación de resultados y conclusiones.....	72
ANEXO.....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	104

## INTRODUCCION.

SIDA. Estas siglas que quieren decir: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, las hemos escuchado en repetidas ocasiones a partir de los diversos medios de comunicación.

El tema del sida sigue cobrando gran relevancia no sólo a nivel mundial, sino que también a nivel nacional puesto que su epidemia continúa avanzando y expandiéndose cada vez más.

Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en cuanto al incremento de infectados del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y que es el causante del sida, es de 250 personas en una hora, en el mundo. Este incremento de casos a nivel mundial es verdaderamente alarmante.

En México, el Registro Nacional de Casos de SIDA cuenta con 25,000 infectados, un incremento de 2,945 en relación con las cifras informadas en 1995. Sin embargo, hay que considerar que sólo se trata de casos registrados porque con los casos no notificados, la cifra se eleva mucho más.

El sida es un problema de salud (por estar relacionado con la gente a partir de las conductas sexuales -incluyendo, en menor escala, drogadicción, contacto perinatal o el compartir objetos punzocortantes-); es un problema de salud porque es una epidemia que mata a la gente, para la cual no se conoce cura y afecta a todo tipo de personas sin importar clase, edad, religión... Esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud pública debido no sólo a su velocidad expansiva sino a su letalidad y costo. Es decir, una vez diagnosticada la presencia del sida en una persona, sus esperanzas de vida son nulas además de que los gastos que conlleva son elevados (tomando en cuenta los gastos de hospital por un lado y, por otro, que la población mayormente afectada en México es la económicamente activa, la que se encuentra en plena etapa productiva). Además, no sólo es un problema de salud, sino un problema de relaciones interpersonales, pues está afectando todos los patrones bajo los cuales se relacionan los seres humanos entre sí.

Entre dicho grupo afectado, los adultos jóvenes y los adolescentes representan un conjunto de alto riesgo, por las prácticas sexuales principalmente, para contagiarse del VIH. Aquí podemos ver la necesidad de hacer investigaciones que permitan disminuir el crecimiento de la enfermedad, sobre todo con grupos de alto riesgo como el mencionado de adolescentes y adultos jóvenes. El enfoque psicosocial es importante en las investigaciones porque corresponde a la cultura, actitudes y educación de los sujetos de cualquier grupo. Las campañas educativas **parecen** volverse más eficaces a partir del enfoque psicosocial.

Tenemos entonces que el sida es un problema no sólo clínico, sino que también es social, primero porque una persona sola no se va a infectar; necesariamente se requiere de otra para que se logre la infección (ya sea directa -como en el caso de una relación sexual- o indirecta -como en el caso de contaminarse por accidente con equipo en un hospital o laboratorio-). Segundo, porque el sida ha contribuido a hacer públicos algunos aspectos que antes correspondían a lo privado, lo íntimo y personal; el contexto de la relación sexual (relación coital homosexual, heterosexual o bisexual).

En este sentido, a los enfermos de sida se les estigmatiza como "culpables" y "víctimas" dependiendo de las circunstancias de la infección (lo infectaron o infectó).

El enfoque de la presente investigación es en el ámbito social puesto que se pretende codificar el saber de un grupo social a partir del sentido común (más adelante se tratará de nueva cuenta este punto); así, sólo se lleva a cabo un estudio de representación semántica en la colonia Centro de Cuautla, Morelos. Dicho estudio de representación semántica no pretende una relación causal de variables; más bien, se toma a la opinión como variable de trabajo y se hace mención de las variables que intervienen.

PRIMERA PARTE

MARCO TEORICO

## CAPITULO I.

### SIDA ANTECEDENTES, SIDA ENFERMEDAD.

**SIDA, ENFERMEDAD.** El hombre, de manera natural, se ha enfermado. La enfermedad es parte de la naturaleza, aunque no sólo de la humana. En la antigüedad, el cuerpo humano era como un campo de batalla, existía un combate entre el bien y el mal, entre la enfermedad y el milagro. Nuestras sociedades han tenido miedo a la enfermedad, a las alteraciones del organismo. Las enfermedades no siempre han sido las mismas; existe una gran variedad que va desde las más simples hasta las más letales y de aquí se derivan los distintos tipos de miedos. Las preocupaciones y miedos al respecto de las enfermedades son parte de la individualidad pero también de lo colectivo, de lo social.

Sepúlveda, en 1989, mencionó que cualquier enfermedad posee su historia natural, esto es, el curso que un proceso patológico sigue a lo largo del tiempo, cuando no se aplican elementos externos para detenerlo o corregirlo. Para poder definir una enfermedad es necesario estudiar un grupo grande de enfermos para seguir su evolución durante periodos prolongados y así poder detectar variantes entre unos y otros individuos. En ese sentido, el desarrollo de cualquier enfermedad es el resultado de la interacción de tres elementos indispensables: El agente causal, el paciente y el medio ambiente. Es posible que predomine uno o dos de dichos elementos, pero siempre se da esta interacción.

Cuando no se cuenta con una estrategia médica para detener el avance y propagación de alguna enfermedad (sobre todo si es nueva o desconocida), tanto los médicos como los hospitales reducen su papel al mismo que antaño tuvieron otros médicos con enfermedades entonces incurables.

Las enfermedades entonces han jugado un papel importante en las sociedades, un papel social puesto que propicia la unificación de las distintas vertientes del conocimiento humano para poder combatirle en varios aspectos (médico, social, psicológico...).

Nuevamente se insiste en que existen enfermedades cuyas causas y epidemia son, sobre todo, sociales. Lo social radica en lo general, en el interés colectivo, en la forma como se interesan diversos grupos gubernamentales, privados, nacionales e internacionales.

Cuando nos enfrentamos a una enfermedad de transmisión sexual (ETS), al menos en nuestro país existe una complicación de la situación. Si tuviéramos una epidemia a partir de mosquitos, no se tendría problema en la difusión de medidas preventivas al respecto, de igual forma si se tratara de protección de la piel o de los ojos durante un fenómeno como un eclipse; sin embargo, al hablar de sexualidad, tenemos que hablar de pene, vagina, testículos, erección... y dicho tema sigue siendo en mucha gente, (aunque en menor medida), tabú o tema difícil de conversar abiertamente.

La relación sexual (homosexual, heterosexual o bisexual), es un acto social no sólo por la implicación de dos personas, sino porque la manera en que dichas personas dan curso a su sexualidad es un producto de la cultura y que se sujeta a ciertas normas y valores que sólo operan en ese grupo social puesto que en otros grupos, las normas y valores sexuales son distintos.

La sexualidad ocurre en un ambiente íntimo y la transmisión de una ETS es consecuencia de un acto social, entre otras cosas, porque los efectos son públicos (como los prejuicios y la estigmatización).

De las ETS, tenemos el sida, que no es la única, pero sí es la que no se ha podido detener. Se contagia sexualmente, aunque no es la única forma de contagio, y es costoso el tratamiento que se utiliza para retardar los efectos devastadores dentro del organismo.

En las ETS, y en particular del sida, se generan opiniones negativas a partir de la asociación de la enfermedad con ciertas conductas morbosas (como prostitución y relaciones sexuales extramaritales) y con enfermedades venéreas. Dichas conductas tienden a desacreditar al individuo.

**SIDA, ANTECEDENTES.** El sida es una enfermedad joven puesto que no cuenta con más de diez años; sin embargo, se tienen registrados algunos casos de cuadros clínicos compatibles con el sida ocurridos desde hace aproximadamente veinte años y es muy probable que los médicos consideraran inexplicables la gravedad y características del cuadro clínico que se les presentaba en el paciente.

Sólo algunos informes reportan la presencia de diagnóstico impreciso pero compatible con el sida. Es probable que existan varios casos no reportados y que pudieran ayudar a precisar el origen geográfico del virus puesto que se desconoce, a ciencia cierta, de dónde provino.

En 1977 un informe médico belga refiere el caso de una secretaria de 34 años de edad, originaria de Zaire, que viajó a Bélgica en ese año para conocer la razón de sus infecciones

respiratorias e intestinales persistentes. La mujer murió un año más tarde, con un cuadro clínico compatible con sida. Una familia noruega (una niña y sus padres), murió en 1976. El padre presentó desde 1966 un cuadro clínico con infecciones respiratorias recurrentes. La madre externó infecciones recurrentes desde 1976, y a partir de 1973, el cuadro empeoró con diagnóstico de leucemia y con una afectación neurológica progresiva. La niña también presentó infecciones bacterianas graves con complicaciones pulmonares que le provocó la muerte más tarde. En los tres casos se confirmó el diagnóstico de sida al realizar las pruebas de Elisa y Western Blot en sueros congelados desde 1971.

En 1969, un joven de 15 años murió en San Luis Missouri con Sarcoma de Kaposi (que es una especie de cáncer en la piel), e infecciones oportunistas. Y desde 1959, en Zaire se reportó un suero positivo a la prueba de anticuerpos contra el VIH, con confirmación de la misma que se mantenía congelado desde finales de los años cincuenta. (Sepúlveda, 1989).

Desde 1978 se tuvo noticias de casos, en Estados Unidos, de homosexuales jóvenes con Sarcoma de Kaposi y es por esa razón que se pensó que la enfermedad estaba ligada con algún factor inherente a las relaciones homosexuales. Hacia 1982 se reportaron casos similares sólo que en drogadictos. El común denominador era el debilitamiento gradual del sistema inmunológico. Entre 1982 y 1983 comenzaron a aparecer otros tipos de infectados, es decir, bisexuales, receptores de transfusiones sanguíneas y hemofílicos, por lo que se hacía evidente que no existía dicho factor inherente a los homosexuales y por lo tanto, había diversos medios de transmisión. Aparecieron las infecciones oportunistas como consecuencia del desgaste del sistema inmunológico humano.

En un primer momento, la enfermedad recibió nombres como "inmunodeficiencia relacionada con homosexuales (IRH)", "Enfermedad consuntiva (EC)"... por tratarse de un estado de inmunodeficiencia no heredado sino, más bien, adquirido. Los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos propusieron llamarle "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)", lo que fue aceptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1982. (Sepúlveda, 1989).

El sida aparece en México en 1983 y para 1985 se inició, en los bancos de sangre, la utilización de pruebas serológicas a los donantes. Esta medida permitió la detección de varios casos y así comenzar a engrosar la larga y creciente lista de casos registrados (Actualmente se tienen 25,000 casos registrados).

A nivel mundial, las estadísticas se han incrementado considerablemente; de 1980 a 1995, se tienen 20 millones de infectados registrados (18.5 millones de adultos y 1.5

millones de niños), y de los cuales, entre 14 y 15 millones sobreviven en espera de una cura. (Video "Sida: Ultima llamada a la conciencia", 1996).

Africa ocupa el primer sitio en cuanto al número de infectados (8.5 millones de casos registrados), seguido de Asia (con 3 millones de infectados registrados). En Latinoamérica se tienen 2 millones de portadores desde 1980 y de los cuales, Brasil ocupa el primer sitio con 571,000. Estados Unidos tiene 500,000. Canadá 250,000 y, como ya lo habíamos mencionado, México tiene 25,000 casos registrados (ocupa el sitio 14 a nivel mundial).

Las perspectivas apuntan hacia los 30 y 40 millones de casos registrados en el año 2000.

**DEFINICION.** El SIDA (Síndrome de InmunoDeficiencia Adquirida), es el conjunto de enfermedades que vienen como consecuencia de la infección del organismo humano por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), puesto que destruye gradual y progresivamente las defensas del cuerpo (sistema inmunológico humano), al atacar, principalmente, a las células L-4 o linfocito C-4.

Aunque se trata de un síndrome, es decir, de un conjunto de signos y síntomas y no de una sola enfermedad, es válido hablar de sida como una enfermedad y, en adelante, así será tomado dicho concepto para proporcionar mayor sencillez.

El sida es, hasta ahora, una enfermedad incurable. Su agente causal, el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), es un virus lento puesto que su periodo de incubación es prolongado. El VIH se instala en las células permaneciendo allí por años antes de manifestarse.

Cabe mencionar que el VIH es un virus que sufre mutaciones. Una vez que el VIH entra en el organismo, se aloja en las células T, principalmente, mientras toma información de la genética del organismo del sujeto. Con la información obtenida, el VIH se transforma y da origen a un VIH exclusivo del sujeto portador.

El VIH es un virus único y exclusivo para cada persona (de las que están infectadas). Al pasar a otra persona, el VIH sufre una nueva mutación al complementarse de la información genética del nuevo sujeto infectado. Esta es la razón por la cual es difícil elaborar una vacuna contra el VIH, porque se tendría que hacer una vacuna para cada caso y para cada persona infectada. Si una persona que ya está infectada se expone nuevamente al contagio del VIH y se reinfecta, el VIH de su organismo más el VIH del organismo de la otra persona, se combinan y, con la información genética, sufren una nueva mutación para dar lugar a una nueva clase de VIH que es el resultado de la combinación (este tipo de

acciones favorecen al virus para desarrollarse en menor tiempo).

El panorama, sin embargo, no es tan patético, puesto que la lógica mediante la cual se está tratando de encontrar una cura, es el hecho de que las mutaciones que sufre el VIH hacen que se comporte de manera similar a tal grado de que se considera que las transformaciones del virus quedan delimitadas en dos grupos (y es mediante estos dos grupos que se ha identificado al VIH), y que son los siguientes:

- \* VIH 1
- \* VIH 2

Cada uno de estos grupos del virus no quieren decir que sólo existan dos mutaciones diferentes, sino que las mutaciones varias de los diferentes sujetos se comportan, de manera general, de dos formas.

Para combatir al sida, aún no se cuenta con un tratamiento o vacuna y por lo tanto, una vez desarrollada la enfermedad, viene la muerte en un tiempo muy corto.

El sida se desarrolla en cuatro etapas consecutivas, las cuales tienen un tiempo de duración variable que depende del cuidado, medio ambiente, estado anímico y tratamiento que lleve la persona infectada. La primera etapa se inicia en el momento de la infección del sujeto (periodo asintomático llamado "ventana"); la última etapa es cuando queda determinada la existencia del sida en el organismo del sujeto. Esta última etapa se caracteriza por la desactivación del sistema inmunológico humano.

Las cuatro etapas en las que se divide el desarrollo del sida son:

\* 1. El periodo llamado "ventana". Este tiene una duración promedio de tres meses y es el comprendido desde el momento de la infección y hasta el desarrollo de las defensas del organismo para combatir al virus. Si se realiza una prueba de detección dentro del periodo de ventana, es casi seguro tener un resultado negativo (y que quiere decir que no existe la presencia del VIH en el organismo), sólo que dicho resultado negativo es engañoso. La prueba de detección se debe realizar hasta que transcurran tres meses después de la posible infección.

\* 2. Cuando se es seropositivo sano. Una vez terminado el periodo de ventana, se realiza la prueba de detección llamada ELISA (esta es la primera prueba que se emplea para la detección del VIH en las poblaciones de alto riesgo, donantes y población en general. Es una prueba probabilística que en algunos casos puede resultar positiva aún sin la presencia del VIH en el organismo -este caso se puede dar cuando se ha padecido hepatitis por ejemplo). Si el resultado es positivo, se realiza una prueba confirmatoria.

Como prueba confirmatoria, en México se utiliza la prueba Western Blot (WB) sólo en los casos de resultados positivos mediante la prueba de ELISA. Al extraer la prueba de sangre del individuo, se separa en tres tantos y se aplica la prueba de ELISA al primer tanto; si resulta positivo el resultado, se aplica la prueba de ELISA al segundo tanto; y si nuevamente se obtiene un resultado positivo, es cuando se aplica, al tercer tanto, la prueba confirmatoria Western Blot, que también identifica defensas, sólo que es más específica (WB realiza una medición de la respuesta, por separado, de cada proteína para identificar distintos grupos de anticuerpos frente al VIH. Si WB resulta positiva, entonces no existe duda de la presencia del VIH en el organismo humano).

También existe, como prueba confirmatoria, la llamada prueba de inmunofluorescencia (que detecta las células T infectadas).

Esta segunda etapa, en la que se obtuvo el resultado positivo y que quiere decir que existe la presencia del VIH en el organismo, puede durar desde algunos días y hasta varios años. Se le llama etapa seropositiva sana porque, aún cuando existe la presencia del VIH en el organismo, el individuo se encuentra sano y sin ningún padecimiento. Es tan sano como antes de infectarse del virus. Debe entonces de tomar precauciones para no contaminar a otras personas puesto que nadie va a notar que se encuentra infectado. Es responsabilidad del sujeto la prevención de infección de otro(s) y también de evitar reinfectarse (ponerse en presencia del VIH por segunda vez porque esto puede acelerar el proceso de desarrollo del sida en su propio organismo). Existe la posibilidad, muy pequeña, de que una persona infectada de VIH no lo desarrolle nunca.

\* 3. La tercera etapa es cuando existe un notorio desgaste del sistema inmunológico humano y, como consecuencia lógica, aparecen enfermedades de difícil control. Existe una deficiencia del sistema inmunológico para combatir enfermedades pero todavía se cuenta con algo de dicho sistema inmunológico.

\* 4. La cuarta etapa es cuando se declara la enfermedad, el sida. En esta última etapa es cuando queda desactivado el sistema inmunológico humano y se tiene la presencia de la enfermedad o conjunto de enfermedades que conducen al sujeto a la muerte inminente en un tiempo muy corto.

El sida, por su caracter asintomático en las dos etapas iniciales, es también conocido como epidemia silenciosa.

Las enfermedades más comunes de esta epidemia silenciosa son las siguientes:

- \* Una especie de neumonía (en casi la mitad de los casos).
- \* Sarcoma de Kaposi.
- \* Ganglios.
- \* Hongos.
- \* Las enfermedades gastrointestinales y/o de las vías

respiratorias (estas son muy comunes en enfermos de la Ciudad de México a consecuencia del alto índice de contaminación).

Harvey Fineberg, en su ensayo "Las dimensiones sociales del sida", escribe: "El VIH es un virus insidioso. Corrompe los fluídos vitales, convirtiendo la sangre y el semen, de fuentes de vida, en instrumentos de la muerte". (Scientific American, 1988).

Cualquier persona puede resultar infectada del VIH si se expone, directa o indirectamente, a riesgos. Sin embargo, no es posible el contagio por un encuentro casual o saludar de beso o abrazo a un infectado, o por compartir albercas, sanitarios, lugares de trabajo o trastos. Estas situaciones no representan "ponerse en riesgo"; ¿por qué?, porque el VIH presenta una resistencia mínima a las condiciones del medio ambiente. Su resistencia varía pero se muere fácilmente y rápido cuando se encuentra aislado del organismo (es uno de los virus más débiles cuando se encuentra aislado del organismo humano). En el organismo, la saliva contiene sustancias que matan al virus y es por esa razón que no es posible el contagio mediante un beso. Exponerse al riesgo significa realizar prácticas sexuales (homosexuales, heterosexuales o bisexuales), sin protección, sexo oral sin protección, compartir objetos punzocortantes o jeringas sin esterilizar, porque los vectores de contagio y que forman las condiciones ambientales propicias para la transmisión, incubación y desarrollo del VIH son: La sangre, el semen, las secreciones vaginales y la secreción láctea.

Existen avances clínicos para retardar el efecto devastador del sida en el organismo humano. La creación de medicamentos es lo único que proporciona esperanza de sobrevivir, de los enfermos, mientras se elabora una cura. Dichos medicamentos sirven para bloquear, temporalmente, la evolución del VIH en alguna(s) de sus etapas de desarrollo. Los medicamentos que se han creado son:

- \* La zidovudina (AZT).
- \* Dinanosine (DDI).
- \* U-90 (AZT combinada con DDI).
- \* Saquinavir.
- \* Lamivudina (3TC).

En México se utilizan tanto AZT como DDI (proporcionados por el sector salud -IMSS, ISSSTE- o de forma particular. El promedio de vida de una persona infectada, en México, es de diez años y va a ser variable dependiendo de varios factores como son: Sistema inmunológico, contaminación, alimentación, evitar reinfectarse...). Los dos últimos medicamentos enlistados (saquinavir y lamivudina), son de lo más actual y aún no se producen en nuestro país. Si alguna persona quisiera adquirir estos dos últimos medicamentos, **sólo los** puede conseguir de importación. Los laboratorios Mer de

México están realizando los trámites necesarios para que se les permita, por parte de las autoridades correspondientes, la fabricación y distribución dentro de nuestra República, de estos medicamentos; sin embargo, todavía es un proceso en trámite. Es muy probable también que el precio de estos medicamentos tendrá un costo muy elevado cuando se produzcan en nuestro territorio (claro que estos medicamentos tienden a incrementar el tiempo de vida al retardar, aún más, los efectos devastadores del VIH).

La prevención es, en la actualidad, la única vía para detener la propagación de la infección por VIH. Las investigaciones orientadas a la producción de vacunas y medicamentos que sirvan como cura contra el sida, se encuentran en desarrollo, sólo que el empleo de dicha vacuna, una vez encontrada, tardará en utilizarse a nivel masivo.

La prevención se divide entonces en dos sentidos: Por un lado tenemos el control sanitario (garantizar la seguridad de los productos sanguíneos que se utilizan con fines terapéuticos, a fin de que su suministro esté libre de infección), y por el otro lado, tenemos las campañas educativas (que buscan modificar las conductas que conllevan al riesgo de adquirir la infección del VIH).

Conforme las campañas educativas a nivel general y médico vayan surtiendo efecto, se atenderá a los enfermos en forma más oportuna, y ello redundará en mejores expectativas de sobrevivida. Lo mismo va a ocurrir con el surgimiento de métodos más eficaces para combatir al VIH y las complicaciones infecciosas o neoplásticas que dicho virus condiciona.

El costo del control sanitario se ve recompensado en sus resultados puesto que se ofrece a pacientes, donantes y público en general, la seguridad de la esterilización del equipo que se utiliza así como de equipo que se utiliza una sola vez (en otros casos). Los avances en conocimientos, medicamentos y evitar la propagación del sida, desde el control sanitario, han logrado una importante reducción en el crecimiento de la enfermedad. Se sigue trabajando y avanzando en este rubro.

No así sucede lo mismo en el control a partir de las campañas educativas. La educación es más compleja y sus resultados de más difícil evaluación, ya que se trata de cambiar prácticas que son habituales en los individuos, además de que se trata de un tema que presenta mucha sensibilidad por tratarse de temas tradicionalmente culturales.

Las campañas educativas no han logrado frenar el avance del sida y lo podemos comprobar con las cifras de mujeres, amas de casa, que se han infectado a partir de las prácticas

sexuales con su respectiva pareja (en una entrevista realizada el 18 de mayo de 1996 al Director General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, este informó que, en un principio, el número de mujeres, amas de casa, infectadas por su pareja, era de una mujer por cada 30 hombres. Actualmente, el promedio es de una mujer por cada 6 hombres. Es decir, que uno de cada seis hombres, infecta a su mujer). Se puede decir que algo falla en la lucha contra el sida. Aún no cobramos conciencia. Esto es un factor social que presenta cierta discontinuidad.

Por otro lado, y reforzando la importancia de las campañas educativas, tenemos que el sida, por afectar principalmente a la población económicamente activa, tiene un efecto muy marcado en los soportes familiares. Muchos de los sujetos infectados son soportes económicos de sus familias, cabezas de las mismas o padres.

La moral sexual ha establecido ciertos roles de comportamiento y de aquí la necesidad de realizar diversas investigaciones para hacer variantes las actitudes, conductas y roles, principalmente en el ámbito sexual, para evitar situaciones de riesgo de infección y así evitar que siga creciendo la cifra de infectados.

Padecer sida es un problema de carácter público y social, por el número de personas infectadas, el potencial de nuevas víctimas y la manera con que se relaciona con diversas instancias como gobiernos, universidades, organismos internacionales y sociedad civil.

En el sentido de contribuir a la prevención del contagio del VIH mediante las campañas educativas, planteo la necesidad de un estudio de opinión, puesto que uno de los elementos que permite establecer un punto de contacto entre la autoridad y la población es la opinión pública. La opinión pública nos permite codificar el saber del grupo social a partir del sentido común y valorando dicha codificación como favorable o desfavorable. El análisis de la opinión pública es un instrumento que permite detectar, e incluso anticipar, las expresiones de la sociedad en torno a los problemas en cuestión (en este caso, a los problemas de salud, y particularmente al sida).

Se piensa que de tanto repetirse una información, se logra que la gente modifique sus conductas, sin embargo, parto del supuesto de que es necesario profundizar más en las opiniones, en el saber común, porque la forma más común de transmisión del VIH es por la vía sexual.

El sida cumple con las características necesarias para ser objeto de opinión pública. Es un asunto público que puede ser codificado en el saber del sentido común **y su valoración** puede ser tanto favorable como desfavorable.

Como un primer paso a seguir en el proceso de conocer la opinión que acerca del sida tiene la población a la cual va dirigido el estudio, es el hecho de obtener una red semántica para poder conocer el grado de información que se tiene puesto que algunos autores hacen mención de la opinión informada y también de la opinión desinformada.

Cada uno de los tipos de opinión supone actitudes y conductas diferentes; sin embargo, la técnica de redes semánticas servirá para conocer qué es lo que sucede, en la realidad, acerca del sida, en Cuautla, Morelos.

## CAPITULO II

### LEGISLACION Y DERECHOS HUMANOS.

Los seres humanos vivimos en un mundo que ha tenido un orden natural; sin embargo, el orden que nos brinda la naturaleza no ha sido el marco de referencia para regular las relaciones entre los hombres.

El hombre ha necesitado de un orden propio, de un consenso que permita la regulación de las relaciones tanto en un nivel microgrupal como a un nivel macrogrupo.

Las relaciones entre los hombres varían de un grupo a otro y de una sociedad a otra, puesto que los acuerdos (leyes reguladoras de las relaciones entre los individuos) no son los mismos para todas las sociedades. Un ejemplo que ilustra la afirmación anterior lo tenemos al comparar las leyes de México (en las cuales no se contempla la "pena de muerte" en ningún sentido y para ningún delito) con las leyes de algunos Estados de Estados Unidos (en donde la "pena de muerte" es aplicable y válida para algunos delitos).

La legislación, entonces, obedece a una sociedad particular y se deriva de las necesidades de esa sociedad y no de otra. Si surgen nuevas necesidades en esa sociedad, existirá una modificación a las leyes con base en un proceso que supone un análisis profundo, una consulta popular y un debate público y político al respecto.

Si bien, las leyes son diferentes de sociedad a sociedad, el común de todas estas sociedades es el hecho de contar con una legislación.

Al interior de una sociedad, como en el caso de nuestro país, las diversas necesidades generan subdivisiones de la ley general (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos) con el fin de atender las regulaciones de convivencia ciudadana de la mejor forma posible. Algunas de estas leyes emanadas de nuestra constitución son las siguientes:

- \*Código Penal
- \*Código Federal de Instituciones y Procedimientos Electorales
- \*Código del Ciudadano
- \*Código Civil
- \*Ley Sanitaria

Así mismo, estos códigos se vuelven a subdividir para tratar, de manera más específica, todos y cada uno de los

asuntos propios de las relaciones entre las personas. Un ejemplo de este punto es la subdivisión que sufre el Código Civil en donde, entre otros puntos, destacan los siguientes:

- \*De los impedimentos para contraer matrimonio
- \*De las causas para el divorcio

El objetivo de introducir a la legislación en relación al tema del VIH/SIDA, es para destacar la participación de los organismos de Derechos Humanos y de remarcar su propuesta acerca de la necesidad de modificaciones legislativas que sirvan para proteger del estigma y prejuicio a las personas que viven con VIH/SIDA.

En relación a los Derechos Humanos, se parte de lo común: "Todos somos seres humanos".

De lo que es común, surgió la "Declaración Universal de Derechos Humanos" cuyo primer artículo expresa que "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos".

Los Derechos Humanos también van de lo general hacia lo particular. Del hecho de que todos los seres humanos nacemos libres e iguales, hasta las subdivisiones que se realizan para poder tratar con mayor eficacia las situaciones particulares. En ese sentido, se tienen, entre otros:

- \*Derechos Humanos de personas que viven con VIH/SIDA
- \*Derechos Humanos laborales
- \*Derechos Humanos de mujeres
- \*Derechos Humanos infantiles

Con estos elementos, tanto de Derechos Humanos como Legislativos, sólo mencionaremos: El Código Civil, El Código Penal, La Ley Sanitaria y Los Derechos Humanos de las personas que viven con VIH/SIDA.

**LEGISLACION:** El aislamiento social que sufre la persona infectada del VIH y el enfermo de sida, es también un asunto de legislación puesto que el sida está incluido dentro de algunos artículos que regulan las relaciones ciudadanas y específicamente, mencionaremos algunos artículos del Código Civil y del Código Penal.

Es inevitable que exista un cambio radical de expectativas de vida en el sujeto al que le fue detectada la infección por VIH puesto que conlleva la probabilidad de contagiar a otras personas (incluyendo la infección por contacto sexual).

En este sentido y en lo que respecta a materia civil, se tienen artículos que consideran las causas para impedir el matrimonio, así como también para justificar el divorcio.

En los Estados de nuestra República se tienen leyes civiles; códigos civiles que regulan el buen funcionamiento de las relaciones interpersonales de los diversos sujetos y grupos. Los artículos varían con respecto al número de artículo, sin embargo, existe una relación de un Estado a otro puesto que la esencia del contenido de los artículos, es la misma. El caso de los impedimentos para realizar un matrimonio o para apoyar el divorcio, son los mismos y sólo varían en cuanto al número de artículo.

En el código civil para el Distrito Federal, en el artículo 156, fracción VIII, se señala lo siguiente en cuanto a los impedimentos para contraer matrimonio:

- \* La embriaguez habitual, la morfinomanía, la eteromanía y el uso indebido y persistente de las demás drogas enervantes, la impotencia incurable para la cópula, la sífilis, la locura y las enfermedades crónicas o incurables que sean además contagiosas o hereditarias.

No es necesario realizar un análisis profundo para darnos cuenta de que, en este artículo, se encuentra contemplado el sida, puesto que es una enfermedad incurable y que además es contagiosa.

El artículo está hablando de la convivencia dentro del matrimonio, y esto implica tener relaciones sexuales, además de la procreación. Entonces estamos hablando de que, con base en el código civil, el sida es un impedimento legal para contraer matrimonio.

El hecho de evitar el matrimonio es con el fin de evitar anticipadamente problemas graves dentro del matrimonio y que tengan consecuencias lamentables al verse infectada la persona sana; sin embargo, no debemos de olvidar que es un derecho de la persona sana el decidir si se casa, o si no lo hace, con una persona enferma; se le deben de explicar las posibles consecuencias que conlleva un matrimonio en esas condiciones, pero no se le debe de impedir tomar la decisión que crea conveniente.

En el mismo código civil se señala, en el artículo 267 fracción VI, que de las causas para el divorcio son las siguientes:

- \* Padecer sífilis, tuberculosis o cualquiera otra enfermedad crónica o incurable que sea, además contagiosa o hereditaria; y la impotencia incurable que sobrevenga después de celebrado el matrimonio.

Nuevamente, aparece la innegable relación con el VIH/SIDA puesto que se tienen las características antes mencionadas de contagio e incurable.

El cónyuge sano puede solicitar el divorcio con base en este causal por el peligro que corre su vida. En la procreación, también se tiene una probabilidad muy grande de contagio del bebé; pero, insistiendo nuevamente, es decisión del cónyuge sano.

Esta ley está respaldando una forma de aislamiento. La ley protege al cónyuge sano, mientras que al infectado lo estigmatiza.

Para marcar una forma de discriminación, y que entra en contradicción con los derechos humanos de igualdad, se expresa el artículo 283 del mismo código civil, en su fracción III que nos dice lo siguiente:

- \* Los hijos quedan bajo la custodia del cónyuge sano, aún conservando el enfermo los demás derechos sobre la persona y bienes de sus hijos.

La persona infectada, legalmente pierde la custodia de los hijos por el "delito" de tener el VIH o estar enfermo de SIDA. No es decisión de la persona infectada, sino que la ley respalda al cónyuge sano.

Si el cónyuge sano no quiere pedir el divorcio, no se procede legalmente a la realización de dicho divorcio. Es decisión de la persona sana y no de la enferma. El sano puede solicitar a un juez que suspenda la obligación de cohabitar. El juez, una vez que conoce los motivos, otorga la autorización y deja que continúen las demás obligaciones inherentes del matrimonio.

En cuanto a las medidas penales, el código penal para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal, en el artículo 199 bis establece que:

- \* El que, sabiendo que está enfermo de sífilis o de un mal venéreo en periodo infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro por medio de relaciones sexuales, será sancionado por prisión hasta de tres años y multa hasta de tres mil pesos, sin perjuicio de la pena que corresponda si se causa el contagio.

Cuando se trate de cónyuges, sólo podrá procederse por querrela del ofendido.

Una vez más, por su característica de contagio sexual, es estigmatizado el sida como un mal venéreo. De alguna manera se incluye en el presente artículo y establece penalidades a los sujetos por el "grave delito" de estar infectados del VIH o de estar enfermos de SIDA. De hecho, una persona que sólo es portadora del VIH, es perjudiciada y estigmatizada como "sidoso".

Claro que el artículo proporciona la posibilidad, al sujeto infectado, de decir "que él no sabía que tenía el

VIH", que no se había realizado la prueba de detección... Lo verdaderamente importante es el hecho de que el sujeto se ve en la necesidad de negar que él sabía que estaba infectado. Según el artículo, se tiene que comprobar que el sujeto tenía conocimiento de su mal.

En estrecha relación con el artículo 199 bis, se encuentra el artículo 46 del mismo código penal, el cual establece la pérdida de los derechos de tutela de cualquier persona que tenga la pena de prisión. Si un enfermo de VIH/SIDA es sancionado con prisión con base en el artículo 199 bis antes expuesto, entonces pierde los derechos de tutela de su(s) hijo(s).

La pérdida del derecho de tutela se debe a la acción penal y no a la enfermedad (aunque la relación sea tan estrecha por ser la enfermedad el equivalente del delito).

El artículo 46 expresa lo siguiente:

- \* La pena de prisión produce la suspensión de los derechos políticos y los de tutela, ser apoderado, defensor, albacea, perito, depositario o interventor judicial, síndico o interventor en quiebras, árbitro, arbitrador o representante de ausentes. La suspensión comenzará desde que cause ejecutoria la sentencia respectiva y durará todo el tiempo de la condena.

En relación a la ley sanitaria, como ya se mencionó antes, desde mayo de 1986 se modificaron las normas para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos al agregarse el requisito de la realización de la prueba de detección del VIH (Diario Oficial de la Federación, 22 de mayo de 1986).

En mayo de 1987 se realizaron nuevas reformas y adicionales a la disposición de sangre humana y sus componentes. Entre otras, quiero destacar algunas y que son:

- \* Se suprime la posibilidad de obtener sangre proveniente de personas que la proporcionen remuneradamente (art. 332).
- \* Se incluye como conducta ilícita específica el comercio de la sangre (arts. 462 fracc. II y 462 bis).
- \* Se ordena la notificación inmediata de los casos en que se detecte la presencia del virus del SIDA o de anticuerpos al mismo (art. 136).

Es importante hacer mención de que el artículo expuesto en el párrafo anterior, se refiere a la notificación de los casos de personas infectadas, pero sólo como cifras y no la identidad del sujeto. El artículo respeta el anonimato; sin embargo, ofrece un margen de ambigüedad que conlleva la posibilidad de interpretarlo en el sentido de violar el derecho humano del anonimato del sujeto infectado y de

justificar dicha acción de violación en la ordenanza del artículo.

La norma expuesta el 22 de mayo de 1986, en el Diario Oficial de la Federación, y que se expuso en la página anterior en el párrafo inmediato posterior al artículo 46 del Código Penal, esa sí viola el derecho humano de que nadie está obligado a realizarse la prueba de detección de anticuerpos del VIH puesto que ordena la realización de la prueba de detección.

**DERECHOS HUMANOS:** Es muy común, y no sólo para las personas que viven con el VIH/SIDA, que existan violaciones a los derechos humanos de los sujetos.

En lo que respecta a las personas que viven con VIH/SIDA, sus derechos humanos son los más frecuentemente violados. Las políticas, programas y prácticas que se relacionan con el VIH/SIDA corren el riesgo de violar los derechos humanos.

Dada la importancia y relevancia del sida en relación con los derechos humanos, es importante hacer mención de la postura de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) frente al sida; y al respecto, tenemos que Jorge Madrazo Cuellar, Presidente de la CNDH expresó que:

"La postura de la CNDH frente al sida es que ningún rasgo, característica o condición que sea propia de un individuo y que le distinga de los demás puede modificar cuantitativamente o cualitativamente el goce de sus derechos; así, en palabras del Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Hiroshi Nakajima, 'todos compartimos los mismos derechos estemos o no infectados con el VIH', y en este tema específico, ésta es la convicción de la CNDH." (Madrazo, 1996).

Jaime Sepúlveda A. destaca a los derechos humanos como el asunto de la más alta relevancia al respecto del tema:

"Los derechos humanos se han convertido en un asunto de la más alta relevancia para el problema del sida. El derecho a la no discriminación, el derecho a los servicios de salud, a una vida y muerte dignas, al trabajo y, en algunos países incluso a la libertad, son los que con mayor frecuencia se están infringiendo. Para el caso concreto del sida, el respeto a estos derechos y la dignidad de los afectados es una absoluta e impostergable necesidad; una necesidad para el control de la epidemia." (Sepúlveda, 1992).

Desde el punto de vista jurídico, que es el que está haciendo lo posible por influir en los probables cambios legislativos, tenemos que:

El abogado Pedro I. Morales Ache expresó que:

"En el caso de México, tratándose de las personas infectadas con VIH/SIDA, el derecho humano a la no discriminación es el más frecuentemente violado,..., lo que a nuestra opinión obedece a las siguientes causas:

a) El hecho de que en nuestro país no se cuente con una formulación explícita del derecho a la no discriminación a nivel constitucional, lo que implica que no se haya podido trascender de la simple expresión formal del derecho a la igualdad, contenida en diversos preceptos constitucionales, tales como los artículos 1, 2, 4, 12 y 13 de la Constitución Federal.

b) La carencia de procedimientos judiciales que permitan la tutela efectiva del derecho a la no discriminación, establecido en diversos tratados internacionales que han sido ratificados por México, entre los que podemos enunciar... la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Esta carencia entraña el incumplimiento del compromiso asumido por México, en los propios tratados internacionales que han sido mencionados, en el sentido de adoptar las medidas legislativas o de otro carácter que fueran necesarias para lograr la plena efectividad de los derechos reconocidos en tales ordenamientos internacionales.

c) La existencia de una arraigada cultura de intolerancia, que de manera sistemática rechaza todo aquello que se considera 'diferente', confundiendo 'diversidad' con 'anormalidad'." (Morales, 1995).

La violación de los Derechos Humanos se dá a partir de las violaciones que sufren los sujetos por parte de quienes representan autoridad. Los casos de abuso realizados por personas que no representan autoridad, son considerados como delitos y no como violación de los derechos humanos. Las sanciones a los delitos cometidos se basan en el código penal.

Es importante mencionar que, con base en el artículo 10. de la "Declaración Universal de Derechos Humanos" (que dice que: "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos"), no se considera el ser autoridad como un factor inherente para decir que se trata de casos de violación de los derechos humanos. Cualquier grupo o subgrupo social puede actuar violando los derechos humanos de los individuos (desde una empresa que despide a un empleado o a un obrero, hasta la comunidad o la familia de una persona, que actúa marginándolo y con una marcada actitud de rechazo). Sin embargo, la pugna se dá en el sentido de buscar el respeto de los derechos humanos desde el punto de vista de los grupos que representan autoridad. De buscar un cambio legislativo.

En el caso de los infectados de VIH/SIDA, existe una justificante legal para dichas acciones en contra de los **derechos humanos**; sin embargo, lo que se debe de buscar es el punto de equilibrio en donde no se vean afectadas las

personas que viven con VIH/SIDA, pero tampoco las personas "sanas". No se trata de tomar partido ni de buscar culpables, sino de pensar que todos somos seres humanos y, por lo tanto, tenemos que estar unidos (y no divididos) para poder vencer y erradicar al sida y al virus que lo causa.

Los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA son los siguientes:

1. El virus o la enfermedad no es motivo para restringir o suspender los derechos fundamentales de las personas, ya que con base en el principio de igualdad, todos los seres humanos nacen iguales en dignidad y derechos. La ley protege a todos por igual; en consecuencia, nadie debe sufrir discriminación de ningún tipo.
2. Para aquellas personas que son discriminadas por sus características de género, edad, religión, preferencia sexual, condición social, física o mental, situación jurídica o calidad migratoria, el tener VIH o estar enfermo de SIDA, no debe ser motivo para agravar su condición.
3. Nadie está obligado a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH; a declarar que vive con el VIH o que ha desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria decide someterse a la prueba de detección de anticuerpos, tiene derecho a recibir, antes y después de la misma, información suficiente y tiene derecho a que los resultados sean manejados en forma confidencial.

Si recordamos el art. 136 de la ley sanitaria antes expuesto y lo comparamos con el presente artículo de derechos humanos, pareciera que se contradicen y que unos defienden a los infectados y otros a los sanos. Nuevamente, no se trata de dividirnos, sino de complementarnos para poder estar unidos y ver al SIDA como un problema de todos y no sólo de unos cuantos.

4. La aplicación de la prueba no será considerada como un requisito para recibir atención médica, obtener empleo, contraer matrimonio, tomar parte de instituciones educativas, o tener acceso a servicios.

Tenemos aquí la confrontación con los artículos del código civil que impiden el matrimonio para proteger al sano. No establecer el examen de detección del VIH como requisito obedece a que, si a una persona se le informa que está infectada, se le cambian las expectativas de vida para siempre; tendría que dar un giro de 180 grados a su vida. El hecho de estar infectado de VIH/SIDA, es motivo de impedimento para contraer matrimonio.

5. El resultado positivo de la prueba no deberá ser considerado como causal para la negación de los servicios de salud, la rescisión de un contrato laboral, la expulsión de una escuela, el desalojo de una vivienda, la limitación de

tránsito dentro del territorio nacional, la salida del país o el ingreso al mismo tanto de nacionales como de extranjeros.

6. Las personas que viven con el virus o con el sida, en ningún caso deben ser objeto de detención ilegal, aislamiento, segregación social o familiar.

7. Toda persona tiene derecho a ejercer su sexualidad libre y responsablemente.

8. Con la finalidad de proteger a quienes viven con el VIH o han desarrollado SIDA, todas las personas tienen derecho a asociarse libremente y afiliarse a instituciones sociales o políticas.

9. Con objeto de proteger su salud, todas las personas tienen derecho en igualdad de condiciones a buscar, recibir y difundir información precisa, documentada y en un lenguaje accesible sobre todo lo relacionado con el virus y la enfermedad.

10. Como usuario de los servicios de salud, se tiene derecho a la prestación de servicios oportuna y de calidad idónea, a la atención personal y éticamente responsable y a un trato respetuoso y digno, así como a que el historial médico se maneje en forma confidencial.

11. Las personas que viven con el VIH o están enfermas de SIDA tienen derecho a buscar y recibir información completa sobre su enfermedad, sus consecuencias, alternativas, posibles tratamientos a los que pueda someterse, así como a la información sobre sus riesgos y pronósticos.

12. Los afectados por el virus tienen derecho a los servicios establecidos de asistencia médica y social, que tengan como objeto mejorar su calidad y tiempo de vida.

13. Los usuarios de los servicios de salud tienen derecho a conocer los procedimientos establecidos por las instituciones de salud para presentar una queja, reclamación o sugerencia ante cualquier irregularidad en la prestación de estos servicios.

14. A los padres afectados por el VIH, no se les debe negar su derecho a la patria potestad de sus hijos, ni el derecho a designar al tutor que deseen cuando ya no les sea posible hacerse cargo de ellos, o en su defecto a contar con la protección de las instituciones de asistencia social.

15. Los niños que viven con VIH/SIDA tienen derecho a recibir los servicios de salud, educación y asistencia social en igualdad de circunstancias.

16. Toda persona tiene derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.

Aún y con todos los artículos expuestos por la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la realidad es que la violación de estos artículos es una situación cotidiana debido a la falta de sanciones ante dichas acciones. Los distintos sectores de la sociedad discriminan y marginan a las personas que viven con VIH/SIDA.

Tiene que existir una justificación a dichas acciones de violación de los derechos humanos y es la siguiente: Como argumento más utilizado se dice que no es posible defender los derechos de los "enfermos" atentando contra los derechos de los "sanos". Se trata de un aparente enfrentamiento entre dos grupos para proteger la salud pública.

Las autoridades, ante la violación de los derechos humanos, dice que se debe de recurrir a las instancias correspondientes y, según esto, el caso se debe de dirigir, en primera instancia, a Conciliación y Arbitraje (como si se tratara de un delito y no de una violación de los derechos humanos).

La propuesta que buscan los grupos de defensa de los Derechos Humanos, es que se debe de modificar la legislación vigente en el sentido de establecer sanciones por el "delito" de violación de los Derechos Humanos. Que no se busque hacer semejante una violación de los derechos humanos con un delito de otra naturaleza puesto que, en la medida de que exista una sanción a la violación de los derechos humanos, es posible reducir el elevado número de delitos de este tipo (violación de los derechos humanos).

Morales Ache escribe al respecto:

"Como estrategia de largo plazo, consideramos que los defensores de los derechos humanos debemos pugnar por la formulación explícita del derecho a la no discriminación en la Constitución Federal, al tiempo que se persiga el establecimiento de procedimientos judiciales que garanticen la tutela efectiva del derecho que nos ocupa, ya que ambas condiciones deben ser realizadas concomitantemente, para que logren la finalidad de evitar y en su caso, reprimir, en la mayor medida posible el surgimiento de prácticas discriminatorias." (Morales, 1995).

Sin embargo, hay que considerar que las violaciones de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA están ocurriendo en un aquí y ahora. Se debe de buscar el logro de la estrategia a largo plazo pero se deben elaborar variadas estrategias de corto plazo para esta necesidad del aquí y ahora.

Actualmente, y en defensa de las personas que viven con VIH/SIDA, sólo se ha encontrado que una de las posibles formas de defensa basada en la legislación actual, consiste en la apelación del daño moral; esta situación se contempla en el Código Civil.

Morales escribió al respecto que:

"Así encontramos que una figura jurídica que puede ser eficazmente usada en el combate en contra de los actos discriminatorios, consiste en el daño moral, previsto en el párrafo primero del artículo 1916 del Código Civil para el

Distrito Federal, en materia de fuero común, y para toda la República, en materia de fuero federal, el cual dispone que: 'Por daño moral se entiende la afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás.'

Por lo tanto, es evidente que dada la naturaleza ilícita de todo acto discriminatorio, cometido en perjuicio de una persona infectada con VIH/SIDA, dicha práctica discriminatoria actualiza la causación de un daño moral, el cual es conveniente que dé lugar a la presentación de la correspondiente demanda de carácter civil, en donde se reclame una indemnización.

Una vez demandado el daño moral causado por actos discriminatorios cometidos en contra de una persona infectada por el VIH/SIDA, únicamente es necesario probar el carácter ilícito del acto discriminatorio concreto, para que se presuma probada la existencia del daño moral. En efecto, dado que el daño moral es de índole subjetiva, el juez debe considerar presuncionalmente que se ha acreditado la causación de dicho daño, cuando se le haya probado la realidad e ilicitud del acto discriminatorio.

Cuando ha sido acreditada la actualización del daño moral por la realización de actos discriminatorios, la persona responsable de los mismos tiene la obligación de reparar el daño causado, mediante el pago de una indemnización en dinero, la cual si bien no restablece la situación previa a la conducta discriminadora, si sanciona tales prácticas, actualizándose de este modo el carácter coercitivo del Derecho, lo que sirve para reprimir conductas que normativamente son consideradas como indebidas." (Morales, 1995).

La discriminación genera el entorpecimiento de los esfuerzos por brindar servicios de salud a las personas infectadas del VIH o enfermas de SIDA y de la educación necesaria para prevenir una mayor expansión de la epidemia. También genera la división de la sociedad y fomenta la intolerancia.

En el marco de esta pugna entre "sanos" y "enfermos" (como si se tratara de una guerra por ver quién obtiene más beneficios mediante el desplazamiento del rival), Sepúlveda ha escrito lo siguiente:

"La libertad implica el ejercicio de derechos que no interfieren con los de otros. Visto así, la libertad es materia privilegiada de la ética. Inversamente, la ética médica es, en parte, la libertad individual de realizar actos y las reglas para proteger estas acciones. Bajo esta óptica aparecen los derechos de los pacientes. Pero también los médicos exhiben derechos como el de controlar las condiciones de su práctica o protegerse de infecciones. Resulta así una fuerte **tensión** entre el derecho de un paciente a recibir un tratamiento contra la libertad de los médicos para brindarlo,

el derecho de una persona a la privacidad de su práctica sexual contra el derecho de los oficiales de la salud pública para impedir la diseminación de una enfermedad, el derecho del paciente a la confidencialidad contra la obligación de los médicos de informar para proteger a terceros. Cada parte del conflicto puede tener la razón dentro de estos parámetros.

Para entender los problemas éticos del sida no basta con la ética individual; se debe recurrir a la ética social. Este enfoque además de respetar los derechos individuales busca contribuir al desarrollo humano." (Sepúlveda, 1995).

Lo que hay que resaltar de nueva cuenta es que todos pertenecemos a una misma especie; a la raza humana; y es en ese sentido que debemos de estar unidos sin importar el color, posición social, económica; preferencias políticas o religiosas; sexo o estado civil; edad o nacionalidad. Que las medidas coercitivas (como son la prueba de detección de anticuerpos del VIH de forma obligatoria, o el aislamiento de la persona que vive con VIH/SIDA) además de violar los derechos de las personas, entorpecen cualquier tipo de esfuerzo o política de salud para controlar la enfermedad puesto que se reduce la participación ciudadana.

Todos tenemos como enemigo común al VIH y al SIDA y es contra esta enfermedad que debemos de luchar y no entre nosotros mismos.

### CAPITULO III.

#### PROCESOS PSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL SIDA.

La importancia innegable del sida ha creado una serie de estudios que tienen la finalidad de modificar las conductas que conllevan al riesgo de adquirir VIH/SIDA.

Existen también estudios en el sentido del control sanitario (como se mencionó en el capítulo 1); sin embargo, el enfoque del presente capítulo se encuentra en los procesos psicosociales que aportan información para una mayor efectividad de las campañas educativas.

En todos los casos de investigaciones y estudios al respecto del sida, el objetivo central es el mismo: La erradicación del VIH/SIDA.

El presente capítulo se inicia con un apartado de opinión. La opinión como una expresión acerca de una cuestión pública, como lo es el sida, que es relevante y que se codifica como favorable o desfavorable.

Le sigue un apartado sobre redes semánticas. Estas sirven para conocer el tipo de opinión (con o sin información). Este método proporciona la representación conceptual o semántica que acerca del tema tiene el grupo que se estudia.

Un apartado más es el de el estigma y prejuicio. Su importancia consiste en que ambos se relacionan muy estrechamente con el sida por ser, el primero, un atributo desacreditador; y el segundo, una actitud hostil hacia una persona o grupo.

El último apartado del capítulo nos presenta algunos estudios psicosociales acerca del sida. Los dos primeros se refieren a estudios de opinión en relación al tema. El siguiente, sólo es un estudio psicosocial acerca del sida.

### 3.1. OPINION

El mundo griego estaba cubierto por un elemento culto en el cual, sólo se contaba con la opinión de las personas amantes del saber. El saber común era considerado como el no saber. El término "doxa" reflejaba el juicio, el parecer o la sentencia del hombre culto. Detrás de la "doxa" se advierten las más antiguas aproximaciones a lo que es nuestra opinión.

Platón trata de desligar la "aretè" de la "doxa" y esto lo hace frente a Yámblico quien intentaba la restauración de la virtud cívica a partir de la "doxa", misma que fue rechazada por Platón por el apoyo que tenía la "doxa social" en las apariencias. Puede entenderse, según Regis, que la doxa griega abandona el ámbito de lo sensible para hacerse fruto de distinción entre lo sensitivo y lo intelectual, entre el fecundo juego de la opinión con la ciencia. Siendo la ciencia la que se ocupa del ser y la opinión de su sombra, la doxa de Platón queda abajo en la escala del conocimiento, como si se tratara de un conocimiento parcial, de una "semi-ignorancia".

Ante tal situación (el desprecio platoniano por la doxa), Isócrates argumenta que el hombre, por naturaleza, no se compromete sino opinando, en doxa y en doxaei.

Aristóteles también contribuye a este punto de la doxa y la toma no como una apariencia ni un conocimiento como tal, sino como una probabilidad de conocimiento, es decir, un conocimiento probable. En este sentido, la doxa de Aristóteles se encuentra armonizada y posee una capacidad de discernimiento y de valor vinculativo.

El romano Séneca toma a la opinión como el resultado de la meditación del hombre culto. Insiste en que si se le preguntara a hombres virtuosos, la opinión de uno sólo de ellos sería igual a la de todos los demás y, por lo tanto, la opinión de uno de ellos vale por la de todos los demás. La opinión es vista en el mundo romano como suposición, apariencia o fama.

En este recorrido, llega la idea de opinión al mundo moderno; idea que estaba ligada a la ciencia y a la política. En épocas contemporáneas, la idea de la opinión científica queda relegada y el concepto que emana de las ideas de Kant se explica por la exaltación del publicismo trascendental. La opinión pública se relaciona poco a poco con el control del poder y casi siempre con la tendencia a intervenir con cuestiones de orden y desorden a partir del mando.

La opinión pública exige la formulación de juicios y la exteriorización de las actitudes a partir de la participación con respecto a un tema y, por lo tanto, la opinión pública se arraiga generalmente en el mundo de la política.

Así, la génesis de la opinión pública está ligada al proceso de las relaciones entre los individuos y los grupos. Marcelo Caetano escribió que "la opinión pública está constituida por los juicios compartidos por gran número de los componentes de determinado grupo social, precisamente de manera tal que 'un individuo, al expresar alguno de estos juicios ante sus conciudadanos, tenga considerable probabilidad de no verlo rechazado, antes más bien de encontrar un ambiente de receptividad y de aprobación'". (Beneyto, 1969).

Entonces, la opinión pública debe de ser presentada a los individuos como lo común, lo colectivo, como la imagen mental de todos en cuanto a sus necesidades, propósitos y relaciones bajo una influencia a partir de grupos que coincidan o, de manera individual, con una coincidencia de los individuos que son representantes o que actúan en el nombre de estos grupos.

Toda persona, por el hecho de pertenecer a un grupo o comunidad, posee la capacidad de opinar.

Allport define a la opinión pública de la siguiente manera: "El término opinión pública da su significado con referencia a una situación multi-individual en donde los individuos se expresan a sí mismos o son llamados para que se expresen favoreciendo u oponiéndose a alguna situación definida, persona o propuesta de importancia" (Gallup, 1972).

La opinión es una expresión de la controversia, de la polémica que se tiene acerca de un objeto o asunto público y no individual o íntimo (en este caso el VIH/SIDA). Dicho asunto u objeto debe de ser relevante y la codificación del mismo puede ser favorable o desfavorable.

El concepto de opinión pública es un término generalizado. Describe algo así, como el sentir de un grupo en particular, de manera positiva o negativa, en relación con un tema de interés para dicha población. El sida es un tema de interés social, es un tema de opinión pública.

La opinión pertenece al individuo. La opinión pública, al grupo o comunidad.

La opinión, fenómeno social de importancia creciente por la presencia de las masas y la influencia que se representa por las máquinas, explica la Sociedad, la Cultura y al Estado

mismo mediante las interacciones e interrelaciones de los individuos, de orden sociocultural.

Las opiniones no son un producto biológico o de la naturaleza humana; más bien, tienen su origen en las relaciones sociales.

La función de opinar es una función social por excelencia. "La adopción de opiniones sobre los problemas que van surgiendo al hilo de la vida constituye una necesidad de esa misma vida. Al lado de un dato se coloca una opinión; junto a un hecho se levanta una toma de posición fundamentada sobre la realidad objetiva y como reflejo de la personalidad: la opinión es, por ello, juicio y sentimiento." (Beneyto, 1969).

Desde Durkheim y hasta la escuela de Chicago, ven a la opinión como un hecho psicológico y también como histórico-social, como un producto de la vida mental individual que influye en la vida colectiva.

Tomando así las cosas y considerando a la población en general, se puede decir que la mayoría de la población puede adquirir conocimiento de algunos temas que no necesitan de largos razonamientos ni tampoco de una cultura específica. La opinión pública cuenta con ideas e instituciones y no pide sino un cierto conocimiento del tema sobre el cual se va a opinar. El juicio que se emite es tan elemental que apenas se exige una mínima intención de racionalidad para justificar la opinión puesta que en ella, la opinión, tienen un importante peso la pasión y el sentimiento según corresponde a los fenómenos de masas (en el caso del VIH/SIDA, la opinión de un grupo sólo exige un mínimo de racionalidad y es por esta razón que es adecuado como instrumento de recolección de datos de opinión acerca del sida, un cuestionario basado en la técnica de redes semánticas -de la que se habla más en el punto 3.2 del capítulo 3- porque permite obtener información real e importante por lo elemental del juicio que se les pide a los individuos y porque se reflejan la pasión y el sentimiento de los mismos así como el nivel de información).

Con base en las interrelaciones y la comunicación que de esta emana y que tiende a modificar el comportamiento del receptor, puede decirse que la formación de las opiniones se apoya sobre dos estribos: las actitudes de los individuos y el comportamiento de los grupos.

No debemos olvidar sin embargo, que, actualmente, se utiliza la opinión pública como "guía fundamental para la autoridad democrática".

Generalmente, la opinión pública puede ser descrita en dos dimensiones: Dirección e intensidad (Lane, 1967).

DIRECCION: Vamos a decir que una opinión tiene dirección cuando nos referimos a que incluye cierta cualidad emocional o afectiva de aprobación o de rechazo de algo. Es cuando tenemos cualidad en el sentido "pro" y también, en el sentido opuesto o "anti".



figura 3.1.1

La dirección que se tome nos va a decir precisamente un "sí" o un "no" (como cuando preguntamos sobre la igualdad de sexos o sobre el uso del condón. Claro que la respuesta es independiente de que el individuo tenga una conducta en el sentido de su opinión).

Es probable, como ya lo habíamos mencionado, que una cultura pueda influir en la dirección de las actitudes de los miembros de una comunidad (pertenencia de grupo).

INTENSIDAD: La intensidad de una opinión está dada por la seguridad o no que una persona tiene en relación con el objeto de opinión. Se puede estar de acuerdo con una cuestión dada; sin embargo, se puede estar totalmente de acuerdo con la misma cuestión. La intensidad de la opinión, es diferente.

Ya hemos mencionado que la opinión tiene dirección. La intensidad va a ser precisamente cuando las respuestas dadas en una dirección varían de "totalmente de acuerdo" a una respuesta como "de acuerdo" (También se puede dar el ejemplo en la otra dirección). Como se puede observar, en ambas respuestas se tiene la misma dirección positiva, sólo que la primera respuesta es más categórica que la segunda; es más intensa; es de mayor seguridad.

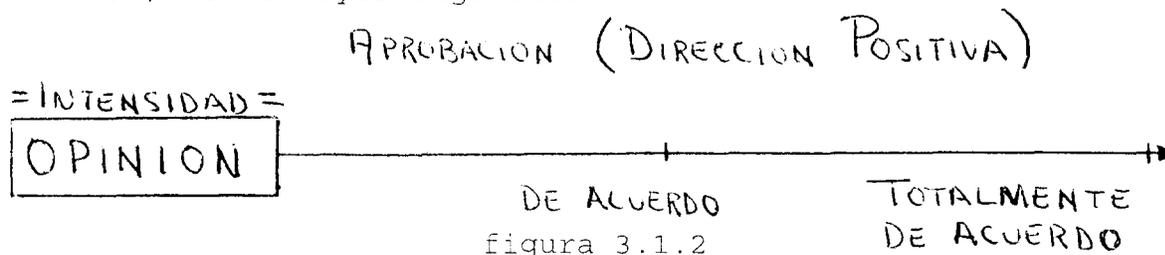


figura 3.1.2

Cuando se trata de un tema o pregunta relacionado con cuestiones morales, como lo es el caso del sida, las opiniones suelen ser muy intensas (Lane, 1967).

Tenemos también que, además de la intensidad, existe el extremismo en la opinión y que, si bien se encuentran relacionados, no son lo mismo: "Extremismo e intensidad no

son lo mismo, ya que en el extremismo se localiza un punto en un continuo de posibilidades, mientras que la intensidad refleja lo fuertemente que se está arraigada la opinión" (Lane, 1967). Sin embargo, cuando una persona presenta un grado mayor de intensidad, es probable que dicha persona sea extremista.

Cabe destacar que las opiniones, según Lane, se encuentran divididas en dos categorías:

- \* Opiniones sin información.
- \* Opiniones con información.

Opiniones sin información: llevan como fuente de intensidad algún símbolo (bandera, constitución...) o algún grupo de referencia (mexicano, morelense, católico...) más que una visión razonada a partir de posibles consecuencias.

La opinión no informada posee criterios como: El grado de diferenciación que utiliza; es decir, la discriminación de cuestiones, sucesos o personas como objetos de opinión. Se tiende a la estereotipación y, por lo tanto, fracasa la diferenciación. El estereotipo que los sujetos se forman, por ejemplo, de una persona infectada de VIH/SIDA, comunmente es asociado con la homosexualidad; sin embargo, si otra persona se encuentra infectada del mismo virus, no necesariamente se refiere su infección a la homosexualidad, pero la falta de información genera una opinión que no diferencia y que estereotipa a un enfermo y al otro de la misma manera.

Cuando un individuo no está informado, desconoce las implicaciones que conlleva una opinión. Existen muchas personas que apoyan ciertas tendencias de libertad religiosa (todos tienen derecho de escoger la religión que quieran, la que cumpla mejor, y de manera más completa, con todos los puntos fundamentales religiosos de amor a Dios y convivencia con los demás); y sin embargo, censuran a los que comparten ideas religiosas diferentes. Existe entonces una aparente contradicción entre la opinión y la conducta. La contradicción es producto de la desinformación. En el caso del sida, muchas personas opinan que una persona infectada no debe de perder sus derechos humanos; que se le debe de tratar de igual forma que a toda la demás gente; sin embargo, en la práctica esto es muy poco visto (el respeto de los derechos humanos y el trato igualitario). La mayoría de la gente rechaza a una persona infectada por temor a contagiarse. En ocasiones ni siquiera se atreven a comprobar si la persona a la cual están prejuiciando y rechazando, en realidad está infectada o si se trata de un rumor. La gente con VIH/SIDA es rechazada reflejando en los demás sujetos, aunque no en todos, una contradicción entre sus opiniones y conductas, y que es un reflejo de la desinformación.

Opiniones con información: son entonces las opiniones producto de un análisis, en donde se conocen implicaciones y no existe contradicción entre la opinión y la conducta.

Lane (1967) nos ilustra, con un ejemplo, el punto sobre el nivel de información y la opinión al presentarnos un estudio que se realizó con grupos de americanos y británicos. Al preguntarles sobre hábitos de lectura, los americanos adultos resultaron menos informados que los británicos. En una comparación con canadienses, estos están en mejor situación en cuestiones de alfabetización que los americanos. Sin embargo, al tratarse de cuestiones políticas, resulta que los americanos están bien informados a partir de los periódicos y se encuentran en un nivel muy similar a cualquiera de los demás grupos.

Con esto nos podemos dar cuenta de que el nivel de información es muy importante en la realización de un estudio de opinión. Es conveniente entonces, la aplicación inicial de un instrumento basado en la técnica de redes semánticas con la finalidad de conocer, con base en los resultados obtenidos, si las opiniones del grupo que se estudia son con información, o si su base es en opiniones sin información.

Otro punto que se debe de mencionar según la teoría de Lane, es el de las influencias de los grupos. Aquí se afirma que el hecho de pertenecer a un grupo es un factor que influye en las opiniones propias. Acerca del sida, por ejemplo, es muy común encontrar casos en donde se tiende a rechazar a un sujeto infectado de VIH o enfermo de sida sólo porque el grupo de pertenencia propio toma esa posición. La pertenencia de grupo nos es muy importante y, por lo general, nos dejamos influenciar por el grupo y evitamos entrar en conflicto con dicho grupo de pertenencia.

Las influencias a partir de los diversos grupos van a tener niveles distintos de intensidad. La influencia de un grupo modificando las opiniones de una persona se puede realizar de distintas formas: a) Comunicación e influencia personal, realizada directamente por los miembros del grupo; b) La persuasión masiva realizada por un miembro del grupo (un líder); y c) Cuando se dan puntos de referencia que sirven o ayudan al sujeto a adoptar sus propias opiniones (como cuando un partido político hace mención pública en cuanto a su posición frente a un evento "X". Los seguidores de dicho partido adoptan sus propias opiniones con base en los puntos de referencia del partido).

Los grupos de los que va a venir la influencia son tres y son los siguientes:

- \* Grupos primarios.
- \* Grupos secundarios.
- \* Grupos **tercarios** o categóricos.

Los grupos primarios son aquellos en los que existe un contacto directo; en los que existe el contacto personal cara a cara (la familia, compañeros de trabajo...).

Los grupos secundarios van a ser aquellos en los que el contacto no es tan directo, en los que el contacto entre los sujetos raramente es personal e íntimo (asociaciones, partidos políticos...).

Los grupos terciarios o categóricos son aquellos que, como su nombre lo indica, sólo son categorías, son grupos que no tienen organización (grupos por edades, regiones, clases sociales...).

### 3.2. REDES SEMANTICAS

El proceso de aplicación de nuevos instrumentos, así como la recolección de datos, ha tenido una variedad de opciones que pretenden lograr tal fin.

Los estudios contemporáneos en memoria humana, en especial acerca del VIH/SIDA, pueden ser una poderosa herramienta para entender y analizar en forma detallada "eso" que las personas que se dedican a la enseñanza y orientación acerca de la enfermedad ya mencionada refieren a partir de conceptos. Los primeros en postular un modelo de organización en la memoria fueron Collins y Quillian (1969), quienes sugirieron que la información estaba representada en una memoria semántica y que el significado se almacena a través de redes de conceptos. Esta simple forma de organización permite codificar grandes cantidades de información por medio de redes que están compuestas de unidades (nudos) y vínculos de asociación (relaciones semánticas jerárquicas); de ahí el concepto de redes de información.

En la actualidad se tiene como alternativa para evaluar los aspectos más complejos del conocimiento y los valores de las personas, y que al mismo tiempo es relativamente fácil de aplicar; me refiero a la "teoría de las redes semánticas". Esta forma de evaluación surge de la investigación moderna en Psicología experimental, en particular en el área de cognición.

Cuando diferentes autores demostraron la diferencia entre la memoria rutinaria y el conocimiento general o memoria semántica, se dió origen a la teoría de redes semánticas.

La teoría de redes semánticas da una explicación de la representación y organización del conocimiento en memoria, y postula que la información contenida en memoria se representa semánticamente a través de redes de conceptos en las que las palabras y eventos forman relaciones que en conjunto producen el significado; estas redes determinan el comportamiento humano.

Una de las utilidades que han tenido los modelos de redes semánticas es la de los sistemas para contestar preguntas; por ejemplo, se puede tener información relacionada con el VIH/SIDA y contener datos sobre aspectos clínicos, económicos, sociales... Después de cargar toda la información, se podría preguntar a la computadora: ¿Cuál es

la representación semántica que acerca del sida tienen los jóvenes de Cuautla, Morelos?

El problema general en la aproximación semántica consiste en ver cómo tiene que estar almacenada la información y cuáles mecanismos de manipulación de la misma se tienen que introducir para que se pueda dar respuesta, en especial cuando ésta no está almacenada directamente como información en la máquina.

De manera general, la idea de "memoria semántica" trata de describir la riqueza de las relaciones que se tienen en la memoria humana. El aspecto que más caracteriza a estas teorías es el enunciado de que son las redes las que determinan el significado del concepto, en donde un concepto es definido por otros conceptos y a su vez sirve como definidor de otras situaciones; es decir, que los conceptos son definidos y definidores al mismo tiempo, dependiendo de qué parte de la red se active.

Como ejemplo, mencionamos el presente estudio en donde se trata de definir al **SIDA** a partir de otros conceptos que tienen la función de definidores.

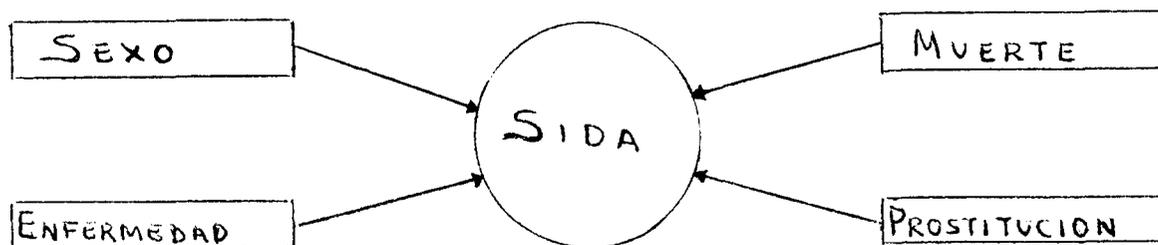


figura 3.2.1

Las redes semánticas también pueden utilizarse como método de evaluación de situaciones de intervención social específicas si antes y después de las mismas se obtiene la red semántica de ciertos conceptos fundamentales; de esta manera se puede observar la adquisición de nueva información o los cambios sufridos en las relaciones de los elementos de la red.

Esta es una alternativa para los estudios de actitudes que considera que para afectar el componente de conocimiento de las actitudes que tienen las personas, se tiene que afectar la organización del mismo. Dentro de la Psicología Social, no se ha tomado en cuenta ni estudiado con métodos objetivos la información que poseen los sujetos ni cómo está organizada.

El hecho de que los contenidos de las redes semánticas estén influidas por las características y experiencias de cada individuo o del grupo al que pertenece, hace posible evaluar la organización del conocimiento, de la cultura básica y de los valores de los sujetos; es decir, que no sólo se toma en cuenta la información que el sujeto tiene, sino toda su cosmovisión. Para el caso de la presente investigación, se utilizó la teoría de las redes semánticas para conocer la representación conceptual de los jóvenes morelenses (de Cuautla) acerca del SIDA.

A pesar de que el contenido ideacional de los sujetos es un aspecto fundamental de la investigación social, son pocas las normas que se tienen respecto a éste para diferentes grupos sociales. Las redes semánticas pueden ser un poderoso instrumento en el estudio de diversas situaciones de la Psicología Social de campo.

Es posible obtener las redes semánticas de diversos conceptos importantes, concretos y abstractos pertenecientes a diferentes categorías semánticas y de distintas áreas de conocimiento en sujetos de diferentes poblaciones, y analizar todos los valores que se obtengan a partir de ellas. Posteriormente es posible crear bancos de información en computadoras para su utilización en la comparación de poblaciones diferentes.

Como procedimiento general se tiene lo siguiente:

\* Se instruye a los sujetos para la elaboración de la red semántica del concepto o conceptos de interés.

\* Se les pide a los sujetos que anoten, en forma de lista, las primeras palabras que se les ocurran en relación al concepto estudiado; es decir, todas las palabras que sirvan para definir el concepto. En el caso específico de la presente investigación, sólo se les pidió que anotaran diez palabras. Para este punto pueden utilizar sustantivos, adjetivos, verbos o adverbios; sin embargo, no pueden utilizar artículos, preposiciones o cualquier otra partícula gramatical.

\* Una vez que anotaron las palabras definidoras, se les pide que las jerarquicen; es decir, que anoten el número uno a la palabra que mejor defina el concepto, el número dos a la que lo haga en segundo lugar, y así sucesivamente hasta agotar todas las palabras definidoras del concepto o conceptos.

Para analizar los datos obtenidos, se calculan (todos o algunos -según el caso-), los diferentes valores que a continuación se enlistan:

1. VALOR J: Se enlistan todas las palabras definidoras diferentes generadas por un grupo de sujetos para el concepto

o conceptos y se obtiene el número total de definidoras, es decir, se cuantifica la riqueza de la red.

2. VALOR M: Se hacen columnas a la derecha de la lista de las palabras definidoras y se numeran del 1 al 10. A continuación se toman los protocolos de los sujetos y se localiza cada definidora y su jerarquía en la lista hecha anteriormente, marcando una frecuencia en la columna que indica el número dado en el protocolo.

Posteriormente aparece en la tabla cuántas veces se le asigna a cada palabra definidora el primero, segundo, tercero... lugar de importancia. Se obtiene el valor de cada una de las palabras definidoras multiplicando la frecuencia de cada una de ellas por la posición que ocupa de acuerdo al orden asignado por los sujetos, dándole un valor de 10 a los conceptos ordenados en primer lugar, 9 a los que fueron ordenados en segundo lugar y así sucesivamente hasta llegar al valor de 1 cuando el concepto se ha jerarquizado en décimo lugar; se van sumando los productos parciales.

Este sistema de puntuación permite cuantificar y diferenciar la importancia que dan los sujetos a cada una de las palabras definidoras en la red semántica generada para un concepto específico, por lo que indica el peso semántico de cada definidora.

3. CONJUNTO SAM: Es el grupo de las 10 definidoras de valor M más alto que fueron generadas para el concepto.

4. VALOR G: Se toma el conjunto SAM y se obtiene el promedio de las diferencias entre los valores M de las definidoras de la siguiente manera: Al valor M que se encuentra en primer lugar se le resta el valor M del segundo lugar, y así sucesivamente para después sumarse y dividirse entre 9.

Este valor permite cuantificar la densidad de la red semántica.

5. VALOR FMG: Se toma el conjunto SAM y a la primera palabra definidora (es decir, a la de valor M más alto) se le asigna un valor de 100% y se determina el porcentaje de las siguientes palabras definidoras con respecto a la primera.

Este valor permite cuantificar la distancia entre las palabras.

6. VALOR S: Es el total de definidoras generadas por los sujetos para el concepto, necesariamente menor que el valor J.

Indica la riqueza de las redes individuales de los sujetos para el concepto o conceptos en particular.

7. VALOR F: Es el promedio de definidoras generadas por un sujeto para una lista de conceptos dados (categorías).

También indica la riqueza de las redes individuales de cada uno de los sujetos.

8. VALOR L: Se toma el conjunto SAM como referencia para asignarles el valor M a las palabras definidoras que cada sujeto individualmente proporcionó y que se encuentren en SAM. Una vez localizados los conceptos comunes en la red del sujeto y SAM, se suman los valores M.

Este es un valor individual.

9. VALOR CAR: Es la suma de los valores L de cada concepto para cada uno de los sujetos.

10. VALOR Z: Es la suma de los valores L de cada concepto para cada uno de los sujetos.

11. VALOR B: Es la suma de definidoras generadas por un grupo de sujetos para cada concepto. Es mayor que el valor J.  
Riqueza dependiente de grupo.

12. VALOR C: Se toma el conjunto SAM como referencia del orden en que deben ir las palabras definidoras y se comparan con él las respuestas de cada sujeto. Si el sujeto acierta en escribir la definidora en el mismo orden de SAM se le asignan diez puntos, y por cada lugar que se aleje se le resta un punto. Se suman los puntos obtenidos en cada palabra y se calcula el porcentaje con respecto al máximo puntaje posible, que cada uno es 100.

Este es el índice de consenso de cada sujeto con su grupo.

13. VALOR Q: Se toman los conjuntos SAM de dos grupos diferentes y se calcula el índice de consenso que hay entre ellos. Si una definidora aparece en el mismo lugar del conjunto se asignan 10 puntos y por cada lugar que se aleje se resta un punto.

Se suman los puntos obtenidos en cada palabra y se calcula el porcentaje con respecto al máximo puntaje posible, que es 100.

Este es el índice de consenso entre dos grupos.

14. VALOR H: Es la calificación Z de los valores C.

15. VALOR RR: Es la correlación entre todos los valores M de las definidoras comunes entre los grupos.

16. VALOR V: Es el número total de verbos generados por un grupo.

17. VALOR P: Se obtiene una correlación entre los valores J (riqueza de la red) de cada concepto.

18. VALOR N: Se obtiene una correlación entre los valores J (riqueza de la red) y los valores Q (índice de consenso) de cada concepto.

19. VALOR O: Se obtiene una correlación entre los valores J (riqueza de la red) y los valores C (índice de consenso) de cada sujeto.

\*Se hace una matriz de doble entrada en donde se muestran cuantas definidoras tiene cada par de conceptos resultantes de todas las combinaciones posibles.

Esto indica el número de definidoras que conectan a los conceptos de las redes y, por lo tanto, su interrelación.

\*También se indica el número de veces que un concepto, además de ser definido, sirve como definidor de otros conceptos.

Esto muestra que la red se activa y que un mismo concepto puede ser definidor o definido, dependiendo de que parte de la red se active.

Puede verse que se obtienen valores de grupo y valores individuales, con lo cual es posible hacer comparaciones precisas de las redes de los grupos y de cada sujeto.

Una vez obtenidos todos los valores, es posible hacer un esquema que representa la estructura del conocimiento de un grupo en particular y se puede ver que algunos de estos componentes son comunes a todo el grupo y otros sólo son individuales, por lo que se pueden cuantificar detalladamente las diferencias individuales o grupales. Estos esquemas son las normas del grupo y pueden ser almacenadas en computador para ser comparadas entre sujetos o entre grupos. Este procedimiento se utiliza en grupos de sujetos específicos para obtener normas de los mismos.

Una gran parte de la actividad de los Psicólogos Sociales de campo y de todo el personal relacionado con esta disciplina y, más en general, con la investigación social, está centrada en el diálogo y la red de la relación verbal con los sujetos de estudio; sin embargo, el estudio cuidadoso del lenguaje, no sólo como medio de comunicación, sino como sistema depositario del conocimiento de ideas, no ha tenido grandes avances, ni tampoco el desarrollo de metodología para estudiar el conocimiento o la ideología de los sujetos:

El hecho de tomar uno de los más grandes desarrollos que ha habido en la teoría de memoria humana compleja, la teoría de redes semánticas, puede ayudar en una forma específica a desarrollar formas e instrumentos para el estudio de los contenidos de conocimientos de los sujetos y de la organización del mismo, lo cual puede tener como consecuencia un impacto importante en la investigación de los estudios realizados desde el campo de la Psicología Social.

### 3.3. ESTIGMA Y PREJUICIO.

El objetivo principal de escribir un apartado referido al prejuicio y estigma, es para establecer la relación de los dos con el sida. Para mencionarlos como aspectos psicosociales del sida.

En las relaciones sociales, nos encontramos que las dos formas extremas se encuentran representadas en el amor y en la política porque mientras que el primero sucede en la intimidad, de manera privada para la pareja, la segunda involucra no a la pareja, sino al grupo; sucede no en la intimidad, sino en la plaza y no es privada, sino que es pública.

El sida ha contribuido a politizar (hacer públicos aspectos que tradicionalmente habían sido privados e íntimos) lo relacionado a las relaciones sexuales, la relación amorosa (homosexual, heterosexual o bisexual) por ser una de las formas de contagio del VIH.

El sida como enfermedad, va acompañado de formas de respuesta social. Una de ellas es la marginación (y que nos hace pensar en la historia de las enfermedades, en la marginación que antiguamente padecían las personas con lepra, tuberculosis o cólera). Como ejemplo de marginación tenemos la escena del llamado "valle de los leprosos" de la película "Ben-Hur". A este valle enviaban a todas las personas que padecían lepra; quedaban marginadas y, casi es como si hubieran muerto (y en realidad, socialmente, así sucedía); sólo les llevaban de comer y les dejaban caer los víveres desde lo alto y sin bajar para nada. Con el sida, volvemos a tener la marginación como forma de respuesta social.

Esta enfermedad va a reforzar, por un lado, algunos prejuicios ya existentes en las personas "normales" o sanas y, por otro lado, estas personas "normales" van a estigmatizar socialmente a los enfermos o "anormales".

Aquí cabe hacer mención, primeramente, del concepto de prejuicio.

**PREJUICIO:** "El prejuicio es una aversión o actitud hostil hacia una persona que pertenece a un grupo, y que se genera por la sola pertenencia de dicha persona a ese grupo y que, por lo tanto, se presume que comparte las cualidades

objetables adscritas a éste" (Allport, 1958). El prejuicio es aplicable a los enfermos de VIH/SIDA.

El prejuicio tiene dos elementos básicos, según Allport, y que son:

- \* Una actitud negativa hacia alguien
- \* Una creencia sobregeneralizada (y por tanto errónea) a propósito de ese alguien o del grupo al que pertenece.

La racionalización es una cualidad distintiva del prejuicio. Es posible cambiar las creencias, pero las actitudes tienden a mantenerse porque no se actúa según se cree, sino que se cree según se actúa. Mucha gente cree, por ejemplo, que ciertos grupos étnicos tienen los mismos derechos de los demás; sin embargo, cuando se trata de brindarles las mismas posibilidades de empleo y de poder adquisitivo que los propios, no se actúa en ese sentido de la igualdad que se cree, sino todo lo contrario, se cree según se está actuando. Como otro ejemplo, podemos mencionar el rechazo verbal y la exclusión que sufre una persona infectada del VIH, o una persona enferma de SIDA por parte de la población "normal" o sana. Aunque la gente crea que ciertas relaciones interpersonales no implican riesgo, actúa con rechazo y exclusión del enfermo.

Tomando como base la intensidad del prejuicio, se han distinguido, por lo menos para algunos autores, cinco grados de prejuicio y que son los siguientes:

- \* 1. La anti-locución o rechazo verbal. Aquí se incluye a los infectados del VIH/SIDA, aunque no son los únicos.
- \* 2. Esquivamiento o tendencia a evitar a la persona. También se puede incluir a las personas con VIH/SIDA.
- \* 3. La discriminación o tendencia a excluir a cierta(s) persona(s) (del trabajo, escuela...). En este grado también se puede ubicar a los enfermos de sida.
- \* 4. Ataque físico a la persona.
- \* 5. Exterminio del sujeto o grupo.

Los dos últimos grados de prejuicio son de actitudes muy agresivas y, por lo tanto, muy peligrosas.

Ahora, el estigma va a ser definido de la siguiente forma:

**ESTIGMA:** "El estigma es un atributo de un individuo que produce en los demás, a modo de efecto, un amplio descrédito. El término estigma, entonces, hace referencia a un atributo profundamente desacreditador" (Goffman, 1970).

El estigma entonces va a ser la "etiqueta con aspectos negativos" que socialmente se coloca a un sujeto y que es una especie de marca que lo va a desacreditar (como si se tratara de un tatuaje).

Se distinguen tres tipos de estigmas:

\* 1. Los que tienen que ver con deformidades y enfermedades físicas. Aquí se incluye a las personas infectadas de VIH/SIDA, aunque no son las únicas.

\* 2. Los que son percibidos como una falta de voluntad o como resultado de pasiones antinaturales o de creencias falsas. Aquí se incluye a los infectados del VIH/SIDA, drogadictos, alcohólicos, homosexuales, prostitutas...

\* 3. Los que se asocian a una raza, nación o religión, transmisibles de manera hereditaria y que, por tanto, son contaminadores. Aquí se incluye a los negros, indios...

Es visible que el caso del enfermo de sida es muy patético porque, socialmente, son portadores de dos de los tres casos de estigma y también de grados de prejuicio.

Se puede ser, socialmente, prejudiciado o estigmatizado; pero también se puede ser ambos o ninguno. El caso del enfermo de sida es el de ambos, es decir, que el infectado de VIH/SIDA es prejudiciado y estigmatizado.

Tanto el concepto de prejuicio, como el de estigmatización conllevan a dar forma y contenido a un concepto más, al de la muerte social.

La muerte social va a ser entonces "el fenómeno que sufre socialmente un sujeto cuando se combinan en él el prejuicio y el estigma".

El enfermo de sida es entonces, portador de un doble mal. Mientras que por un lado sufre la enfermedad biológica y que sabe que es incurable, por el otro lado sufre la carga psicológica impuesta socialmente a partir del estigma y el prejuicio; la discriminación social y laboral, el abandono, el rechazo y el aislamiento; sufre la muerte social

La muerte social es aplicable a un sujeto sin importar si se le tiene estigmatizado como "víctima" o como "culpable", pero que se encuentra enfermo (aunque no sólo se asocia a la persona infectada de VIH/SIDA sino que también es asociado a otros padecimientos y, de manera especial, a la senectud). La muerte social quizá sea originada por tabúes, miedos, "olas conservadoras", campañas erróneas, falta de aperturas ideológicas...

En este sentido, el estudio de opinión puede aportar información para conocer la posición del grupo que se estudia. Es posible pensar que la opinión sin información lleva a un mayor grado de prejuicio y estigma; sin embargo, los resultados del instrumento de redes semánticas aportan información para saber si la opinión que el grupo tiene acerca del sida es una opinión con información, o si es sin información.

### 3.4. ESTUDIOS PSICOSOCIALES SOBRE EL SIDA.

En capítulos anteriores se ha mencionado la importancia de los estudios de opinión. También se ha hecho énfasis acerca de las implicaciones individuales y sociales del sida.

Las campañas para evitar el crecimiento de la epidemia (tanto las de control sanitario como las de educación), han sido el producto de diversos estudios que tienen como objetivo principal contribuir al control y erradicación del sida.

Con base en la importancia social del sida, se han elaborado investigaciones desde diversas áreas del conocimiento (No se tiene exclusividad de un área en particular; más bien, se trata de unir esfuerzos para vencer, lo más pronto posible, al sida). En el aspecto social y específicamente lo que se refiere a la opinión, tenemos lo siguiente: En el caso particular de las campañas educativas, es necesario continuar con la realización de diversos estudios puesto que las estadísticas informan del incremento alarmante de personas infectadas por el VIH/SIDA.

Es probable que la jerarquización que se realizó inicialmente de los diversos grupos sociales -alto, medio y bajo riesgo-, en relación al VIH/SIDA, además de fomentar los prejuicios y estigmas hacia grupos que ya se tenían estigmatizados y perjudiciados, ha favorecido la falta de conciencia de riesgo de contagio en grupos que se consideraron de medio o de bajo riesgo y, como consecuencia, el incremento de las listas de infectados de VIH/SIDA. En ese sentido, una persona que no se considera dentro del grupo de alto riesgo, tiende a ser menos cuidadosa ante una situación de riesgo de contagio del VIH/SIDA que una persona que se ha informado acerca del tema por sentirse incluida en el grupo de alto riesgo.

Actualmente, aún existe una gran cantidad de personas (tanto hombres como mujeres), que desconocen el uso adecuado y correcto del condón.

En este capítulo se hace mención de estudios psicosociales sobre el sida. Los dos primeros son unos estudios de opinión acerca del sida y que fueron realizados en México y Costa Rica respectivamente.

PRIMER ESTUDIO. El primer estudio se realizó en 1987, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en la Facultad de Derecho, y que sirvió de tesis de Licenciatura.

El título de la tesis realizada en la UNAM en 1987 es: "Encuesta de opinión a la comunidad universitaria sobre la aparición y propagación del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)".

Los objetivos del estudio de la investigación de la UNAM, en 1987, fueron los siguientes:

- \* 1. Detectar el grado de interés que presenta la comunidad universitaria sobre el problema de la aparición y propagación del SIDA.
- \* 2. Conocer qué tanta información se maneja y si se está dispuesto a ser documentado sobre el tema.
- \* 3. Recoger y sintetizar la opinión de la comunidad universitaria sobre el problema de la aparición y propagación del SIDA.
- \* 4. Analizar, entre los tres grupos escogidos, qué tanto difieren las opiniones y manejo de la información con respecto del tema en cuestión.

El estudio de la UNAM, 1987, tuvo el objetivo de detectar el grado de interés, conocer el grado de información, recoger y resumir la opinión y analizar las diferencias entre los tres grupos que se escogieron para el estudio.

En cuanto a las hipótesis que manejaron para su estudio, las encontramos transcritas a continuación:

- \* Existe inquietud en la comunidad universitaria por el problema que representa la aparición y creciente propagación del SIDA, pero la mayor parte de ella desconoce los pormenores sobre el tema.
- \* La información que a la población en general se da sobre el particular es mínima, pero el universitario está en la mejor disposición de recibir, conocer e inclusive transmitir todo lo que sobre el problema se le presente, por saberse inmerso en el conflicto que conlleva el que no se llegue a controlar a corto plazo este mal.
- \* Mientras mayor sea el nivel de estudios de una persona, mayor será el interés y conocimientos que presenta en problemas sociales o de salud, tales como la aparición del SIDA.
- \* Los datos que arrojará esta investigación, serán muy importantes y dignos de ser considerados, si pensamos que fueron recogidos entre una población muy madura, con un alto grado de cultura general y preocupados de los grandes problemas del país.

Los tres grupos que manejaron para el estudio, en 1987, y que constituyó el universo para la investigación, lo consideraron de la siguiente manera:

- \* Alumnos de nivel licenciatura.
- \* Académicos del mismo nivel.
- \* Trabajadores administrativos.

Dada la enorme cantidad de población universitaria, sólo se tomaron en cuenta a los que tenían las características antes mencionadas y que además pertenecieran a una de las once (11) escuelas y facultades que escogieron y que se enlistan a continuación:

- \* Facultad de Arquitectura.
- \* Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- \* Facultad de Contaduría y Administración.
- \* Facultad de Derecho.
- \* Facultad de Economía.
- \* Facultad de Filosofía y Letras.
- \* Facultad de Ingeniería.
- \* Facultad de Medicina.
- \* Escuela Nacional de Música.
- \* Facultad de Odontología.
- \* Facultad de Química.

La heterogeneidad de la muestra se consideró al aplicar las encuestas a los turnos matutino y vespertino y en un número promedio de diez cuestionarios por escuela. La muestra consistió en 149 sujetos.

El instrumento que aplicaron consta de 26 preguntas (tanto abiertas como cerradas).

Finalmente, obtuvieron la confirmación de las hipótesis puesto que fue notorio el interés de los encuestados. La información (y también la resignificación de la misma), varía de un sector a otro y de una facultad a otra. Concluyeron además que es aceptable el nivel de información en los sectores encuestados.

De las conclusiones que obtuvieron en el estudio mencionado, propusieron que la lucha contra el sida debe enfocarse a proporcionar a la población en general, información clara y aceptable desde el punto de vista cultural sobre las formas de transmisión y las medidas que las personas pueden adoptar para proteger su salud.

Para esta investigación también incluyeron un apartado sobre "visión jurídica" tanto en materia civil, como en materia penal.

SEGUNDO ESTUDIO. El segundo estudio se realizó en Costa Rica. Es una serie de encuestas realizadas desde 1989 y hasta 1992 en grupos focales de poblaciones consideradas como de alto riesgo para el contagio del SIDA. También se realizaron encuestas nacionales de opinión pública.

En este segundo estudio tuvieron como objetivo de la investigación, obtener, mediante preguntas relacionadas con esta enfermedad, un diagnóstico nacional acerca del conocimiento y actitudes de la población respecto del SIDA.

Las encuestas que realizaron corresponden a los años de 1989, 1990, 1991 y 1992, con una representación de 45 distritos del país y una muestra de 1500 entrevistas en cada una de ellas.

Además, fueron respetados criterios como lo son: Densidad de la población por provincia y cantón, ciudadanos de Costa Rica mayores de 18 años, guardando cuotas de sexo y ocupación. Las encuestas fueron realizadas en el lugar de residencia de los sujetos; se trató de una investigación de campo.

El instrumento que utilizaron estuvo compuesto de preguntas abiertas y de opción múltiple. La gente tiene una considerable disminución en cuanto al rechazo (como en la afirmación "Hay que aislar a los enfermos de SIDA", se nota una importante tendencia desfavorable a dicha afirmación; en 1988, se tenía el 22.9% y en 1992, el 64.5%). De los resultados anteriores, presuponemos que el efecto de aceptación del enfermo de SIDA se debe a un mejor nivel de conocimiento en cuanto a las vías de transmisión del VIH.

Como resultado de las encuestas, se han modificado las campañas y la información que se proporciona a la población de Costa Rica. En las encuestas se incorporan nuevos elementos como, en 1991, se incluye a la saliva como forma de transmisión. Por los resultados (casi el 60% de la población no la considera como vía de transmisión), sería importante incorporarla a la información oficial (y también incorporar el por qué no es una vía de transmisión).

Se plantean como reflexiones finales surgidas del segundo estudio:

\* Elaborar un programa a mediano plazo que se proponga:

a) El desarrollo de acciones educativas con miras a un cambio de las conductas sexuales como forma primaria de prevención.

b) Ofrecer a los enfermos y a los portadores del VIH una atención que sea integral, oportuna y humanista.

c) Lograr un sistema de vigilancia epidemiológica eficiente que permita planificar las acciones.

d) Mantener informada a la población, y también al Estado, sobre evolución, tendencia... de la enfermedad.

\* Toda acción educativa debe permitir a la población:

a) Entender al SIDA como una problemática social.

b) Desarrollar una actitud crítica y activa que tome en cuenta el saber cotidiano.

c) Aprender que la sexualidad y convivencia no tiene que ser riesgosa.

\* Se deben de desarrollar, periódicamente, estudios de opinión y actitud tanto en la población en general, como en los **grupos** de alto riesgo. Esto permite definir estrategias **educativas**, de capacitación y divulgación (esto lo considero importante para aplicarlo en México).

\* Con base en los resultados, los grupos meta para las campañas educativas, son los que presentan un bajo nivel de información respecto al SIDA. Se debe de poner especial énfasis en las personas divorciadas, viudas y en unión libre.

TERCER ESTUDIO. El tercer estudio fue realizado en Italia; es sobre representación social del sida. El título es: "Representaciones sociales del sida entre trabajadores de la salud en Italia".

El tema del sida es muy relevante en todos los países y, por lo tanto, Italia también realiza estudios al respecto.

Las investigaciones psicológicas sobre el sida son expuestas después del gran comienzo del fuerte y creciente interés del cuidado de reacciones de los trabajadores de la salud ante la nueva enfermedad.

Resultados basados en un gran número de estudios acerca de ese punto muestran que el cuidado de los trabajadores de la salud refleja que tienen actitudes desamistosas para con las víctimas del sida, y esto es más relevante, que los trabajadores están mal dispuestos para interactuar con ellos.

345 trabajadores de la salud italianos participaron en el estudio, se tomó la muestra sobre una base de voluntarios que no recibieron pago alguno por su participación. Los trabajadores participantes tenían entre 18 y 65 años. Los reclutados corresponden a los hospitales públicos de Milán (152 sujetos), Bolgoña (100 sujetos) y Roma (93 sujetos). 176 de los sujetos fueron mujeres y 169 fueron hombres; 165 fueron doctores (41% mujeres y 59% hombres) y 182 fueron enfermeros (59% mujeres y 41% hombres). Las tres ciudades fueron seleccionadas tomando como base de consideración los datos italianos de la epidemia: Estas tres ciudades cuentan con un elevado número de casos de sida. La intención fue la de construir una real representación y no sólo hipótesis específicas concernientes a diferencias de avance entre los tres poblados.

El principio del cuestionario utilizado para esta cuestión se basó en lo siguiente: Se pidió a los sujetos que escribieran una lista de las primeras palabras que se les vinieran a la mente acerca del sida. Esta cuestión fue entendiendo que se elegiría la más inmediata y fácil imagen mental asociada con el sida.

Siquiendo el cuestionario, se les pidió a los sujetos contestar otras varias cuestiones, sobre de cómo explorar con interés sobre de este asunto: Conocimiento que acerca del sida tienen los trabajadores de la salud, la percepción personal de estos del riesgo de contagio y de las intenciones conductuales concernientes a la posible interacción con víctimas del sida.

Como resultados, se encontraron asociaciones referidas al modelo médico del sida, es mostrado con base en las frecuencias obtenidas.

Entre las categorías más consideradas se encuentra la de "modelo moral" por ser el que presenta mayor representación del sida en los diferentes grupos.

La asociación que más frecuentemente se tiene es con lo referido a drogadictos (10%), homosexuales (5%), promiscuidad sexual (4%) y a prostitución (0.7%), en total, 20%.

La epidemiología italiana parece estar influida y aprovechada por los diversos grupos de trabajadores de la salud (tabla I).

Acerca del lado positivo de los ejes de contaminación (tabla II), encontramos que el significado, como contribución absoluta, en orden de importancia son: Transmisión sanguínea, homosexuales, promiscuidad sexual, drogas, prostitutas e inmunodepresión. Estos son los principales medios de transmisión excepto las inyecciones intravenosas de droga. Esto es lo relacionado a la definición médica del sida.

Sobre el lado negativo de los ejes, representados en la misma tabla II, tenemos: Reacciones sociales afectivas, víctimas discriminadas como reacciones afectivas. Estas parecen ser las principales expresiones visibles del sida en lo referido a formas de transmisión, esto se opone a lo visto acerca del sida en preguntas sobre impacto afectivo aplicado a la población en general y a las víctimas.

TABLE I  
Categories of associations referring both to AIDS and AIDS sufferers

CATEGORIES	%
Seriousness of illness (large diffusion, comparison with previous epidemics, lack of cure, social risk)	12,0
Dangerousness/Transmissibility	4,6
Homosexuals	4,6
Prostitutes	0,7
Sexual promiscuity	3,9
Drugs	9,5
Blood transfusions	1,6
Other groups at risk	2,6
Body fluids	1,0
Affective reactions	
— Social affective reactions	5,9
— Victims' affective reactions	3,3
Victims' features	0,4
Victims' discrimination (activation of stereotypes in general population, discrimination, need to avoid discrimination...)	6,7
Causal attribution	
— Fatalism	0,5
— Personal responsibility of victims	0,9
Moral facet (aspect)	0,8
Lack of health and research institutions	1,1
Treatment	0,6
Prevention	1,0
Information campaigns	
— need to promote inf. camp.	1,8
— alarmism induced by information campaigns	0,5
Causes, nature and consequences	
— Chance infections	8,4
— LAS/ARC	14,4
— Immunodepression	6,4
— Psychological symptoms	1,1
— Virus (HIV)	1,2
Other associations	3,9

TABLE II  
First axis emerging from MCA

PRODUCTIVE VARIABLES					
POSITIVE SIDE			NEGATIVE SIDE		
CATEGORIES	A.C.	R.C.	CATEGORIES	A.C.	R.C.
Blood transfusion	11,3	,31	Social affective reactions	6,4	,22
Homosexuals	11,1	,38	Victim discrimination	5,3	,19
Sexual promiscuity	8,6	,27	Victims affective reaction	3,9	,11
Drugs	6,7	,33			
Prostitutes	3,9	,10			
Immunodepression	2,8	,10			

SUPPLEMENTARY VARIABLES			
MODALITIES	VAL TEST	MODALITIES	VAL TEST
Doctors	3,5	Nurses	-3,5
Knowledge (high)	2,3	Knowledge (low)	-2,3
Perception of pers. risk (low)	2,0	Perception of pers. risk (high)	-2,0
Milano	2,7	Roma	-1,4
		Bologna	-1,6

Label  
Forms of trasmission vs. Affective impact

## CAPITULO IV

### RELACIONES DE LOS PROCESOS PSICOSOCIALES: OPINION, REDES SEMANTICAS, ESTIGMA Y PREJUICIO.

Una y otra vez se ha hecho mención de los procesos psicosociales que intervienen en el presente estudio; sin embargo, el presente capítulo tiene la finalidad de interrelacionarlos porque no se encuentran aislados e independientes, sino que, más bien, la relación que mantienen es muy estrecha y se refleja en las actitudes y conductas de la gente de cualquier grupo.

Se ha dicho que la opinión es una expresión acerca de una cuestión pública y no individual, misma que puede ser codificada a partir de un estudio, como favorable o desfavorable. La opinión pública pertenece a lo común, a lo colectivo más que a lo individual y se encuentra asociada con el grado o nivel de información que el grupo tiene acerca del tema en cuestión.

Existe aquí la mayor relación con las redes semánticas o conceptuales porque éstas, las redes semánticas, explican la organización y representación del conocimiento en la memoria. Es, como su nombre lo indica, una red que proporciona una serie de conceptos enlazados de tal forma que para dar contenido al significado de uno de ellos, se utiliza a los demás conceptos. Uno de los conceptos será entonces definido por los demás; y si se requiere de definir otro concepto, el concepto que sirvió como definido ocupa el papel de definidor.

El hecho es que las redes semánticas o conceptuales proporcionan el nivel de información que el grupo de estudio tiene; situación importante para poder decir qué tipo de opinión se tiene ( si se trata de opinión con, o sin información ).

La memoria semántica de los sujetos trata de dar una descripción de la riqueza de las relaciones de los conceptos que se tienen en la memoria humana.

Dentro de esta memoria semántica que los sujetos tienen, se encuentra el estigma que hace referencia a un atributo profundamente desacreditador. El o los atributos desacreditadores que se tienen acerca de un sujeto o grupo asocia una red semántica en los **sujetos** "normales" que desacreditan al estigmatizado, de tal forma que se tiene un

registro dentro de la memoria semántica; dentro de la memoria humana.

En muchos de los casos, el estigma se debe a una falta de información acerca del individuo o grupo al cual se desacredita; sin embargo, no siempre es eliminado el estigma a partir del grado de información (por ejemplo, se ha visto una fuerte tendencia a la desacreditación de las personas que viven con VIH/SIDA. El hecho de estar infectados del virus, ha tenido consecuencias en muchos casos; consecuencias que van desde la pérdida del empleo y servicios de salud, hasta la pérdida del derecho de una muerte digna cuando el sujeto finalmente desarrolla la enfermedad y llega hasta el final de su vida. Muchas personas, sobre todo profesionistas, están informados de los más recientes avances acerca del VIH/SIDA y sin embargo, más de uno ha tomado una posición estigmatizante hacia un enfermo).

El prejuicio tiene una historia similar al estigma puesto que se refiere a una actitud hostil o aversiva hacia un individuo o grupo. esto también se relaciona con las redes semánticas puesto que tiene que ver con los procesos que la memoria humana contiene. Los estudios de opinión pueden servir para reducir los niveles de prejuicio y estigma y es por esta razón que son de gran importancia.

El hecho de conocer la opinión que un grupo determinado tiene en relación con algún evento o fenómeno no es una fórmula para asegurar el cambio de actitudes de las personas, sino que sirven como indicadores, como guías para poder diseñar estrategias de acción en el sentido de las modificaciones de las actitudes y conductas de ese grupo en específico. Los estudios no presentan "recetas" a seguir, pero sí brindan herramientas guía para aprovechar al máximo los recursos económicos y de tiempo que se designen hacia campañas educativas y similares.

A partir de los procesos cognitivos humanos es que se puede almacenar información en la memoria humana. Nuestros procesos cognitivos se adaptan a nuestra realidad y el cerebro procesa información a una velocidad casi instantánea. Así, la opinión puede ser dada de manera casi instantánea y variar de un momento a otro, es poco comprometedor, pero está basada en el saber del sentido común.

Las opiniones acerca del sida pueden ser tendenciosas en un sentido negativo por la asociación que puede existir del sida con "lo malo" y con la muerte. Todos estamos conscientes de que vamos a morir y de que nadie es eterno; sin embargo, hacemos planes y proyectos a corto, mediano y largo plazo, y eso es algo que generalmente no se hace cuando nos cambian las expectativas de vida; cuando se nos dice que ya no puedes hacer planes a largo plazo; cuando se nos informa que nuestra muerte está cercana y que el padecimiento es lento y gradual.

Pero nadie sabe qué tan lento puede ser el tiempo de desarrollo del VIH; en ese sentido, se puede tener una calidad de vida porque la podemos valorar más.

Los procesos cognitivos son entonces un punto mediante el cual podemos contrastar opiniones negativas contra las positivas. Combatir el prejuicio y el estigma a partir del conocimiento de las representaciones conceptuales o redes semánticas, y la opinión pública que tenga un grupo al que se haya estudiado.

El cambio de las actitudes es posible y lo podemos ver ejemplificado en fenómenos como la participación femenina en el ámbito laboral; la participación activa de familias en campañas de educación sexual; o la presencia de temas sexuales en los diversos medios de comunicación -y en particular la televisión, sobre todo por proporcionar información con respecto al uso de preservativos para evitar el contagio del VIH, aunque todavía no sean muy especificativos los comerciales.

También se pueden generar cambios en las conductas. Hemos visto, por ejemplo, que las personas consumen un producto que se coloca en el mercado; esto por el hecho de variar los procesos cognitivos de los sujetos. El consumo de agua purificada es un claro ejemplo de lo que sucedió cuando salió de control "el cólera". Antes de este evento, muy poca gente pensó en la posibilidad de comprar un litro de agua con un costo mayor que un litro de leche.

Lo cierto es que los procesos cognitivos alimentan las redes semánticas y que éstas sirven como base para conocer el tipo de opinión -con base en el nivel informativo- y poder medir el grado de estigma y prejuicio.

A partir del conocimiento de los procesos cognitivos de los sujetos de un grupo que se estudió es como se puede tener un indicador para la transformación de las actitudes y de la conducta. No todos los fenómenos o eventos tienen el mismo grado de resistencia, pero es posible lograr la transformación de la opinión, las redes semánticas, el estigma, el prejuicio o algún otro proceso cognitivo.

SEGUNDA PARTE

METODOLOGIA

## CAPITULO V.

### METODO

#### 5.1. JUSTIFICACION.

Los resultados obtenidos a partir de las campañas educativas que proporcionan diversas instituciones (como por ejemplo las de CONASIDA), nos muestran que, a pesar de la información proporcionada a partir de los diversos medios de comunicación, las cifras de infectados del VIH siguen creciendo. Pareciera ser que las campañas de prevención de contagio del virus, así como las de interrelaciones sociales con las personas infectadas, tienen un objetivo contrario al que en realidad tienen (por ejemplo, el "taller de sexo seguro" que imparte CONASIDA, tiene como objetivo la prevención del contagio del VIH mediante prácticas sexuales sin riesgo. Entre otras opciones, se recomienda el uso del condón combinado con lubricante hidrosoluble -para incrementar las sensaciones, para mayor fijación del condón al pene y para evitar dañar el latex del preservativo mediante el uso de vaselina, aceite para niños... que comúnmente se utiliza como lubricante. Sin embargo, al preguntar en varias farmacias de la colonia Centro de Cuautla, Morelos, resulta que no tienen lubricante hidrosoluble. Esto da como resultado que no se utilice lubricante o que se utilice vaselina o aceite para niños; sin embargo, ya no se estaría hablando de una relación de sexo seguro); en ese sentido, quizá lo que hace más falta es continuar con estudios de opinión en los diferentes grupos para poder realizar campañas con información más específica al grupo al cual se dirige la información. En concreto, es de vital importancia la realización de estudios de opinión para buscar una mayor efectividad de la información y de las campañas educativas, que se refleje en los cambios de actitudes y conductas de los sujetos en relación con el sida.

Otro factor que contribuye a que las cifras de infectados se incrementen y, por lo tanto, fracase la prevención de contagio del VIH, es la estigmatización y el prejuicio; la muerte social de la que se habló en el punto 3.3 del capítulo 3. Este factor se aborda a partir de conocer si la opinión del grupo a estudiar es con información o si es una opinión sin información (la técnica de redes semánticas nos ayuda a conocer esto de la información para ver si el estigma y el prejuicio dependen de la información). Una persona infectada tiene la tendencia a guardar silencio y a ocultar su enfermedad precisamente para evitar el rechazo, la marginación, el abandono; la muerte social. Si no existiera ese temor a dicho tipo de muerte, no habría inconveniente en

dar a conocer a los demás la enfermedad y dicha acción conllevaría a un mejor control de la posibilidad de contagiar a otra persona o personas (y también de reinfectarse). No se reduciría la cifra de infectados, pero se evitaría que ésta continuara creciendo. Paradójicamente, si una persona da a conocer su infección de VIH/Sida, difícilmente contaría con alguna defensa social que lo protegiera de la muerte social por verse afectados sus derechos humanos (en muchos casos también se ven discriminadas las familias de las personas infectadas).

Lo cierto es que las cifras de infectados crecen y es necesario diseñar medidas sociales para evitar que la enfermedad siga creciendo y llegue a un punto en donde se vuelva irreversible.

El presente estudio se realiza tomando a la enfermedad y no al enfermo porque la gente no alimenta ideas en abstracto, más bien, personaliza lo abstracto para poder opinar o analizar a partir de lo personalizado. En este sentido, sólo es necesario hablar de sida y la persona se encarga de personalizar la enfermedad al pensar en un enfermo real o imaginario.

Existe una interrelación que no podemos negar. Dicha interrelación se da entre: \*Los contenidos de las campañas de prevención, \*la resignificación que de la información de dichas campañas realizan los sujetos de los grupos a los cuales va dirigida, \*y las conductas que se derivan como resultado de las campañas (principalmente en relación a la sexualidad -como en el ejemplo antes mencionado del "taller de sexo seguro" de CONASIDA-).

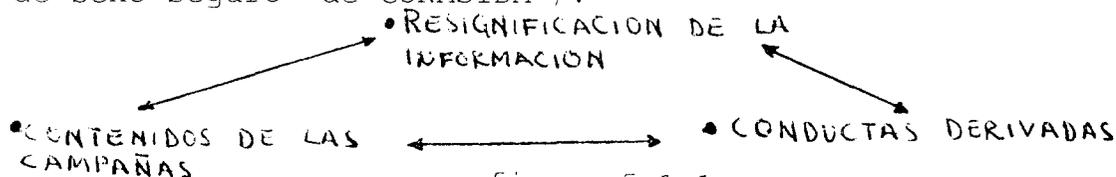


figura 5.1.1

Lo anterior me hace suponer que existe un punto de discontinuidad dentro del esquema "origen de las campañas de prevención-conductas sexuales" y que para poder analizarlo, se debe de partir de un punto inicial, desde el principio, de un estudio de opinión que permita la codificación del saber del grupo social a partir del sentido común (expresado como favorable o desfavorable), y como propuesta de acción a partir de los resultados obtenidos, tener la posibilidad de elaborar nuevas campañas educativas y de prevención o, por lo menos, adecuar las campañas ya existentes de manera mucho más específica hacia el grupo en el que se va a dar la información. El hecho de no realizar campañas de manera tan generalizada (como si todos los grupos sociales fueran homogéneos), brinda la posibilidad de obtener resultados más positivos. De hecho, en un principio se pensó en realizar un

estudio de opinión; sin embargo, se consideró que era necesario iniciar con un estudio acerca de la representación semántica del sida para conocer si la población a estudiar tiene o no información acerca del sida; para saber si las opiniones que proporcionen son con, o sin información.

El presente estudio tiene entonces una proyección social porque todos los grupos sociales tienen beneficios de los resultados. El objetivo de las investigaciones acerca del sida, es el frenar su avance y erradicar la enfermedad. La presente investigación no es la excepción puesto que busca conocer si en Cuautla, Morelos se tiene una representación conceptual o semántica acerca del sida, para, en una segunda etapa, realizar un estudio de opinión y, finalmente, aunque esto es a largo plazo y con un seguimiento del presente estudio que sólo abarca la representación semántica, un estudio de actitudes que permita una mayor efectividad de las campañas de prevención e información. Si los resultados contribuyen a brindar soluciones, entonces el beneficio es mayor; en caso contrario, el beneficio existe porque por lo menos se tendría la seguridad de que el cambio de conducta no inicia con un estudio de opinión. En cualquiera de los casos, existe beneficio social. En otras palabras, si resulta y proporciona beneficio social, es bueno; y si no resulta, también es bueno porque ya sabemos que salió malo.

Para el presente estudio de investigación parto de lo siguiente: Puesto que todos pertenecemos al grupo de riesgo, entonces casi cualquier grupo a estudiar presenta pertinencia al tema ( y digo que casi cualquier grupo porque estoy descartando a los muy pequeñitos y a los ancianos -no porque considere que no se puedan infectar, sino porque creo que las probabilidades de contagio son muy reducidas. Es más, en el caso de los bebidos que nacen infectados, la medida preventiva no la van a tomar ellos, sino sus papás. De igual forma, no hay manera, además de un análisis de laboratorio, de que se determine si la sangre para una transfusión está contaminada o si no lo está -y que pienso en esta situación como la que proporciona mayor probabilidad de infección de una persona anciana-; por lo tanto, no es responsabilidad de la persona que recibe la transfusión sanguínea la infección de VIH -y mucho menos por falta de conciencia-).

Así, el grupo que escogí es el de los empleados jóvenes (18 a 30 años), de los comercios de la colonia Centro de Cuautla, Morelos (tanto hombres como mujeres). Primeramente porque, según estudios de CONASIDA, la población que presenta mayor concentración de infectados del VIH es la de los jóvenes de 15 a 19 años; sin embargo, mi población la considero desde los 18 años porque es cuando se puede considerar a un sujeto como legalmente adulto y se incorpora a la comunidad económicamente activa; es empleado. El otro extremo **está** definido hasta los 30 años porque considero a los sujetos de esta edad como adultos jóvenes.

Otra característica que define a mi población seleccionada es que parto del supuesto de que en la provincia se tiene un mayor índice de prejuicio y estigma que en las ciudades. Cuautla no está muy lejos de la Ciudad de México y esto incrementa las posibilidades de llevar a cabo el estudio por la cuestión del presupuesto (no es muy costoso).

Además, considero que la población escogida (los empleados de los comercios), tiene cierta homogeneidad porque son prestadores de servicios a cambio de un salario (sin importar a qué se dedique el establecimiento). Así mismo, también se tienen características heterogéneas porque los empleados no necesariamente viven en la colonia Centro (ni siquiera en Cuautla). El factor que más interesa, es la homogeneidad.

Un aspecto importante del que se debe hacer mención es que, aún cuando el estudio tiene como centro la representación conceptual o semántica del sida, no debemos olvidar el contexto que rodea a dicho estudio y me refiero a que estamos en México. Nuestro país atravieza por una situación económica muy difícil que se originó el año pasado (1995). Este es un factor que genera un supuesto más: La tolerancia que habitualmente tiene la gente se ha reducido de manera considerable a todo lo cotidiano, a todo lo que le rodea (en general, prevalece un ambiente más agresivo). A mayor tensión económica, menor el grado de tolerancia hacia lo que le rodea (incluyendo, por supuesto, al sida).

## 5.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

De acuerdo a información proporcionada por el Banco Mundial, en el reporte mundial de desarrollo de 1993 y específicamente en lo que se refiere a estudios de salud, la infección del VIH y su fase terminal (SIDA), se ha convertido en un blanco de atención importante en lo que a salud pública se refiere. Por esta razón, se deben de implementar programas de salud que sean acordes con el área económica y sociocultural para cada país, región y comunidad.

Según dicho reporte mundial de desarrollo 1993, existen grupos a los cuales se deben dirigir más específicamente estos programas y que son los grupos considerados como de alto riesgo de infección (trabajadores del sexo, sus clientes, las mujeres y los jóvenes).

Por el periodo de incubación del VIH, el grupo que presenta mayor riesgo de adquirir la infección del virus es el de los jóvenes (principalmente por la actividad sexual).

Con base en lo expuesto para el planteamiento del problema, podemos centrar dicho problema con la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la representación semántica que acerca del sida tienen los empleados jóvenes (de 18 a 30 años, tanto hombres como mujeres), de los comercios de la colonia Centro de Cuautla, Morelos?

### 5.3. OBJETIVOS

#### OBJETIVO GENERAL.

Conocer la representación semántica que acerca del sida tienen los empleados jóvenes (de 18 a 30 años, tanto hombres como mujeres), de los comercios de la colonia Centro de Cuautla, Morelos.

#### OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Conocer la representación semántica que acerca del sida tienen los empleados jóvenes (18 a 30 años; hombres), de los comercios de la colonia Centro de Cuautla, Morelos.

2. Conocer la representación semántica que acerca del sida tienen los empleados jóvenes (18 a 30 años; mujeres), de los comercios de la colonia Centro de Cuautla, Morelos.

3. Conocer si existen diferencias significativas por género entre las representaciones semánticas de los empleados jóvenes (18 a 30 años), de la colonia Centro de Cuautla, Morelos, acerca del sida.

### 5.4. DEFINICIONES.

REPRESENTACION SEMANTICA: Definición conceptual. Es la representación y organización del conocimiento en la memoria; la riqueza de las relaciones que se tienen; de las redes conceptuales y que son dichas redes las que determinan el significado de los conceptos.

REPRESENTACION SEMANTICA: Definición operacional. Es la riqueza del concepto estudiado. Dicho concepto se estudia a partir de que el sujeto exprese, en un instrumento, la riqueza de la red conceptual para conocer y determinar el significado del concepto.

OPINION: Definición conceptual. Es una expresión de la controversia, de la polémica que se tiene acerca de un objeto o asunto público y no individual o íntimo. Dicho asunto o objeto debe de ser relevante y la codificación del mismo puede ser favorable o desfavorable.

OPINION: Definición operacional. Cuando el sujeto se expresa de manera favorable o desfavorable en relación al SIDA a través de un cuestionario de tipo Likert. También se puede utilizar otro tipo de cuestionario.

SIDA: Definición conceptual. Es el conjunto de enfermedades que vienen como consecuencia de la infección del organismo humano por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), puesto que destruye gradual y progresivamente las defensas del cuerpo (sistema inmunológico humano), al atacar, principalmente, a las células L-4 o linfocito C-4. También ataca el sistema nervioso central (SNC).

Se considera por igual tanto al sujeto infectado por el VIH, como al que ha desarrollado SIDA por considerar que la población no hace distinción entre ambos.

También se considera por igual tanto a la enfermedad como al enfermo por el hecho de que los sujetos no piensan en abstracto y personifican la enfermedad.

SIDA: Definición operacional. Se va a medir a partir de la técnica de redes semánticas; misma que genera conceptos que sirven como definidores del término SIDA. La interpretación de los resultados, y en particular del conjunto SAM, nos servirá para conocer la representación semántica o conceptual, que acerca del sida se tiene en el grupo estudiado.

## 5.5. HIPOTESIS.

### \*HIPOTESIS DE TRABAJO.

1. Existe una red semántica que refleja el grado de información que acerca del sida tienen los empleados jóvenes (18 a 30 años), de la colonia Centro de Cuautla, Morelos.

2. Existen diferencias significativas por género en cuanto a la representación semántica que acerca del sida tienen los empleados jóvenes (18 a 30 años), de la colonia Centro de Cuautla, Morelos.

3. La representación semántica de los empleados jóvenes (18 a 30 años), masculinos de los comercios de la colonia Centro de Cuautla, Morelos, es más desfavorable hacia el sida que la representación semántica de las empleadas jóvenes, de la misma edad, de los comercios de la misma localidad.

### \*HIPOTESIS ESTADISTICAS.

1. H1: Por género, se tienen diferencias en cuanto a la representación semántica que acerca del sida tienen los empleados jóvenes (18 a 30 años), de la colonia Centro de Cuautla, Morelos.

Ho: Por género, no se tienen diferencias en cuanto a la representación semántica que acerca del sida tienen los empleados jóvenes (18 a 30 años), de la colonia Centro de Cuautla, Morelos.

2. H2: La representación semántica de los empleados jóvenes (18 a 30 años), masculinos de los comercios de la colonia Centro de Cuautla, Morelos, es más desfavorable hacia el sida que la representación semántica de las empleadas jóvenes (18 a 30 años), de los comercios de la misma localidad.

Ho: La representación semántica de los empleados jóvenes (18 a 30 años), masculinos de los comercios de la colonia Centro de Cuautla, Morelos, no es más desfavorable hacia el sida que la representación semántica de las empleadas jóvenes (18 a 30 años), de los comercios de la misma localidad.

#### 5.6. VARIABLES.

Las variables que intervienen en el presente estudio de opinión son las siguientes:

Variable de trabajo (VT):

\*Representación semántica que tienen los empleados jóvenes (18 a 30 años, tanto hombres como mujeres), de los comercios de la colonia Centro de Cuautla, Morelos.

Otras Variables que intervienen (VI):

- \*Sida
- \*Edad
- \*Sexo
- \*Escolaridad
- \*Estado civil
- \*Cuautla

#### 5.7. TIPO DE ESTUDIO.

De acuerdo a los objetivos planteados, se trata de un estudio descriptivo puesto que no se pretende conocer las relaciones entre las variables que intervienen para afirmar o rechazar las hipótesis, sino que se pretende describir la representación semántica acerca del sida y sin tener una relación causal entre las variables. Existe como variable de trabajo la representación semántica del grupo seleccionado acerca del sida, y las demás sólo son variables que intervienen.

Así mismo, también se trata de un estudio de campo puesto que la aplicación del instrumento corresponde al ambiente de los empleados; porque se les visita en su lugar de trabajo.

### 5.8. INSTRUMENTO.

El primer instrumento que se procedió a aplicar es del tipo Likert de valoración de puntos puesto que dicho instrumento permite la codificación del saber común como favorable o desfavorable.

En un primer intento por construir una escala de medición, se formaron 22 afirmaciones y se aplicó el cuestionario de piloteo a 55 sujetos de ambos sexos. En un primer momento se consideró al enfermo y no a la enfermedad y es por esta razón que las afirmaciones tienen la tendencia a mencionar más al enfermo que al VIH o al SIDA.

Una vez aplicados los cuestionarios, se procedió a la calificación de los mismos considerando cada afirmación como positiva o negativa. El sujeto marcó sólo una opción en cada afirmación.

El siguiente paso fue la captura de los datos de los cuestionarios ya calificados para cada uno de los 55 sujetos.

Con el archivo de los datos capturados, se procedió a sortear los cuestionarios con base en la puntuación total de cada sujeto (de menor a mayor), para así poder seleccionar dos grupos de sujetos; el primer grupo es el formado con los 14 sujetos que obtuvieron las puntuaciones más bajas; el segundo grupo es el de los 14 sujetos que obtuvieron las puntuaciones más altas.

Con estos dos grupos de sujetos, y eliminando a los demás sujetos, se procedió a realizar la prueba estadística T-Student para cada afirmación, y con los resultados de dicha prueba estadística se obtuvieron las afirmaciones que estadísticamente discriminan. Las afirmaciones que no discriminan son eliminadas del instrumento (estas afirmaciones eliminadas se encuentran señaladas con una equis "X").

El instrumento mencionado se encuentra en el anexo 1. La construcción del instrumento definitivo continúa...

En cuanto a los avances del instrumento, puesto que quedaron pocas afirmaciones en el instrumento validado, se procedió a realizar otro con las afirmaciones que sí discriminaron, más algunas de la tesis de "Encuesta de opinión a la comunidad universitaria sobre la aparición y propagación del SIDA" (Sánchez, 1987). También se anexaron algunas propias. El segundo instrumento se debe de llevar a campo para ver el comportamiento del mismo y poderlo validar estadísticamente. El segundo instrumento se encuentra incluido en el anexo 1.

En el proceso de construcción del instrumento definitivo, se elaboró un tercer cuestionario y que se refiere a la técnica de redes semánticas -de la que se habla en el punto 3.2 del capítulo 3-. Dicho instrumento tiene las características siguientes:

1. Al sujeto se le pide que, en forma de lista, escriba las diez primeras palabras que se le ocurran en relación al sida.

2. Una vez obtenida la lista, se le pide al sujeto que le asigne un valor a las palabras que escribió, en orden de importancia según su criterio, para definir SIDA (del 1 al 10; 1 a la palabra que considera más importante para definir el término, 2 a la palabra que le sigue en importancia, y así sucesivamente hasta llegar a la calificación de 10 para la palabra menos importante a juicio del sujeto para definir SIDA).

Con la información obtenida del tercer cuestionario, el cual fue aplicado a 120 sujetos -65 hombres y 55 mujeres-, se elaboró una tabla de frecuencias de las palabras. Además, de que se respetaron los criterios de importancia que el sujeto dió a cada palabra en dicha tabla de frecuencias. Es decir, que si una persona escribe la palabra "sangre", por ejemplo, se va a considerar no sólo las veces que se repite la palabra "sangre", sino que también se toma en cuenta si el sujeto codificó dicha palabra con 1, con 2, con 3, con 4... Así, la tabla de frecuencias se vuelve más amplia, proporciona mayor riqueza y contiene más información.

El instrumento tres se elaboró por el cambio que el estudio sufrió. Inicialmente se pensaba en un estudio de opinión; sin embargo, se consideró como importante iniciar con la representación semántica para conocer la riqueza de la red conceptual acerca del sida para así poder elaborar, posteriormente y en otro estudio de continuidad del presente, un estudio de opinión con base en la información o la no información que el grupo a estudiar contenga. El tercer instrumento se encuentra incluido en el anexo 1.

Cabe además mencionar como importante que se piensa retomar el instrumento 2 para que, en combinación con el tercer instrumento, se elabore uno nuevo para poder realizar una continuidad del presente estudio y que permita conocer la opinión del grupo estudiado, acerca del sida. Dicha continuidad es motivo de otro estudio, no del presente.

## 5.9. RESULTADOS

## RED SEMANTICA -HOMBRES-

ADJETIVO	FRECUENCIA	ADJETIVO	FRECUENCIA
1. sexo	365	50. hospital	13
2. enfermedad	365	51. desprecio	13
3. muerte	280	52. abundadte	12
4. virus	182	53. importante	12
5. prostitución	132	54. duda	12
6. incurable	126	55. angustia	12
7. mortal	107	56. resignación	11
8. rechazo	87	57. transfusión	11
9. contagioso	85	58. inocencia	11
10. condón	84	59. bisexual	10
11. venerea	77	60. espantoso	10
12. prevención	67	61. soledad	10
13. transmisión	66	62. pasión	10
14. sangre	63	63. estrés	10
15. homosexual	58	64. ambiente	10
16. promiscuidad	49	65. veneno	10
17. ignorancia	44	66. orientación	9
18. inyección	39	67. incapacidad	9
19. descuido	35	68. discotheque	9
20. drogadicción	33	69. cortada	9
21. sufrimiento	32	70. responsabilidad	9
22. anticonceptivos	31	71. mal	9
23. debilidad	30	72. involuntad	9
24. inmunodeficiencia	29	73. fatal	9
25. destrucción	28	74. innecesario	8
26. relaciones	26	75. indeseable	8
27. familia	26	76. ayuda	8
28. desesperación	24	77. voluntad	8
29. información	23	78. degradación	8
30. arrepentimiento	22	79. atrevimiento	8
31. síndrome	21	80. culpa	8
32. adolescencia	21	81. problema	8
33. fiebre	21	82. planificación	8
34. irresponsabilidad	21	83. zancudo	7
35. cuidado	19	84. malo	7
36. miedo	19	85. no molestar	7
37. triste	18	86. transformación	7
38. depresión	18	87. conciencia	7
39. vacunas	17	88. libertinaje	7
40. protección	17	89. abstinencia	7
41. conocer	17	90. obsesión	7
42. palidez	16	91. reflexión	7
43. amargura	15	92. nauseas	7
44. curiosidad	15	93. desmoralización	7
45. higiene	15	94. acongojamiento	7
46. doloroso	14	95. monogamia	7
47. temible	14	96. confusión	7
48. infidelidad	14	97. enfermo	7
49. poligamia	14	98. método	7

99. hereditaria	7	152.repugnante	2
100.daño	7	153.no destruir	2
101.genética	7	154.pastillas	2
102.comprensión	6	155.tabaquismo	2
103.locura	6	156.malestar	2
104.jamás	6	157.drogadictos	2
105.sífilis	6	158.decisión	2
106.personas	6	159.recursos	2
107.venganza	6	160.inmadurés	2
108.frustración	6	161.extinción	2
109.trabajo	6	162.fin	2
110.antisocial	6	163.adicción sexual	2
111.remordimiento	6	164.jeringas	2
112.mujer	6	165.desempleo	2
113.arruina	5	166.sociedad	2
114.maligno	5	167.olvido	2
115.tratamiento	5	168.desconocidos	2
116.excitación	5	169.presión	1
117.dolor moral	5	170.pláticas	1
118.hombre	5	171.suciedad	1
119.operación	5	172.indiferencia	1
120.heterosexual	5	173.caracter	1
121.porno	4	174.contenerse	1
122.desastrozo	4	175.sensible	1
123.infección	4	176.desilución	1
124.intentar	4	177.econimía	1
125.perinatal	4	178.Magic Johnson	1
126.objetos	4	179.tiempo	1
127.deseo	4	180.contaminación	1
128.incomprensible	4	181.inferioridad	1
129.desolado	4	182.violación	1
130.alcohol	4		
131.desgracia	4		
132.sueños truncados	4		
133.instrumentos	4		
134.error	4		
135.desmoralidad	4		
136.medicamento	4		
137.peligro	4		
138.inocencia	4		
139.molesta	3		
140.insoportable	3		
141.esperanza	3		
142.autoestima	3		
143.contracción	3		
144.suicidio	3		
145.ojos sumidos	3		
146.intensidad	3		
147.aislamiento	3		
148.agonía	3		
149.verg:uenza	3		
150.embarazo	3		
151.rastrillo	3		

**RED SEMANTICA      -MUJERES-**

ADJETIVO	FRECUENCIA	ADJETIVO	FRECUENCIA
1. enfermedad	213	47.salud	15
2. muerte	201	48.inmadurez	15
3. sexo	192	49.análisis	15
4. prostitución	159	50.suicidio	14
5. contagioso	128	51.protección	14
6. rechazo	103	52.frustración	14
7. homosexualismo	86	53.transmisión	13
8. virus	80	54.daño	13
9. ignorancia	58	55.cuidado	13
10.sangre	56	56.fortaleza	13
11.tristeza	50	57.decepción	12
12.descuido	47	58.orgía	11
13.mortal	44	59.discriminación	11
14.drogadicción	43	60.problema	11
15.soledad	42	61.desesperación	11
16.temor	42	62.amor	11
17.dolor	41	63.higiene	10
18.violación	39	64.monogamia	10
19.familia	37	65.psicología	10
20.transfusión	35	66.conocimiento de	
21.destrucción	35	la pareja	10
22.abandono	35	67.emoción	10
23.infidelidad	35	68.prevencción	10
24.sufrimiento	32	69.importante	9
25.peligroso	23	70.agujas	9
26.características		71.maternal	9
físicas	23	72.precaución	9
27.depresión	23	73.sociedad	9
28.incurable	22	74.crimen	9
29.condón	22	75.desinformación	9
30.venérea	22	76.síndrome	8
31.miedo	21	77.accidentes	8
32.inseguridad	21	78.degradación	8
33.vida	20	79.malo	8
34.aceptación	19	80.lesbianismo	8
35.información	18	81.desintegración	8
36.angustia	18	82.cambios	8
37.infección	18	83.odio	8
38.promiscuidad	17	84.lenta	8
39.perinatal	16	85.vacuna	8
40.humor	16	86.tratamiento	8
41.descuido	16	87.desconfianza	8
42.desprecio	16	88.extensivo	7
43.arrepentimiento	16	89.inmunidad	7
44.inconciencia	15	90.desunión	7
45.irresponsabilidad	15	91.jeringas	7
46.instrumentos	15	92.diversión	7

93. desgracia	7	146. herencia	2
94. castigo	7	147. bigamia	1
95. novio	7	148. desahogamiento	1
96. serio	7	149. suciedad	1
97. difícil	7	150. hospital	1
98. control	6	151. esperanza	1
99. robos	6	152. beso	1
100. jóvenes	6	153. patanería	1
101. tragedia	6	154. nostalgia	1
102. impotencia	6	155. pobreza	1
103. fracaso	6	156. ambiente	1
104. distorsión	6	157. decepción	1
105. abstinencia	6		
106. apoyo	6		
107. realidad	5		
108. corrupción	5		
109. necesidad	5		
110. confusión	5		
111. epidemia	5		
112. sabotaje	5		
113. seguridad	4		
114. engaño	4		
115. malestar	4		
116. pérdida de valores humanos	4		
117. caos	4		
118. síntomas	4		
119. misteriosa	4		
120. desahuciado	4		
121. enojo	4		
122. tatuajes	4		
123. tranquilidad	4		
124. ayuda	4		
125. influencia	4		
126. alcoholismo	3		
127. racismo	3		
128. torpeza	3		
129. economía	3		
130. cortada	3		
131. decaimiento	3		
132. dignidad	3		
133. edad	3		
134. accidente	3		
135. mal	3		
136. venganza	2		
137. inmovilidad	2		
138. desconocido	2		
139. libertinaje	2		
140. vergüenza	2		
141. cuerpo	2		
142. amigos	2		
143. interminable	2		
144. antisocial	2		
145. amargura	2		

**TABLA DE VALORES SEMANTICOS.**

	HOMBRES	MUJERES
Valor J:	182	157
Valor M:	Se encuentra el las listas. Las frecuencias en orden de mayor a menor.	
Conjunto SAM:	sexo.....365 enfermedad....365 muerte.....280 virus.....182 prostitución..132 incurable.....126 mortal.....107 rechazo.....87 contagioso.....85 condón.....84	enfermedad.....213 muerte.....201 sexo.....192 prostitución...159 contagioso....128 rechazo.....103 homosexualismo..86 virus.....80 ignorancia.....58 sangre.....56
Valor G:	31.22	13.77
Valor FMG:	1. 100% 2. 100% 3. 76% 4. 49% 5. 36% 6. 34% 7. 29% 8. 23% 9. 23% 10. 23%	1. 100% 2. 94% 3. 90% 4. 74% 5. 60% 6. 48% 7. 40% 8. 37% 9. 27% 10. 26%
Valor S:	10	10
Valor F:		
Valor L:		
Valor CAR:		
Valor Z:		
Valor B:		
Valor C:		
Valor Q:		
Valor H:		

## CAPITULO VI

## INTERPRETACION DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

Una vez que el estudio proporcionó los resultados que se encuentran en el apartado 5.9 del capítulo 5, el siguiente paso consiste en la interpretación de los mismos para luego realizar conclusiones al respecto.

Primeramente, fue notorio que, tanto las mujeres como los hombres, asocian al SIDA con sexo, enfermedad y muerte, aunque no en el mismo orden, pero sí son los tres primeros conceptos.

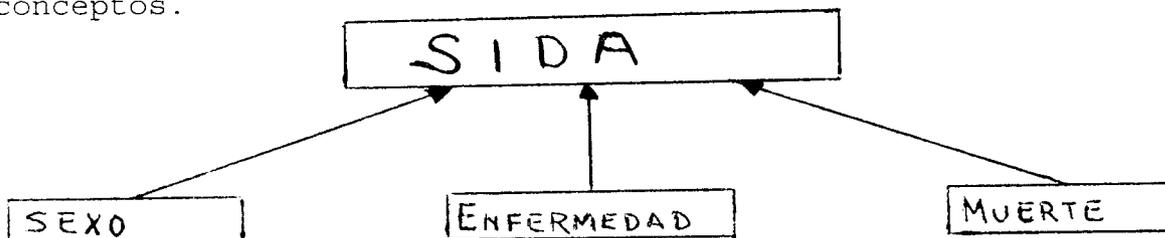


figura 6.1

El conjunto SAM es muy similar en ambos grupos y se refleja una fuerte tendencia social, puesto que tanto sexo, enfermedad, muerte, prostitución, mortal, rechazo, contagioso, homosexualismo, intolerancia y condón son adjetivos de carácter social. Virus y sangre no son de carácter social pero también representan una parte de la red conceptual a partir de la memoria semántica grupal.

Los conceptos utilizados como definidores reflejan que se tiene una imagen de miedo acerca del SIDA.

Por otro lado, cabe mencionar que las hipótesis planteadas como nulas, finalmente son las que se van a aceptar puesto que: 1) No existen diferencias significativas por género en cuanto a la representación semántica que acerca del sida tiene el grupo estudiado ( el conjunto SAM, que refleja el resultado tanto para hombres como para mujeres, en ambos casos es muy parecido puesto que contiene casi los mismos adjetivos -aunque el orden no sea el mismo-); y 2) Si no existen diferencias significativas por género, menos podemos decir que un grupo fuera más favorable o menos favorable que el otro. En ese sentido, las hipótesis nulas reflejan la representación semántica del grupo estudiado.

Estadísticamente, lo que se pretendía es que se aceptaran las hipótesis alternas; sin embargo, son las

hipótesis nulas las que se aceptan porque no existen diferencias significativas por género y tampoco existe una representación semántica más favorable, por parte de las mujeres. Es decir, que en la curva "Normal Standard", las hipótesis nulas se encuentran dentro del área de aceptación.

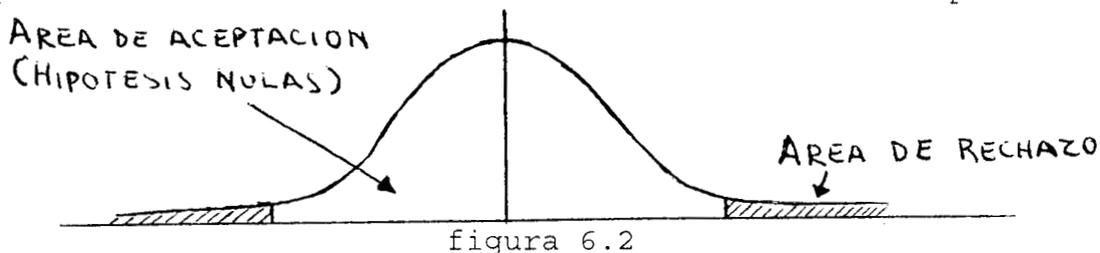


figura 6.2

Aún con todo esto, el objetivo general sí se cumplió puesto que se conoce, a partir de los resultados obtenidos, la representación semántica del grupo de estudio.

Finalmente, se puede concluir que existe un nivel conceptual aceptable acerca del sida, en los empleados jóvenes de la Colonia Centro de Cuautla, Morelos. Se trata de un grupo informado. De esto se puede afirmar que la opinión que se tiene acerca del sida, es una opinión con información (aunque para conocer dicha opinión, se realice otro estudio); sin embargo, se refleja una tendencia en un sentido de tener actitudes y conductas como si se careciera de información. En primer lugar, por la conceptualización del sida con base en el miedo que se refleja. En segundo lugar, porque se incluyen adjetivos que asocian al sida con un grado considerable de estigma y de prejuicio (algunas personas reflejaron mucho esta posición porque, al pedirles que contestaran el cuestionario, se negaron por pensar que se les estaba considerando como personas infectadas por el VIH/SIDA o que se les relacionaba con homosexualidad -un argumento surgido durante la aplicación del cuestionario fue: "Yo no le hago a eso"-).

La tendencia prejuiciosa y estigmatizante se supone en grupos desinformados; sin embargo, por lo menos en relación al sida, el grupo estudiado tiene una tendencia como si careciera de información al respecto del sida.

El paso a seguir (según mi propuesta), en otra investigación y que se realice como una continuidad de la presente, es el de formar un cuestionario de opinión tipo Likert y que tome como base el conjunto SAM y quizá algunos adjetivos más de los que se obtuvieron con la red semántica.

La finalidad sería la de llegar a un estudio de actitudes que permita tener elementos firmes como base de campañas educativas de prevención e interrelación.

Ya sabemos, como punto de partida, que se tiene una imagen de miedo acerca del VIH/SIDA; también se pudo observar

que existe una fuerte pertenencia de grupo. Conociendo la opinión y las actitudes, se puede trabajar en la elaboración de la adecuación de las campañas educativas y, sobre todo, basadas en los miedos regionales y en los puntos más conflictivos además de contener información más explícita y especificativa en un lenguaje lo más coloquial posible.

Sería de gran beneficio evaluar, después de un tiempo, la efectividad de las adecuaciones impuestas a las campañas educativas.

ANEXO.

## INSTRUMENTO 1.

El primer instrumento, que a continuación aparece, es de tipo Likert de valoración de puntos.

Al sujeto se le presenta una serie de afirmaciones en las cuales él tiene que marcar sólo una opción para cada afirmación en donde manifiesta qué tan de acuerdo o qué tan en desacuerdo se encuentra con respecto a la afirmación.

Las afirmaciones señaladas con equis "X", son las que no presentaron una discriminación estadística y, por lo tanto, son eliminadas del instrumento. Las demás afirmaciones permanecen para ser incluidas en el segundo instrumento puesto que son muy pocas las afirmaciones que permanecieron como aceptadas por discriminar estadísticamente.



X 5. El uso del condón en la relación sexual, es importante para evitar el contagio de SIDA.

muy de de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en  
acuerdo desacuerdo

X 6. Deberían de matar a los enfermos de SIDA.

muy de de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en  
acuerdo desacuerdo

X 7. Se debe de hablar de SIDA con toda la gente.

muy de de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en  
acuerdo desacuerdo

8. Me puedo contagiar de SIDA por trabajar junto con una persona infectada.

muy de de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en  
acuerdo desacuerdo

9. El enfermo de SIDA debe sufrir transformaciones físicas.

muy de de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en  
acuerdo desacuerdo

10. Saludar de mano a un enfermo de SIDA no debe preocuparme.

muy de de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en  
acuerdo desacuerdo

11. La homosexualidad debe ser la principal causa de contagio de SIDA.

muy de de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en  
acuerdo desacuerdo

12. No debo compartir ropa con un enfermo de SIDA.

muy de de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en  
acuerdo desaciuerdo

13. Los niños deben estar informados acerca del SIDA.

muy de de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en  
acuerdo desaciuerdo

14. Mi trato con un enfermo de SIDA debe ser el mismo que con una persona sana.

muy de de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en  
acuerdo desaciuerdo

15. Los enfermos de SIDA tienen su merecido castigo.

muy de de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en  
acuerdo desaciuerdo

16. El enfermo de SIDA no debe ser mi compañero de trabajo.

muy de de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en  
acuerdo desaciuerdo

17. La gente sana debe utilizar los mismos trastos para comer que el enfermo de SIDA.

muy de de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en  
acuerdo desaciuerdo

✗ 18. El enfermo de SIDA debe ser respetado en sus derechos humanos.

muy de de acuerdo indeciso en desacuerdo muy en  
acuerdo desaciuerdo



A continuación aparece el vaciado de los resultados de los cuestionarios. Dichos resultados aparecen como datos del paquete estadístico Mystat -que es una versión personal del paquete llamado Systat.

Los datos son presentados en forma de grupos, los cuales se refieren a la calificación de cada sujeto. El número subrayado es el número de sujeto. Los datos aparecen en orden de menor a mayor con base en el número de sujeto ( sujeto 1, sujeto 2, sujeto 3..., hasta el sujeto 55).

Los demás números que aparecen en el grupo de datos para cada sujeto, se refieren a la calificación que se le asignó a su respuesta en cada una de las 22 afirmaciones que se le presentaron en el cuestionario. La lectura de dichos datos de las 22 afirmaciones, se lee en forma horizontal para los 22 números que siguen al número de sujeto.

Los números que continúan después de los 23 primeros - que siempre se leen en forma horizontal-, se refieren a sexo, división escolar dentro de la universidad, estado civil y puntuación total (este último valor, puntuación total, se encuentra encerrado en un círculo o elipse por tratarse del valor que se va a considerar para ordenar posteriormente los cuestionarios de los sujetos -de menor a mayor-, y así poder realizar el análisis estadístico).

Voy a mencionar un ejemplo a partir de los datos del sujeto uno (1) y que se encuentran iluminados con marcatexto:

Los datos los leemos en forma horizontal. El número 1.000 es el número del sujeto; el 5.000 es la calificación obtenida para la primera afirmación (con base en la técnica de cuestionarios tipo Likert); el siguiente 5.000 es la calificación para la segunda afirmación; el 4.000, es la calificación para la tercera afirmación; el siguiente 5.000 es la calificación para la cuarta afirmación; el siguiente 4.000 es la calificación para la quinta afirmación; el siguiente 5.000 es la calificación para la sexta afirmación; el siguiente 5.000 es la calificación para la séptima afirmación; el 3.000 es la calificación para la octava afirmación... hasta llegar al último 5.000 como la calificación para la 22ava afirmación. El número 1 que le sigue se refiere al sexo (1=hombre y 2=mujer), en este caso, el 1 se refiere a que el sujeto número uno es del sexo masculino; el número 3 que sigue se refiere a la división (1=CBI; 2=CBS Y 3=CSH) a la que el sujeto pertenece dentro de la universidad (CBI= Ciencias Básicas e Ingeniería; CBS= Ciencias Biológicas y de la Salud y CSH= Ciencias Sociales y Humanidades). Para el ejemplo, el sujeto uno pertenece a la división de CSH; el número que le **sigue es** el 1 y que se refiere al estado civil del sujeto (considerando 1=soltero y

2=casado); para el ejemplo, el sujeto uno es soltero. Finalmente, el número 84.000 es la puntuación total que obtuvo el cuestionario del sujeto número uno y que se basa en la suma de los resultados de las calificaciones de cada una de las afirmaciones.

El mismo procedimiento se realizó para todos y cada uno de los 54 sujetos restantes.

En las siguientes hojas sólo se presenta el vaciado de los datos con base en el número progresivo de los sujetos.

	<u>1.000,</u>	5.000,	5.000,	4.000,
5.000,	4.000,	5.000,	5.000,	3.000,
1.000,	5.000,	1.000,	1.000,	5.000,
5.000,	5.000,	1.000,	3.000,	5.000,
1.000,	5.000,	5.000,	5.000,	20.000, "1
" , "3	" , "1	" , "	84.000	" , "
	<u>2.000,</u>	5.000,	5.000,	4.000,
3.000,	4.000,	4.000,	4.000,	3.000,
2.000,	4.000,	3.000,	3.000,	4.000,
4.000,	3.000,	3.000,	3.000,	4.000,
4.000,	4.000,	4.000,	3.000,	24.000, "1
" , "3	" , "1	" , "	80.000	" , "
	<u>3.000,</u>	4.000,	5.000,	5.000,
2.000,	5.000,	5.000,	4.000,	5.000,
2.000,	5.000,	2.000,	2.000,	5.000,
5.000,	5.000,	4.000,	4.000,	5.000,
5.000,	4.000,	5.000,	5.000,	23.000, "1
" , "3	" , "1	" , "	93.000	" , "
	<u>4.000,</u>	4.000,	5.000,	4.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	2.000,
3.000,	5.000,	2.000,	1.000,	5.000,
4.000,	5.000,	5.000,	1.000,	5.000,
5.000,	5.000,	4.000,	5.000,	24.000, "1
" , "3	" , "1	" , "	90.000	" , "
	<u>5.000,</u>	4.000,	4.000,	4.000,
3.000,	5.000,	4.000,	5.000,	4.000,
4.000,	5.000,	2.000,	1.000,	3.000,
4.000,	3.000,	3.000,	2.000,	4.000,
4.000,	4.000,	4.000,	3.000,	20.000, "2
" , "3	" , "1	" , "	79.000	" , "
	<u>6.000,</u>	4.000,	5.000,	5.000,
3.000,	2.000,	5.000,	5.000,	3.000,
4.000,	5.000,	2.000,	3.000,	5.000,
4.000,	4.000,	3.000,	2.000,	5.000,
5.000,	5.000,	4.000,	5.000,	21.000, "2
" , "3	" , "1	" , "	88.000	" , "
	<u>7.000,</u>	2.000,	1.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	4.000,	3.000,	5.000,
5.000,	5.000,	4.000,	2.000,	4.000,
5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	22.000, "1
" , "2	" , "1	" , "	94.000	" , "
	<u>8.000,</u>	4.000,	4.000,	3.000,
3.000,	5.000,	5.000,	4.000,	4.000,
4.000,	4.000,	3.000,	3.000,	4.000,
4.000,	4.000,	4.000,	3.000,	4.000,
4.000,	4.000,	3.000,	3.000,	18.000, "1
" , "2	" , "1	" , "	83.000	" , "
	<u>9.000,</u>	5.000,	5.000,	3.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
3.000,	5.000,	5.000,	4.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	2.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	2.000,	23.000, "1
" , "1	" , "1	" , "	99.000	" , "

	<u>10.000,</u>	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
3.000,		5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
2.000,		5.000,	5.000,	2.000,	5.000,
4.000,		3.000,	5.000,	3.000,	5.000,
5.000,		5.000,	4.000,	5.000,	21.000,"2
","1		","1	","	<u>96.000</u>	
	<u>11.000,</u>	2.000,	5.000,	4.000,	4.000,
4.000,		4.000,	5.000,	4.000,	4.000,
3.000,		4.000,	2.000,	2.000,	4.000,
5.000,		5.000,	5.000,	4.000,	5.000,
5.000,		5.000,	4.000,	4.000,	19.000,"2
","2		","1	","	<u>88.000</u>	
	<u>12.000,</u>	3.000,	3.000,	4.000,	5.000,
3.000,		5.000,	3.000,	3.000,	5.000,
2.000,		5.000,	3.000,	5.000,	5.000,
3.000,		3.000,	3.000,	4.000,	3.000,
3.000,		5.000,	5.000,	3.000,	22.000,"1
","3		","1	","	<u>83.000</u>	
	<u>13.000,</u>	3.000,	5.000,	4.000,	4.000,
5.000,		4.000,	5.000,	4.000,	4.000,
4.000,		4.000,	4.000,	4.000,	4.000,
4.000,		4.000,	4.000,	4.000,	4.000,
4.000,		4.000,	4.000,	4.000,	24.000,"1
","3		","1	","	<u>89.000</u>	
	<u>14.000,</u>	5.000,	1.000,	2.000,	2.000,
1.000,		5.000,	1.000,	5.000,	1.000,
1.000,		3.000,	2.000,	1.000,	5.000,
1.000,		1.000,	1.000,	1.000,	3.000,
3.000,		5.000,	4.000,	5.000,	20.000,"1
","2		","1	","	<u>58.000</u>	
	<u>15.000,</u>	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
2.000,		4.000,	5.000,	4.000,	4.000,
3.000,		5.000,	4.000,	4.000,	5.000,
5.000,		5.000,	5.000,	3.000,	5.000,
5.000,		5.000,	4.000,	5.000,	20.000,"1
","2		","1	","	<u>97.000</u>	
	<u>16.000,</u>	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
4.000,		5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,		5.000,	3.000,	5.000,	5.000,
5.000,		5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,		5.000,	5.000,	3.000,	21.000,"1
","1		","1	","	<u>105.000</u>	
	<u>17.000,</u>	5.000,	4.000,	5.000,	1.000,
4.000,		4.000,	4.000,	5.000,	4.000,
4.000,		5.000,	4.000,	3.000,	5.000,
5.000,		4.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,		5.000,	5.000,	5.000,	22.000,"1
","2		","1	","	<u>97.000</u>	
	<u>18.000,</u>	5.000,	4.000,	5.000,	5.000,
4.000,		5.000,	4.000,	5.000,	4.000,
3.000,		5.000,	4.000,	4.000,	5.000,
5.000,		4.000,	4.000,	4.000,	5.000,
4.000,		5.000,	5.000,	4.000,	22.000,"1
","2		","1	","	<u>98.000</u>	

	<u>19.000,</u>		5.000,	5.000,	5.000,	
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
3.000,	5.000,	5.000,	5.000,	3.000,	5.000,	5.000,
4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	3.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	24.000,"2	
" , "2	" , "1	" ,	" ,	<u>103.000</u>		
	<u>20.000,</u>		5.000,	5.000,	5.000,	
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	24.000,"1	
" , "2	" , "2	" ,	" ,	<u>110.000</u>		
	<u>21.000,</u>		5.000,	5.000,	5.000,	
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
1.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	21.000,"1	
" , "2	" , "1	" ,	" ,	<u>105.000</u>		
	<u>22.000,</u>		4.000,	4.000,	5.000,	
5.000,	4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	
5.000,	4.000,	2.000,	2.000,	2.000,	2.000,	
5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	5.000,	5.000,	
5.000,	5.000,	5.000,	3.000,	22.000,"1		
" , "2	" , "1	" ,	" ,	<u>93.000</u>		
	<u>23.000,</u>		1.000,	5.000,	5.000,	
3.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	
5.000,	5.000,	4.000,	5.000,	5.000,	4.000,	
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	
5.000,	5.000,	5.000,	3.000,	22.000,"1		
" , "2	" , "1	" ,	" ,	<u>100.000</u>		
	<u>24.000,</u>		5.000,	4.000,	5.000,	
2.000,	5.000,	1.000,	5.000,	5.000,	3.000,	
3.000,	4.000,	4.000,	4.000,	4.000,	4.000,	
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	2.000,	5.000,	
4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	3.000,	21.000,"2	
" , "2	" , "1	" ,	" ,	<u>88.000</u>		
	<u>25.000,</u>		5.000,	4.000,	5.000,	
4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	
2.000,	2.000,	3.000,	3.000,	3.000,	5.000,	
5.000,	3.000,	3.000,	3.000,	3.000,	3.000,	
4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	25.000,"2	
" , "2	" , "1	" ,	" ,	<u>87.000</u>		
	<u>26.000,</u>		4.000,	4.000,	5.000,	
4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	
5.000,	5.000,	2.000,	2.000,	2.000,	5.000,	
4.000,	4.000,	4.000,	3.000,	3.000,	5.000,	
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	20.000,"1	
" , "1	" , "1	" ,	" ,	<u>95.000</u>		
	<u>27.000,</u>		5.000,	5.000,	5.000,	
4.000,	4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	
4.000,	4.000,	2.000,	3.000,	3.000,	4.000,	
5.000,	4.000,	4.000,	3.000,	3.000,	4.000,	
4.000,	5.000,	4.000,	4.000,	4.000,	21.000,"2	
" , "2	" , "1	" ,	" ,	<u>92.000</u>		

	<u>28.000,</u>	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	1.000,	4.000,	5.000,	4.000,	5.000,
2.000,	1.000,	5.000,	3.000,	5.000,	20.000,"2
5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	20.000,"2	
" , "2	" , "1	" ,	<u>94.000</u>		
	<u>29.000,</u>	2.000,	5.000,	5.000,	5.000,
4.000,	4.000,	5.000,	4.000,	5.000,	5.000,
4.000,	4.000,	4.000,	3.000,	5.000,	5.000,
2.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	19.000,"1	
" , "2	" , "1	" ,	<u>95.000</u>		
	<u>30.000,</u>	4.000,	5.000,	5.000,	5.000,
2.000,	4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
4.000,	5.000,	4.000,	5.000,	4.000,	5.000,
2.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	21.000,"2	
" , "3	" , "2	" ,	<u>98.000</u>		
	<u>31.000,</u>	2.000,	4.000,	5.000,	5.000,
1.000,	4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
4.000,	5.000,	5.000,	3.000,	5.000,	5.000,
4.000,	5.000,	5.000,	3.000,	5.000,	5.000,
5.000,	4.000,	4.000,	5.000,	26.000,"1	
" , "3	" , "1	" ,	<u>93.000</u>		
	<u>32.000,</u>	4.000,	4.000,	4.000,	4.000,
5.000,	5.000,	1.000,	4.000,	4.000,	4.000,
3.000,	5.000,	2.000,	3.000,	2.000,	2.000,
5.000,	4.000,	1.000,	5.000,	4.000,	4.000,
2.000,	4.000,	4.000,	2.000,	28.000,"1	
" , "3	" , "1	" ,	<u>77.000</u>		
	<u>33.000,</u>	3.000,	5.000,	5.000,	5.000,
3.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	4.000,	4.000,
5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	21.000,"2	
" , "1	" , "1	" ,	<u>102.000</u>		
	<u>34.000,</u>	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
4.000,	5.000,	5.000,	4.000,	5.000,	5.000,
5.000,	4.000,	5.000,	3.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	2.000,	26.000,"2	
" , "1	" , "1	" ,	<u>102.000</u>		
	<u>35.000,</u>	5.000,	4.000,	4.000,	4.000,
3.000,	4.000,	4.000,	5.000,	4.000,	4.000,
4.000,	5.000,	4.000,	4.000,	4.000,	4.000,
4.000,	4.000,	4.000,	4.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	4.000,	3.000,	27.000,"1	
" , "1	" , "1	" ,	<u>92.000</u>		
	<u>36.000,</u>	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	4.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	4.000,	5.000,	3.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	2.000,	3.000,	22.000,"1	
" , "1	" , "1	" ,	<u>101.000</u>		

	<u>37.000,</u>	4.000,	5.000,	5.000,	5.000,
4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
3.000,	5.000,	5.000,	5.000,	3.000,	4.000,
4.000,	4.000,	4.000,	4.000,	4.000,	4.000,
3.000,	5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	23.000,"1
","1	","1	","	","	<u>95.000</u>	
	<u>38.000,</u>	5.000,	4.000,	5.000,	
4.000,	4.000,	5.000,	4.000,	4.000,	5.000,
4.000,	4.000,	3.000,	4.000,	4.000,	5.000,
4.000,	4.000,	4.000,	4.000,	4.000,	5.000,
4.000,	4.000,	4.000,	4.000,	4.000,	23.000,"2
","1	","1	","	","	<u>92.000</u>	
	<u>39.000,</u>	5.000,	2.000,	5.000,	
1.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	3.000,
5.000,	3.000,	4.000,	1.000,	1.000,	5.000,
3.000,	5.000,	3.000,	2.000,	2.000,	5.000,
4.000,	5.000,	3.000,	1.000,	1.000,	20.000,"1
","3	","1	","	","	<u>80.000</u>	
	<u>40.000,</u>	5.000,	5.000,	1.000,	
3.000,	4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
4.000,	5.000,	4.000,	3.000,	3.000,	5.000,
4.000,	5.000,	5.000,	4.000,	4.000,	5.000,
5.000,	5.000,	3.000,	3.000,	3.000,	21.000,"1
","3	","1	","	","	<u>93.000</u>	
	<u>41.000,</u>	3.000,	4.000,	5.000,	
2.000,	4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	4.000,
3.000,	5.000,	3.000,	3.000,	3.000,	5.000,
5.000,	1.000,	5.000,	4.000,	4.000,	5.000,
5.000,	4.000,	4.000,	2.000,	2.000,	30.000,"1
","3	","2	","	","	<u>86.000</u>	
	<u>42.000,</u>	3.000,	4.000,	5.000,	
3.000,	4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
3.000,	5.000,	4.000,	3.000,	3.000,	5.000,
3.000,	5.000,	5.000,	3.000,	3.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	24.000,"1
","3	","1	","	","	<u>95.000</u>	
	<u>43.000,</u>	5.000,	2.000,	4.000,	
3.000,	5.000,	4.000,	5.000,	5.000,	4.000,
3.000,	4.000,	4.000,	2.000,	2.000,	5.000,
4.000,	4.000,	4.000,	3.000,	3.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	4.000,	24.000,"2
","3	","1	","	","	<u>89.000</u>	
	<u>44.000,</u>	4.000,	5.000,	5.000,	
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	4.000,
2.000,	4.000,	4.000,	4.000,	4.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	3.000,	3.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	23.000,"2
","3	","1	","	","	<u>100.000</u>	
	<u>45.000,</u>	5.000,	4.000,	5.000,	
2.000,	5.000,	5.000,	3.000,	5.000,	5.000,
2.000,	5.000,	2.000,	5.000,	5.000,	5.000,
4.000,	5.000,	4.000,	3.000,	3.000,	5.000,
5.000,	4.000,	5.000,	1.000,	1.000,	32.000,"2
","3	","2	","	","	<u>89.000</u>	

	<u>46.000,</u>	5.000,	4.000,	5.000,	5.000,
4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	4.000,	4.000,	4.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	29.000,"2
" , "3	" , "1	" ,	" ,	<u>105.000</u>	" ,
	<u>47.000,</u>	3.000,	5.000,	4.000,	5.000,
4.000,	4.000,	4.000,	5.000,	5.000,	5.000,
4.000,	4.000,	2.000,	5.000,	5.000,	5.000,
4.000,	4.000,	4.000,	2.000,	4.000,	4.000,
4.000,	5.000,	4.000,	4.000,	4.000,	23.000,"2
" , "3	" , "2	" ,	" ,	<u>89.000</u>	" ,
	<u>48.000,</u>	4.000,	5.000,	5.000,	5.000,
4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	4.000,	4.000,	4.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	4.000,	5.000,
5.000,	5.000,	4.000,	4.000,	4.000,	25.000,"2
" , "3	" , "1	" ,	" ,	<u>103.000</u>	" ,
	<u>49.000,</u>	1.000,	5.000,	5.000,	5.000,
3.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	4.000,	4.000,	4.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	24.000,"2
" , "3	" , "1	" ,	" ,	<u>102.000</u>	" ,
	<u>50.000,</u>	4.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	4.000,	5.000,
4.000,	5.000,	4.000,	2.000,	2.000,	4.000,
4.000,	4.000,	5.000,	4.000,	4.000,	5.000,
5.000,	5.000,	4.000,	4.000,	4.000,	24.000,"2
" , "3	" , "1	" ,	" ,	<u>97.000</u>	" ,
	<u>51.000,</u>	4.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
4.000,	5.000,	4.000,	4.000,	4.000,	4.000,
4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	3.000,	5.000,
4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	30.000,"2
" , "3	" , "1	" ,	" ,	<u>99.000</u>	" ,
	<u>52.000,</u>	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	4.000,	5.000,	5.000,	4.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	22.000,"2
" , "3	" , "2	" ,	" ,	<u>106.000</u>	" ,
	<u>53.000,</u>	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
1.000,	5.000,	1.000,	5.000,	5.000,	5.000,
2.000,	5.000,	4.000,	3.000,	3.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	4.000,	4.000,	5.000,
4.000,	5.000,	4.000,	4.000,	4.000,	23.000,"2
" , "3	" , "2	" ,	" ,	<u>92.000</u>	" ,
	<u>54.000,</u>	2.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
3.000,	2.000,	5.000,	2.000,	2.000,	5.000,
4.000,	5.000,	5.000,	4.000,	4.000,	5.000,
4.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	26.000,"2
" , "3	" , "1	" ,	" ,	<u>96.000</u>	" ,

	<u>55.000,</u>	4.000,	5.000,	4.000,	
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
2.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,
5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	5.000,	25.000,"2
","3	","1	","	105.000		

Finalmente, aparece a continuación el resultado del análisis estadístico con base en la prueba t-student.

Para la elaboración de la prueba, se consideraron inicialmente a los 55 sujetos. Se reordenaron con base en la puntuación total obtenida para cada uno según los resultados de los cuestionarios. El orden de los sujetos se realizó de menor a mayor con base en el último dato (puntuación total).

Se formaron así dos grupos: El grupo uno que contiene a los 14 sujetos con más baja puntuación total; y el grupo dos que contiene a los 14 sujetos con más alta puntuación total. Los sujetos que quedaron fuera de estos dos grupos, fueron eliminados y no se consideraron en el análisis estadístico.

La prueba t-student realizó una confrontación del grupo uno y el grupo dos para cada afirmación y así obtener la media, la desviación estándar y la probabilidad para saber si estadísticamente discrimina o no la afirmación.

En ese sentido, el resultado del análisis va a contener: número de afirmación (A1, A2, A3..., A22); grupo (1.000 y 2.000); N, que es el número de sujetos contenidos en cada grupo (14 para el grupo 1 y 14 para el grupo 2); Mean, que es la media en donde se concentra la mayor puntuación; SD, que es la desviación estándar y que representa la dispersión de los puntos; y la probabilidad, que es la que finalmente indica si la afirmación discrimina o si no lo hace desde el punto de vista estadístico.

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A1 GROUPED BY  
GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	4.071	0.997
2.000	14	4.071	1.439

POOLED VARIANCES T = .000 DF = 26 PROB = 1.000

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A2 GROUPED BY  
GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	3.929	0.917
2.000	14	4.929	0.267

POOLED VARIANCES T = 3.918 DF = 26 PROB = .000

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A3 GROUPED BY  
GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	4.214	0.893
2.000	14	4.929	0.267

POOLED VARIANCES T = 2.868 DF = 26 PROB = .008

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A4 GROUPED BY  
GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	3.143	1.351
2.000	14	4.357	0.842

POOLED VARIANCES T = 2.855 DF = 26 PROB = .008

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A5 GROUPED BY  
GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	4.429	0.852
2.000	14	5.000	0.000

INSUFFICIENT DATA FOR TEST

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A6 GROUPED BY  
GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	3.857	1.657
2.000	14	5.000	0.000

INSUFFICIENT DATA FOR TEST

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A7 GROUPED BY GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	4.500	0.650
2.000	14	5.000	0.000

INSUFFICIENT DATA FOR TEST

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A8 GROUPED BY GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	3.500	0.941
2.000	14	4.929	0.267

POOLED VARIANCES T = 5.467 DF = 26 PROB = .000

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A9 GROUPED BY GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	2.929	1.207
2.000	14	4.071	1.439

POOLED VARIANCES T = 2.277 DF = 26 PROB = .031

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A10 GROUPED BY GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	4.143	0.949
2.000	14	4.857	0.363

POOLED VARIANCES T = 2.630 DF = 26 PROB = .014

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A11 GROUPED BY GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	2.714	0.914
2.000	14	4.500	0.650

POOLED VARIANCES T = 5.957 DF = 26 PROB = .000

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A12 GROUPED BY GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	2.643	1.277
2.000	14	4.429	<b>0.646</b>

POOLED VARIANCES T = 4.667 DF = 26 PROB = .000

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A13 GROUPED BY  
GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	4.286	0.914
2.000	14	4.857	0.363
POOLED VARIANCES T =		2.174	DF = 26 PROB = .039

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A14 GROUPED BY  
GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	4.071	1.141
2.000	14	4.857	0.363
POOLED VARIANCES T =		2.455	DF = 26 PROB = .021

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A15 GROUPED BY  
GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	3.571	1.342
2.000	14	4.857	0.363
POOLED VARIANCES T =		3.459	DF = 26 PROB = .002

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A16 GROUPED BY  
GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	3.143	1.406
2.000	14	4.929	0.267
POOLED VARIANCES T =		4.667	DF = 26 PROB = .000

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A17 GROUPED BY  
GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	3.000	1.109
2.000	14	4.143	0.864
POOLED VARIANCES T =		3.040	DF = 26 PROB = .005

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A18 GROUPED BY  
GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	4.214	0.802
2.000	14	5.000	0.000

INSUFFICIENT DATA FOR TEST

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A19 GROUPED BY GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	3.714	1.139
2.000	14	5.000	0.000

INSUFFICIENT DATA FOR TEST

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A20 GROUPED BY GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	4.571	0.514
2.000	14	5.000	0.000

INSUFFICIENT DATA FOR TEST

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A21 GROUPED BY GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	4.143	0.663
2.000	14	4.714	0.825

POOLED VARIANCES T = 2.020 DF = 26 PROB = .054

INDEPENDENT SAMPLES T-TEST ON A22 GROUPED BY GRUPO

GROUP	N	MEAN	SD
1.000	14	3.357	1.216
2.000	14	4.071	0.997

POOLED VARIANCES T = 1.700 DF = 26 PROB = .101

MYSTAT PROCESSING FINISHED

INPUT STATEMENTS FOR THIS JOB:

```
QU
USE B:SIDA03
TTEST A1,A2,A3,A4,A5 * GRUPO
USE B:SIDA03
OUTPUT B:SIDA04
TTEST
A1,A2,A3,A4,A5,A6,A7,A8,A9,A10,A11,A12,A13,A14,A15,A16,A17,A1
A19,A20,A21
```

## INSTRUMENTO 2

El segundo instrumento es, al igual que el primero, del tipo Likert de valoración de puntos.

También en este instrumento se le presentan al sujeto una serie de afirmaciones para que marque en cada una de ellas sólo una opción que corresponda a su juicio personal.

Cabe mencionar que este instrumento nunca fue piloteado para ver su comportamiento. La razón por la que ya no se trabajó con este instrumento fue porque se comenzó a trabajar con el instrumento tres que se refiere a la técnica de las redes semánticas para poder conocer, primeramente, la red conceptual del grupo estudiado.

## ESTUDIO DE OPINION.

Nos interesa conocer su **opinión** acerca del sida. Coloque dentro del paréntesis el número de la opción que, a su juicio, mejor corresponda a cada afirmación.

Las opciones, con sus números, aparecen en la siguiente tabla:

- \*Totalmente de acuerdo.....( 1 )
- \*De acuerdo.....( 2 )
- \*Ni acuerdo, ni desacuerdo (indeciso).....( 3 )
- \*En desacuerdo.....( 4 )
- \*Totalmente en desacuerdo.....( 5 )

Agradecemos de antemano su colaboración.

- \*1. La mayor concentración de VIH puede estar en la sangre, semen y líquidos vaginales.....( )
- \*2. La persona recién infectada con el VIH presenta manifestaciones clínicas de la enfermedad.....( )
- \*3. El VIH se puede transmitir por el contacto casual con personas infectadas.....( )
- \*4. Una vía de contagio del VIH es por el piquete de insectos.....( )
- \*5. El sida empieza desde el momento en que se contrae la infección por el VIH.....( )
- \*6. El virus del sida se puede transmitir en las albercas.....( )
- \*7. El sida puede afectar a todos los individuos no importando edad o sexo.....( )
- \*8. El VIH deteriora el sistema de defensas de la persona que contrae la infección.....( )
- \*9. Los condones son efectivos para prevenir el sida....( )
- \*10. Tener relación sexual con la misma pareja sana evita y disminuye el riesgo de infectarse con el VIH.....( )
- \*11. Limitar el número de compañeras(os) sexuales es una forma de prevenir el contagio con el VIH.....( )
- \*12. Es lo mismo VIH que SIDA.....( )
- \*13. Estoy bien informado acerca del sida.....( )
- \*14. El uso del condón disminuye las sensaciones (no se siente lo mismo).....( )
- \*15. He usado condón. Pregunta sólo para varones.....( )
- \*16. Me preocupa la propagación del sida.....( )
- \*17. Creo estar en peligro de contraer sida.....( )
- \*18. Conozco los medios de propagación.....( )
- \*19. Los homosexuales son los causantes de la aparición del sida.....( )
- \*20. Conozco algún caso de sida.....( )
- \*21. De saber que un conocido mío estuviera infectado por el VIH, me alejaría de él.....( )
- \*22. Sería conveniente que las autoridades del Estado obligaran a la gente a realizarse el examen de sida para poder casarse.....( )

- \*23. No se debe de obligar a las personas a realizarse el examen de sida para conseguir trabajo.....( )
- \*24. Los enfermos de sida deben convivir con la demás gente.....( )
- \*25. El sida debe ser un castigo de Dios.....( )
- \*26. El enfermo de sida debe evitar que la demás gente se entere de su enfermedad.....( )
- \*27. Me puedo contagiar de sida por trabajar junto con una persona infectada.....( )
- \*28. Saludar de mano a un enfermo de sida no debe preocuparme.....( )
- \*29. La homosexualidad debe ser la principal causa de contagio de sida.....( )
- \*30. No debo compartir ropa con un enfermo de sida.....( )
- \*31. Los niños deben estar informados acerca del sida...( )
- \*32. Mi trato con un enfermo de sida debe ser el mismo que con una persona sana.....( )
- \*33. Los enfermos de sida tienen su merecido castigo....( )
- \*34. El enfermo de sida no debe ser mi compañero de trabajo.....( )
- \*35. La gente sana debe utilizar los mismos trastos para comer que el enfermo de sida.....( )
- \*36.El sida es un problema que nos afecta a todos por igual.....( )

-----  
 La siguiente información es sólo para fines estadísticos.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
 Escolaridad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Religión: \_\_\_\_\_

El principal medio por el que me enteré del sida fue:  
 (marque la(s) opciones en orden de importancia).

- a) Televisión ( )
- b) Radio ( ) ¿Qué estación? \_\_\_\_\_
- c) Periódico ( ) ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- d) Libros y conferencias ( )
- e) Por conocer un caso ( )
- f) Por otras personas ( )

### INSTRUMENTO 3.

El tercer instrumento presenta mucha facilidad de aplicación y de concentración de los datos obtenidos.

Consiste en una hoja que se les presentó a los sujetos doblada a la mitad con la finalidad de que sólo leyeran la primera instrucción; es decir, que sólo se les pedía que escribieran las diez primeras palabras que se les ocurrieran en relación al término SIDA.

Una vez que escribieron las diez palabras, se les pidió que le dieran vuelta a la hoja para que pudieran ver la segunda instrucción; es decir, que le asignaran un valor a cada afirmación, según su criterio, de la más importante -marcarla con el número 1-, a la menos importante -marcarla con el número 10.

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA  
IZTAPALAPA

ESTUDIO DE OPINION.

Estamos haciendo un estudio sobre la opinión de los morelenses hacia el **SIDA**, y nos gustaría saber su punto de vista.

Escriba por favor, en forma de columna, las diez primeras palabras que se le ocurran en relación al **SIDA**.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ahora, en la columna de líneas cortas de la derecha, numere de mayor "1" a menor "10", las palabras que escribió en orden a su importancia para definir SIDA.

Por ejemplo: si usted nos hubiera dicho, para definir MANZANA...

<u>roja</u>	<u>3</u>
<u>fresca</u>	<u>4</u>
<u>dulce</u>	<u>1</u>
<u>amarilla</u>	<u>6</u>
<u>lujosa</u>	<u>2</u>
<u>madura</u>	<u>5</u>
<u>redonda</u>	<u>7</u>
<u>verde</u>	<u>8</u>
<u>insípida</u>	<u>10</u>
<u>agria</u>	<u>9</u>

SEXO: Masculino ( )  
Femenino ( )

EDAD: \_\_\_\_\_

Muchas gracias por su colaboración.

Una vez elaborados y separados por género, los cuestionarios fueron tomados para elaborar una lista para cada uno de los sexos en donde aparecen todas las diferentes palabras que fueron escritas por los sujetos.

Se anotó el número de veces que apareció una misma palabra, pero también se respetó el valor jerarquizado que el sujeto asignó a la palabra.

Una vez terminada la lista y obteniendo todas las diferentes palabras con sus respectivas jerarquizaciones, se procedió a multiplicar el número de veces que apareció la palabra, con el valor según la importancia que se le asignó a la misma palabra según el valor jerarquizador.

Con la suma horizontal de los distintos puntajes obtenidos por una misma palabra, se obtuvo la frecuencia total para cada una de las distintas palabras.

Se procedió a ordenar las distintas palabras con base en la frecuencia total, de la mayor a la de menos frecuencia.

Se realizó el mismo procedimiento para hombres y para mujeres.

Con los resultados obtenidos de los cuestionarios, se obtuvieron los seis valores que aparecen en el capítulo 5, en el punto 5.9, que se refiere a resultados. Estos valores se describen en el capítulo 3, en el punto 3.2 que se refiere a redes semánticas.

**PLANOS DE LA COLONIA CENTRO  
DE CUAUTLA, MORELOS.**

En las siguientes dos páginas aparecen los planos (1 y 2) de la colonia Centro de Cuautla, Morelos; éstos planos fueron proporcionados por la oficina de Catastro y Regularización de Cuautla.

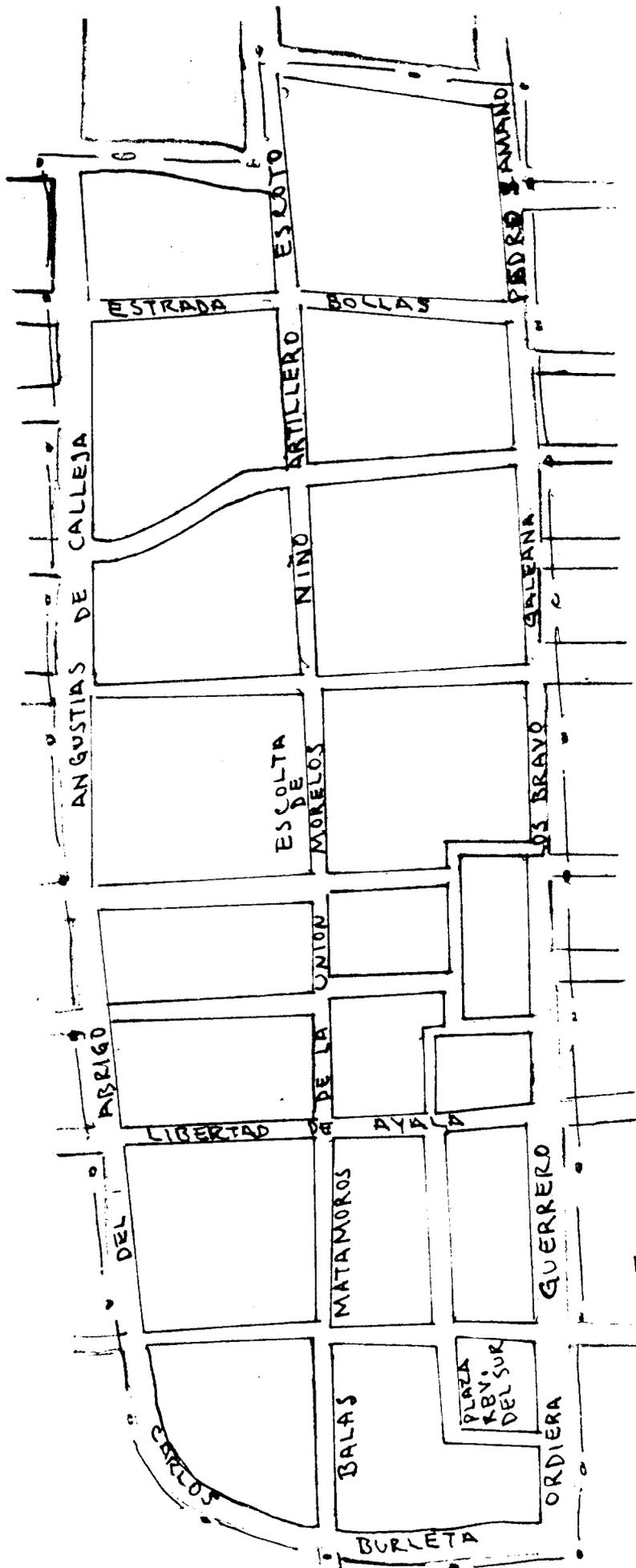




PLANO DE LA COLONIA CENTRO.

CUAUTLA MORELOS.

LIMITE DE COLONIA CENTRO 2



## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- LANE, Robert E. (1967). La opinión pública. Ed. fontanella, 1a. ed., Barcelona, 250 p.
- COSSIO, Carlos. La opinión pública. Ed. Paidos, 4a. ed., Buenos Aires, 246 p.
- RIVADENEIRA Prada, Raúl (1976). La opinión pública: Análisis, estructura y métodos para su estudio. Ed. Trillas, México, 189 p.
- MOLINA Vedia, Silvia (1978). Manual de opinión pública. UNAM, México, 113 p.
- BENEYTO, Juan (1969). La opinión pública: Teoría y técnicas. Ed tecnos, 2a. ed., Madrid, 202 p.
- SEPULVEDA Amor, Jaime (1989). Sida, ciencia y sociedad en México. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud pública, México, 507 p.
- GOFFMAN, Erving (1970). Estigma: La identidad deteriorada. Amorrortu editores, Buenos Aires, 172 p.
- ALLPORT, Gordon W. (1954). La naturaleza del prejuicio. Addison-Wesley, Cambridge, 537 p.
- HERNANDEZ Sampieri, R. (1991). Metodología de la investigación. Ed. Mc. Graw Hill, 1a. ed., México, 505 p.
- PERLMAN D. y Cozby P. (1992). Psicología Social. Ed. Mc. Graw Hill, 1a. ed., México, 521 p.
- IZAZOLA Licea, José A. (1994). "Educación sexual y prevención del sida" y "¿qué es el sexo más seguro?" en Manual

del video: "Cuando jóvenes y en caliente, mejor..."  
Consejo Nacional para la Prevención y Control del  
Sida (CONASIDA), México, 71 p.

SANCHEZ Alpizar, Ignacia (1987). Tesis de Licenciatura:  
Encuesta de opinión a la comunidad Universitaria  
sobre la aparición y propagación del SIDA. UNAM,  
Facultad de Derecho, México, 95 p.

GARCIA de Uña, Francisco J. (1980). Tesis de Licenciatura:  
Opinión pública: Estudio de la imagen de un  
gobernante. UNAM, Facultad de Psicología, México,  
192 p.

LOPEZ Subirós, Marta E. (1992). "Costa Rica: La opinión  
pública y el SIDA 1989-1991" en Revista de  
Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica,  
núm. 58, diciembre de 1992, págs. 55-64.

TELEVISA (1996). SIDA: Última llamada a la conciencia.  
Video.

TELEVISA (1996). SIDA: La profecía cumplida.  
Video.