



DISCURSO

& SOCIEDAD

Copyright © 2013
ISSN 1887-4606
Vol. 7(1), 26-48
www.dissoc.org

Artículo

**El SIDA quince años después:
representaciones discursivas de la
enfermedad y el rol de las campañas de
prevención**

*AIDS fifteen years later: discursive
representations of the illness and the role of
prevention campaigns*

María Valentina Noblía
Universidad de Buenos Aires

Resumen

El SIDA sigue siendo un problema para el Estado en materia de prevención fundamentalmente por su asociación directa con la sexualidad. En los años 90, los medios de comunicación, asociaciones no gubernamentales vinculadas a la lucha por los derechos de la comunidad homosexual y el Ministerio de Salud le dedicaron un lugar central en la agenda pública. Durante esos años no sólo se buscaba crear conciencia sobre las características de esta enfermedad, las vías de contagio y los principales modos de prevención, sino que también se buscó dismantlar los prejuicios y estigmas que generaba sobre ciertos grupos, en especial los homosexuales. Han pasado quince años y el SIDA ha desaparecido de la vida pública. En el marco de esta investigación nos proponemos relevar, a partir de una encuesta de opinión, cuáles son las representaciones discursivas sobre el SIDA, sobre quienes padecen la enfermedad, a la vez que rastrear qué perdura de los discursos preventivos en esas concepciones.

En el marco del Análisis Crítico del Discurso (Fairclough, 2003) y a partir de la propuesta de la teoría de la valoración (Martin y White, 2005) y de las metáforas (Lakoff y Johnson, 1995) analizaremos un corpus conformado por 109 encuestas realizadas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el informe anual correspondiente al año 2012 emitido por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Palabras clave: Análisis Crítico del Discurso, Teoría de la Valoración, SIDA, metáforas.

Abstract

AIDS is a problem for the State as for prevention fundamentally for its direct association with the sexuality. In the 90s, the mass media, nongovernmental organizations involved to the fight for the rights of the homosexual community and the Department of Health dedicated a central place in the public agenda.

During those years, these institutions were not only seeking to create consciousness on the characteristics of this disease, the routes of contagion and the main ways of prevention, but were also trying to dismantle the prejudices and stigmas generated on certain groups, especially homosexuals. After 15 years, AIDS has disappeared of the public discourse. In the frame of this paper we propose to analyze, from a public-opinion poll, the discursive representations on the AIDS, on the people who suffer this illness, and simultaneously to trace what stays of the preventive speeches in these conceptions.

In the framework of the Critical Discourse Analysis (Fairclough, 2003), the theory of the evaluation (Martin and White, 2005) and of the metaphors (Lakoff and Johnson, 1995) we will analyze a corpus shaped by 109 surveys realized in the area of the Ciudad Autónoma de Buenos Aires and the annual report corresponding to the year 2012 issued by the Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Key words: Critical Discourse Analysis – Evaluation Theory – AIDS - metaphors

Introducción

“Las metáforas y los mitos matan” (S. Sontag)

En los años 90, en la Argentina, una década después del ingreso del tema del SIDA en el discurso público, se comienzan a analizar las campañas de prevención que circulaban en ese entonces y que tenían como principal emisor, por un lado, al Estado Nacional y, por el otro, a organizaciones no gubernamentales vinculadas con la comunidad homosexual, fundamentalmente la Fundación Huésped.

Considerada una enfermedad mediática por excelencia (Verón, 1988), debido al rol central que ocuparon los medios no sólo en la difusión de información y prevención, sino también en la construcción y puesta en cuestión de ciertos prejuicios, la efectividad de las campañas de prevención fue “un aporte más al efecto sinérgico del conjunto de los medios, en especial la televisión” (Petracci, 1994). En esos años, en la Universidad de Buenos Aires¹, formamos parte de un equipo de investigación que tuvo como objetivo relevar las representaciones discursivas (Fairclough, 2003) que circulaban en la opinión pública respecto de la enfermedad, a partir de la información difundida por las campañas de prevención, con el propósito de poder evaluar el grado de conocimiento que compartía la ciudadanía respecto del tema.

El resultado de esa investigación arrojó diferentes datos: por un lado, que la gente tenía un conocimiento básico sobre las características de la enfermedad y los medios de contagio (Carrizo y Harriague, 2000); por otro, que esa información no provenía de los contenidos de las campañas de prevención, mayormente orientadas a combatir los prejuicios sobre el SIDA y su relación con grupos de riesgo (fundamentalmente, los homosexuales y drogadictos); y por último, que existía una fuerte condena social hacia los enfermos, por considerar que este mal respondía a modos de vida moralmente objetables respecto de la sexualidad y las drogas (Noblía, 1996; 1999). En los años 90, entonces, si bien el rol del Estado argentino era considerado deficitario respecto de las políticas de prevención, podía observarse que existían en la vía pública, en las instituciones de salud y en los medios, campañas que ponían en evidencia la preocupación social y gubernamental sobre el tema².

Han pasado veinte años desde esa investigación y el SIDA se ha naturalizado. Los medios en la Argentina sólo hacen mención a la enfermedad cuando surge alguna novedad con respecto a posibles avances en su tratamiento o métodos de cura, pero su presencia es esporádica. El Estado Nacional ha reducido la promoción de campañas de difusión masiva y su implementación se limita a la alusión a fechas significativas, como el

Día mundial de la lucha contra el SIDA, a la difusión de folletos en centros asistenciales, a la creación de una página web oficial y páginas en las redes sociales Facebook y Twitter, y a su incorporación dentro del programa de educación sexual en los colegios.

No obstante, en la Argentina, según la información brindada por el Ministerio de Salud, la enfermedad se encuentra estabilizada y mantiene desde hace 5 años su promedio. Luego de haber alcanzado un pico en 1996, comenzó a descender hasta estabilizarse en 2005. Así, según esta fuente, se diagnostican anualmente 5.500 casos de personas con VIH, fallecen aproximadamente 1400 por SIDA y se diagnostican 100 infecciones verticales (de madres a hijos/as). El amesetamiento de este indicador y la dificultad para bajar aún más la cantidad de infectados se debe, para el Ministerio, a los diagnósticos tardíos, a los obstáculos para adherirse a los tratamientos y a los problemas en la accesibilidad a los servicios de salud. Quizás, lo que no señala este informe es la ausencia casi absoluta de campañas preventivas en el ámbito público, que las campañas existentes dejan de lado aspectos relevantes sobre la enfermedad, y cómo la desigualdad que provoca la pobreza agrava el panorama.

En el marco de este trabajo, nos proponemos responder las siguientes preguntas de investigación: 1) ¿cómo define la gente al SIDA?; 2) ¿cuál es su conocimiento acerca de los métodos de prevención?; 3) ¿cómo relacionan ese conocimiento con las campañas de prevención implementadas por el Estado? Para ello analizaremos un corpus de 109 encuestas de opinión realizadas a personas de entre 17 y 65 años en el área de la Ciudad de Buenos Aires. A estos datos, le sumaremos el análisis del informe anual correspondiente al año 2012 que emite el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, en el que se realiza un balance anual sobre el estado de situación de la enfermedad en el país, lo cual nos permitirá cotejar los datos presentados en ambos discursos, el de la gente y el del Estado.

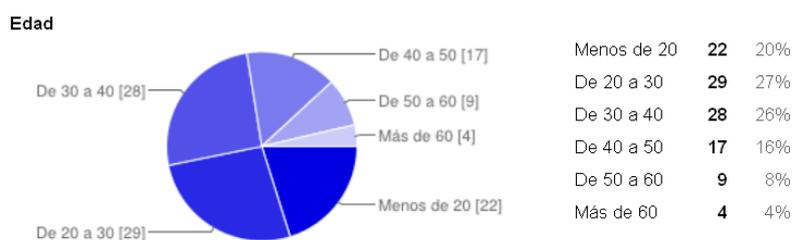
Marco teórico metodológico

Este trabajo se encuadra dentro de las líneas del Análisis Crítico del Discurso como perspectiva que permite considerar a los discursos –y a la semiosis en general- como parte de las prácticas sociales (Fairclough, 2003) y que retoma conceptos de la lingüística sistémico-funcional (Halliday, 2004), en particular los aportes de la teoría de la evaluación (Martin y White, 2005), y de la de las metáforas de Lakoff y Johnson (1995). La metodología de análisis es cualitativa (Strauss y Corbin, 2002; Pardo, 2003).

Corpus

Tal como mencionáramos previamente, para el desarrollo de este trabajo realizamos una encuesta en el área de la Ciudad de Buenos Aires que constaba de las siguientes preguntas: “¿Sabe qué es el SIDA?”; “¿Cómo lo definiría?”; “¿Sabe qué es el VIH?”; “¿Cómo lo definiría?”; “¿Sabe cuáles son los métodos de prevención?”; “¿Cuáles cree que son los más efectivos?”; “¿Alguna vez se hizo el test del VIH?”; “¿Recuerda alguna campaña de prevención del SIDA? ¿Cuál? ¿Podría describirla?”; “Durante mucho tiempo se creyó que el SIDA afectaba a algunos grupos en particular. ¿Qué opina usted al respecto?”.

Esta encuesta fue respondida por 109 nueve personas, distribuidas según las siguientes franjas etarias:



La segmentación por edad resulta un dato importante porque permite considerar la incidencia de la información brindada en la Argentina a través de los medios durante los años 80, la que circuló con la eclosión del tema a fines de los 90 y su paulatina desaparición de los medios y de los discursos públicos, al promediar la primera década del siglo XXI, en adelante.

Los datos cuantitativos serán tenidos en cuenta en la medida en que permiten reconocer el alcance de los efectos de las campañas en los distintos grupos etarios y la preponderancia de algunos tópicos respecto de la enfermedad.

Además de las opiniones mostradas a través de las encuestas, efectuamos un análisis del informe anual que emite la Dirección de SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Presidencia de la Nación Argentina. Tomamos el Boletín n° 29 sobre el VIH-sida en la Argentina (BVIH-sida29) de Diciembre de 2012.

Este Boletín anual resume el estado de situación de la enfermedad en el plano nacional y explica los cambios que se han ido observando respecto de la distribución social de los casos registrados, las formas de diagnóstico, los recursos preventivos y tratamientos. Se incluye también un apartado

denominado “Inclusión” y que refiere a las acciones preventivas en materia de discriminación e inclusión social de las personas afectadas.

Análisis de los datos

Una de las primeras impresiones que provocan las respuestas es su uniformidad. Sobre un total de 109 encuestados, un 99% sabe de qué está hablando cuando se le pregunta sobre el SIDA, y un 93% cuando se trata del VIH. Los contenidos centrales de las respuestas también son similares: la mayoría responde con términos técnicos que provienen de la medicina, reconoce los procesos que provoca el virus, cómo se manifiesta y se desencadena la enfermedad. No obstante, esas respuestas en apariencia homogéneas, plantean variantes que permiten profundizar sobre las asociaciones que en el imaginario social establece la enfermedad con otros temas y que la complejizan.

Con el fin de sistematizar la exposición, presentaremos el análisis a través de los siguientes ejes: la definición del virus y la enfermedad; las metáforas del SIDA; y, por último, los aspectos sociales en la conceptualización de la enfermedad y los enfermos.

El virus y la enfermedad

Como dijimos, las respuestas a la pregunta “¿Sabe qué es el SIDA? ¿Cómo lo definiría?” tuvieron en casi su totalidad una misma respuesta, con variantes mínimas. La mayoría parafraseó la sigla SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) y, desde esa definición técnica, explicó qué era lo que implicaba.

Los procesos marcan una relación atributiva en el que el segundo rol especifica la naturaleza (*infección*), el origen (*el retrovirus VIH*), las consecuencias (*debilitamiento del sistema inmunológico*), el modo de contagio (*sangre, sexo, fluidos, etc.*). Las expresiones lingüísticas en las que se realizan estos roles y sus cualidades provienen del discurso científico y médico. Este registro técnico del virus y la enfermedad tiene como resultado un efecto de objetividad, una suerte de descripción aséptica, casi neutra del SIDA. Incluso las metáforas léxicas que surgen son las que el discurso médico apela para describir las epidemias y enfermedades contagiosas, principalmente las vinculadas con el concepto de “invasión”, aplicable a cualquier tipo de “peste”. Citamos algunos casos a modo de ejemplo, aunque la muestra en general presenta en mayor o menor medida regularidad en las definiciones:

- “Es el *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida* que resulta del avance del *retrovirus* del VIH en el organismo.”
- “Es una *enfermedad infecciosa* consecuencia de haber adquirido el *virus de inmunodeficiencia humana o VIH.*”
- “Es un *síndrome causado por el virus del VIH.* Produce una *afección en el sistema inmunológico*, y provoca una *baja en el nivel de glóbulos blancos.* Esto conlleva que *el infectado se enferme más fácilmente* y que dichas enfermedades sean más graves en él.”
- “Se llama *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.* Sin conocimientos médicos, lo imagino como una *falla crónica en el sistema inmunológico* provocada por un *virus que ingresa al cuerpo.*”
- “*Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.* Es la enfermedad que produce el VIH, consiste en una *enfermedad infecciosa.* Se puede transmitir de una persona a otra *en forma sexual o sanguínea.* Empieza cuando *el virus ataca a los glóbulos blancos.* El VIH *debilita al sistema inmune* y otras *enfermedades aparecen porque no tenemos defensas.*”
- “*Síndrome de inmunodeficiencia adquirida,* es una enfermedad *causada por el VIH,* se puede *transmitir de manera horizontal* (por medio de jeringas infectadas o por transmisión sexual), *o vertical* (de madre a hijo)”.

En los ejemplos presentados, podemos destacar que las respuestas definen a la enfermedad por:

a) Su *relación* con el virus que la provoca (VIH). La enfermedad se define por el virus y el virus por la enfermedad. Esa relación casi tautológica se desarrolla a partir de una temporalización y manifestación de síntomas. El SIDA “es” la manifestación del virus y, en esta relación, se encuentra el germen de las metáforas que circulan sobre ella.

En este caso particular, los procesos que predominan son los relacionales ecuativos. El efecto de esta opción lleva a pensar en definiciones de tipo tautológicas:

- “El VIH es el SIDA” o “*Es el virus de esta enfermedad*”.

El concepto que guía estas definiciones es la indiferenciación o dificultad de reconocer una diferencia entre ambos:

- “Sinónimo de SIDA *creía*”.

- “(...) *No sé bien cuál es la diferencia*, en términos biológicos, entre quien está enfermo y quién sólo es portador del virus. Imagino que el portador tendrá la enfermedad latente y no presenta síntomas, pero *no estoy segura.*”
- “Entiendo que es *un término más específico para referirse a lo que normalmente llamamos SIDA*”

Las marcas modales epistémicas (“No sé bien” / “creía” / “pero no estoy segura” / “entiendo que”) dan la pauta para pensar que, en los encuestados, ese conocimiento “científico-técnico” se reduce sólo al manejo de un vocabulario específico.

Sobre el mismo esquema funcionan otras variantes de esa asociación directa que no establece límites entre el virus y lo que este provoca:

- “Es decir, con esta denominación (VIH) se hace foco *en el virus que provoca la enfermedad*”.
- “*La misma definición que el SIDA*”.
- “*el VIH es el virus de la enfermedad del SIDA*”.
- “*No encuentro la diferencia entre el SIDA y el VIH*”.

b) Su *punto de partida*, o sea la *fuerza y medio de contagio*. En este sentido hay coincidencias en definirla como una enfermedad infecciosa, provocada por el ingreso del VIH, a través de la sangre y otros fluidos, fundamentalmente por transfusiones mal controladas, por droga, tatuajes, por relaciones sexuales, de madres a hijos en el momento del parto o en la lactancia.

Las opciones léxicas más representativas respecto a los modos de contagio se articulan a partir de procesos transitivos y activos como *provocar, afectar, contagiar, atacar*. Estos tienen como actor natural al VIH. Estas alternativas básicas que se reiteran a lo largo del corpus, se caracterizan por expresar comportamientos negativos, muchas veces repuestos por contexto (como en el caso de atacar cuando la meta es el sistema de defensas y no la enfermedad) y otras ya codificados en el contenido semántico del ítem elegido, como por ejemplo en el caso de *contagiar*. En estos casos los procesos están asociados a dos actores claramente identificados: el *VIH*, rol que suele realizar las acciones negativas mencionadas; y los *medios o instrumentos de contagio*, que son los vehículos de la infección, como en el caso de las jeringas, el sexo, la sangre, la leche materna, etc.

- “Es *síndrome de inmunodeficiencia adquirida*. Provocado por el *virus VIH* que *afecta el sistema inmunológico*. Es de *contagio por sangre y algunos fluidos corporales* y se controla con medicación.”
- “*Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*: una enfermedad que afecta al sistema inmunológico y que se transmite por algunos *fluidos corporales (sangre, semen, fluidos vaginales)*.”

Podría decirse que se produce un desplazamiento en la agentividad, que va desde los sujetos (las personas), al objeto (el virus que desencadena la enfermedad).

Las nominalizaciones (por ejemplo, “ingreso”, “infección”, “transmisión”), en particular aquellas que cosifican a las personas en términos de recipiente o medio (“portador”), y el uso del “se” impersonal o pasivo (“se contagia”, “se transmite”) desplazan la acción desde las personas y sus conductas, al virus. Esta estrategia se modifica e invierte cuando los encuestados hablan de la enfermedad en su dimensión social, cuando deben referirse a los grupos de riesgo. En este caso, como veremos más adelante, la agentividad recae en las personas, acentuando los juicios de sanción social.

c) Sus *efectos*. Estos suelen presentarse en una gradualidad que va de la infección como una acción no manifiesta, latente, a estados intermedios como la inmunodepresión o falta de defensas, instancia que si bien la define como incurable prevé la posibilidad de ser controlada médicamente. Por último, en el otro extremo, se establece una relación SIDA-Muerte.

En este aspecto, es importante tomar en cuenta el juego que se establece entre los recursos de la actitud y la gradación. Los recursos de intensificación, a través de la selección de palabras de mayor carga emotiva, se relaciona con la periodización de la enfermedad: en un principio sin manifestación de síntomas, a una instancia intermedia todavía controlada, hasta llegar a su destino inexorable, la muerte.

Inicio: sólo como referencia temporal:

- “(el VIH es) el *principio* de la enfermedad también contagiosa”.
- “(el VIH) Es el *comienzo* de la enfermedad SIDA.”

En proceso: la referencia temporal progresiva:

- “como una enfermedad que se contagia pero *si hace un tratamiento* puede llegar a vivir mucho tiempo”.

- (...) es *crónico, progresivo y en muchos casos reversible* por tratamientos antirretrovirales.
- “como un virus, te mata las defensas, de *a poco te va consumiendo*”.
- “Una *ETS* que hace que varias funciones del cuerpo *se vayan deteriorando* si no se lo controla en las personas que lo sufren.”

Final: la muerte como cierre del proceso:

- “Una enfermedad que ataca a los glóbulos blancos y *termina en la muerte* del contrayente”.
- “Es una enfermedad *mortal*”.
- “Como un virus mortal que *no tiene cura*” “Una enfermedad *incurable*”.

d) Sus *causas y consecuencias sociales*. En esta instancia lo que se señala es el origen y consecuencias de la enfermedad pero en términos de conductas de dos actores claramente definidos: el enfermo/contagiado y los no enfermos/no infectados. Con respecto a las causas, podemos distinguir los “responsables” de haberse contagiado, de los que (y estos son minoría) no han sido agentes activos en esa infección (por ejemplo, los niños y los transfundidos). Si miramos las consecuencias, ya no veremos dos posiciones contrapuestas, sino por lo menos cuatro: quienes ponen el foco en la discriminación que ha generado la enfermedad sobre determinados grupos sociales; quienes asocian la enfermedad a la falta de información y prevención; quienes la asocian con las desigualdades sociales en el acceso a la salud (o sea, vinculada a la pobreza); quienes reconocen que la discriminación surge de datos reales. Esto lo abordaremos más adelante.

Dentro de estos ejes, en las respuestas se pueden reconocer dos aspectos que abren campos de significaciones particulares que pueden operar por separado o en conjunto: uno vinculado con el SIDA como enfermedad de transmisión sexual; y otra vinculada con las metáforas que la definen a partir de la personalización y la espacialidad (Lakoff y Johnson, 1995).

El SIDA y el sexo

El SIDA ingresa al discurso público vinculado a la sexualidad, más específicamente a la homosexualidad, bajo el estigma de la “peste rosa”. Esta asociación fue el primer foco sobre el que trabajaron las campañas de prevención, en la medida en que colaboraba en la diseminación de la enfermedad y sólo servía para estigmatizar a los homosexuales. En las

campañas de los años 90, justamente se hacía hincapié en ese prejuicio como fuente principal del crecimiento de casos y se reforzaba la información que hacía hincapié en los diferentes modos de contagio, no necesariamente sexuales, entre ellos las drogas por vía inyectable y las transfusiones no controladas.

Quince años después, podemos reconocer que la vinculación de la enfermedad con el sexo se ha reforzado, quitando del medio, hasta casi anular, las otras modalidades de contagio. La diferencia más clara está en que, en la actualidad, no se circunscribe completamente a la homosexualidad. En nuestro corpus, se la concibe en algunos casos (en un 23%) como una enfermedad de transmisión sexual o vinculada a lo sexual:

- “Una *ETS* que hace que varias funciones del cuerpo se vayan deteriorando si no se lo controla en las personas que lo sufren.”
- “Es una enfermedad contagiosa, *sexualmente*”.
- “enfermedad que *se transmite a través del acto sexual*”.
- “*una enfermedad de transmisión sexual* que afecta el sistema inmunológico”.

No obstante, el dato más significativo surge de la pregunta “¿Sabe cuáles son los métodos de prevención?”; “¿Cuáles cree que son los más efectivos?”. De las respuestas obtenidas resulta claro, por un lado, que el modo en que la gente concibe al SIDA como posibilidad más cercana es la vía sexual. De la muestra realizada (109 casos) casi un 50% considera al preservativo la única medida de prevención, y un 14% restante como la principal, aunque señalen otras como no compartir jeringas, la asepsia hospitalaria, la salud bucal o las vías de contagio verticales (de madres a hijos). Es curioso que de la muestra surge que existe dos métodos aun más efectivos y más seguros: la abstinencia sexual y la monogamia (4,6%).

Estos datos resultan coincidentes con la información que difunde el Estado, que veremos más adelante. También podría concluirse que puede responder o ser un efecto de las campañas realizadas hace más de una década. En ellas, una de las preocupaciones en materia de prevención era la falta de conciencia acerca de la importancia del uso del preservativo, y ese ha sido, quizás, el frente más atacado por los discursos de prevención. Si bien las relaciones sexuales no son el único medio de contagio, son las actividades de riesgo más altas por ser cuantitativamente más frecuentes. Hace veinte años atrás, algunos estudios subrayaban como déficit que “las campañas gubernamentales de prevención” se caracterizaban “por la ausencia de referencias al preservativo, una paupérrima creatividad y una alta discontinuidad en términos de su inserción en los medios” (Petracci, 1994).

Si bien podemos sostener que esa situación no ha cambiado y que, en algunos casos, se ha extremado –fundamentalmente en el caso de la discontinuidad de las campañas informativas– no ha resultado así respecto de la importancia del uso del profiláctico. Como vimos, resulta ser en la actualidad, tanto para la gente como para las organizaciones de salud, el recurso clave –a veces único– en materia de prevención.

En ese sentido, el Boletín nº 29 sobre el VIH-SIDA (BVIH-SIDA 29) en la Argentina (BVIH-sida 29) de Diciembre de 2012, realizado por la Dirección de SIDA y ETS (enfermedades de transmisión sexual) del Ministerio de Salud de la Nación (DSyETS) resume el estado de situación de la enfermedad en el plano nacional y explica los cambios que se han ido observando respecto de la distribución de los casos registrados. Tal como lo plantea este informe, en la Argentina existen “110.000 personas con VIH, 4 de cada 1000 jóvenes y adultos están infectados con el virus y el 40% de ellos desconoce su condición. La prevalencia entre los hombres que tienen sexo con otros hombres es del 12%; entre los usuarios de drogas, del 7%; entre las mujeres que realizan trabajo sexual, del 2%; y entre las personas trans, del 34%.”

Este boletín presenta las estrategias que guían la política de “prevención, diagnóstico y tratamiento” de la enfermedad, a las que engloba en cuatro ejes: a) “mejora en la accesibilidad a la información y recursos preventivos”; b) “mejora en la accesibilidad al diagnóstico del VIH y otras ITS”; c) “mejora en la calidad de atención de las personas con VIH”; y d) “reducción del estigma y la discriminación” (BVIH-sida 29).

De esta información, queremos destacar que, en el BVIH-sida 29, el primero de los ejes desarrollado bajo el título “Accesibilidad a los preservativos, geles lubricantes y materiales de información y difusión”, se engloba el tratamiento del SIDA con el de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), no sólo porque desde su presentación se hace referencia a las relaciones sexuales como el medio de contagio (“de las 5.000 personas en promedio diagnosticadas con VIH que se notifican a la DSyETS cada año, el 90% de las mujeres y el 88% de los varones se infectaron durante una relación sexual sin protección. Entre los hombres, el 48% se infectó durante una práctica con una mujer y el 40%, con otro varón”), sino porque los medios de prevención promovidos, se encuentran casi exclusivamente vinculados con el uso del preservativo.

El discurso gubernamental refuerza esta posición ya desde la decisión política de definir como área de incumbencia de esta enfermedad a la “Dirección del SIDA y las ETS” (enfermedades de transmisión sexual) y definir como eje para el análisis del estado de situación de la enfermedad y estrategia de prevención casi exclusiva a la vía sexual, dejando de lado otros

modos de contagio que aún prevalecen (como la drogadicción o las transfusiones no controladas).

Este énfasis sobre la sexualidad tanto del discurso oficial como del de la gente tiene dos efectos paradójales: por un lado quitan del ruedo a los otros modos de contagio, generando desinformación; por el otro lado, la asociación de la sexualidad con la enfermedad reactiva prejuicios muy arraigados y vinculados a discursos moralizantes (como los que consideran como medio de prevención perfecto la abstinencia y su variante sexual institucionalizada, la monogamia).

Cabe destacar que en el primero de los casos, el portavoz es el Estado, el que deja de lado o invisibiliza, en sus índices, acciones preventivas y destinatarios privilegiados, otros problemas sociales fundamentales como la droga o los controles sanitarios en las instituciones médicas respecto de las transfusiones y que, en los testimonios de la gente, están claramente explicitadas como fuentes de contagio. En el fragmento que transcribimos a continuación del informe del Ministerio, podemos observar que definen como sectores vulnerables a la discriminación sólo a los casos de diversidad sexual:

El área de Prevención posee un componente de diversidad sexual que realiza un trabajo orientado a mejorar el acceso de la población GTB y HSH a los servicios y recursos de salud. Para ello se desarrollan dos líneas complementarias de trabajo: a) el apoyo y acompañamiento para la creación de servicios de atención integral de la salud dirigidos a población de la diversidad sexual en distintas ciudades del país; y b) el desarrollo de capacitaciones específicas para equipos de salud a fin de mejorar sus recursos para atender a esta población. (...) Por cuarto año consecutivo, la DSyETS participó de la Marcha Nacional del Orgullo LGTBTTTIQ –que se realizó en la ciudad de Buenos Aires– distribuyendo preservativos y materiales de prevención producidos especialmente para la ocasión.

Respecto del segundo, la vinculación del sexo con la enfermedad, lleva a asociar al enfermo como responsable de su propio padecimiento, reponiendo prejuicios que lo asocian con la “mala vida”, el libertinaje, la promiscuidad, la prostitución, etc.

Las metáforas del SIDA

Tal como lo plantean Lakoff y Johnson (1995) “la manera en que pensamos lo que experimentamos, lo que hacemos cada día, también es en gran medida cosa de metáforas” y el lenguaje constituye una de las formas de acceder a esos modos de pensar. Cuando analizamos las respuestas de los

encuestados, podemos reconocer un tejido de metáforas que sistematizan al SIDA como enfermedad. El trabajo de Sontag (1997) fue pionero en ese sentido. Según esta autora,

El SIDA tiene una genealogía metafórica dual. En tanto microproceso, se lo describe igual que al cáncer: una invasión. Cuando se enfoca la transmisión de la enfermedad se invoca una metáfora más antigua que tiene reminiscencias en la sífilis: la polución. Se transmite a través de fluidos sanguíneos o sexuales de los individuos infectados o de productos sanguíneos infectados.

Y estas metáforas que señala la autora perviven en el discurso. En este corpus, la encontramos los conceptos de “invasión” y de “polución”, pero siempre articulados bajo la forma de lo que Lakoff y Johnson (1995) reconocen como la metáfora ontológica de la “personificación”, que permite “comprender una amplia diversidad de experiencias como entidades no humanas en términos de motivaciones, características y actividades humanas”.

El virus como enemigo. La personificación y la guerra

El SIDA, como dijimos, si bien repone todo un repertorio de expresiones lingüísticas vinculadas con el concepto de “invasión”, también activa otros vinculados con la guerra. Esta metáfora se observa en la selección léxica de ítems que implican desplazamientos de fuerzas (la noción de *avanzar*, por ejemplo), de agresión y destrucción (*matar*, *destruir*, *atacar*). Esta configuración conceptual presenta el virus en un rol de actor de procesos materiales, claramente de acción, vinculados a la acción del virus (VIH) y de otros (también materiales), con rasgos de personificación, en especial cuando se lo vincula con la enfermedad. En el primero de los casos, en las 109 respuestas, se encuentran distribuidos de un modo regular los usos de tres verbos: *generar*, *causar*, *provocar*, que pueden o no involucrar un agente personificado. En el caso de la enfermedad es frecuente la combinación de estos verbos más generales a otros que sí expresan una deliberación más humana, como es el caso de “matar”, “atacar” o “abrir la puerta”.

- “Enfermedad que afecta el sistema inmune en humanos, asociada al virus VIH, te *mata* las defensas, de a poco *te va consumiendo*”.
- “Es el Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida que resulta del *avance del retrovirus* del VIH en el organismo”.
- “Como un virus, te *mata* las defensas, de a poco *te va consumiendo*”.

- “Es la enfermedad que surge luego de que el VIH *ataca* el sistema inmunológico”.
- “(...) es un problema inmunológico, eso *abre la puerta* a todo tipo de infecciones”.
- “Es una enfermedad crónica que *ataca* el sistema inmunitario del ser humano infectado”.
- “Es una enfermedad que *ataca* las defensas del cuerpo humano”.

Esta metáfora, a su vez, suele desplegarse en combinación con otra, de tipo orientacional (Lakoff y Johnson, 1995).

El enemigo oculto. Personificación y espacialidad (exterior/interior)

La metáfora del enemigo suele combinarse con otras dos de tipo orientacional: una espacial (*adentro/afuera*) y otra que se articula a partir de esos mismos ejes espaciales pero que tiene que ver con la visibilidad (*visible/oculto*).

En la definición de la enfermedad, el virus es su núcleo base de significación. Este se define como un agente que ingresa del exterior por diferentes vías –como ya vimos en ejemplos precedentes– y, a la vez, como uno que –como enemigo– permanece oculto en el interior del cuerpo, pero que puede “salir”, “exteriorizarse”, “hacerse visible” a través de otras enfermedades. En los desplazamientos entre ese adentro/afuera, oculto/visible, se establece la diferencia entre el “virus” y la “enfermedad”; entre “ser portador” o “estar enfermo de SIDA”³ En los ejemplos que presentamos a continuación, la selección léxica es significativa, el virus es un “alien”:

- “el SIDA es una enfermedad que se desencadena por la acción de un virus (el VIH). En realidad es un síndrome o sea un conjunto de síntomas, *no tiene rasgos propios*, es una especie de *parásito* porque *se apropia* de otras enfermedades para expresarse, es una suerte de *alien* que *se metamorfosea* diferente manera.”
- “(...) es el *enemigo oculto*, que puede *atacarte* si *te ve débil*.”

El recurso de apreciación que toma al personaje de la película de ciencia ficción hace referencia a una presencia amenazadora, violenta, multifacética, a un enemigo que se encuentra situado dentro del cuerpo. El VIH es un “alien” que actúa más allá del control de la persona. El valor negativo de esta imagen se refuerza por su combinación con otra, la del parásito. Este caso es ejemplar respecto de los modos más frecuentes de asociar sus efectos: el SIDA está oculto y cuando se manifiesta lo hace sin

rasgos propios, de modo parásito, como un complejo de síntomas indefinidos. En tal sentido, Sontag (1996) señala:

La definición misma de SIDA implica la existencia de otras enfermedades, las llamadas infecciosas y malignidades oportunistas. Pero aunque en ese sentido el sida no es una única enfermedad, se presta a que así se la considere, en parte porque se le supone, como al cáncer y a la sífilis, una única causa.

El SIDA transforma a la persona en una suerte de recipiente: el infectado es un “portador” del VIH, de la enfermedad. Esa objetivación cambia su identidad, lo transforma, deja de ser persona para convertirse en el objeto que transporta; al decir de uno de los encuestados: “El virus es la enfermedad porque es su origen y el principio de una nueva identidad, de una nueva vida”. Y, como en la película, puede serlo sin tener conciencia de ello, hasta que el virus “decide” “atacar” y “visibilizarse”. Esta versión admite, a su vez, otra alternativa.

El virus dormido. La personificación en la metáfora de la activación/latencia

El virus en “on”, “activo”, “despierto”, todos estos conceptos responden a una conceptualización de la enfermedad vinculada con conceptos caracterizados por la activación/desactivación; acción/inacción. Veamos algunos ejemplos:

- “Virus en “on” que *destruye* las defensas inmunológicas”.
- “El síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Es decir, una enfermedad que no es congénita sino que se da por contagio. Puede estar *dormida* durante un tiempo y *luego expresarse* en el cuerpo”.
- “Es la enfermedad de inmunodeficiencia adquirida luego de que una persona se contagie de VIH y éste *despierte*.”
- “El nombre del virus, alojado pero *no activo*.”
- “Es el virus que está en el cuerpo pero que está *dormido*”.
- “La enfermedad cuando no está *activada*, cuando sos portador”.
- “Uno es cuando está *dormido* y la otra es cuando está *despierta*”.

Esta metáfora ya no da cuenta del virus en cuanto a cualidades, sino los estados en los que puede manifestarse. Este recurso permite no sólo diferenciar el virus y la enfermedad, sino que es un medio también para definir el estatus de las personas:

- Si el virus *duerme/está inactivo*, la persona es *portadora*.

- Si el virus se *despierta/manifiesta/expresa*, la persona se define como *enfermo*.

Esta red metafórica se resignifica cuando la enfermedad deja de ser entendida como un proceso individual y físico, y pasa a ser considerada en su dimensión social. Ese desplazamiento se observa fundamentalmente en la carga de agentividad que se le atribuye al portador/enfermo.

Los aspectos sociales de la enfermedad y los enfermos: los grupos de riesgo y la discriminación

Inocentes y culpables

Las reacciones respecto de la prevención y el riesgo en el caso del SIDA se definen a partir de la contraposición de grupos según una relación -/+ culpa/responsabilidad. Esta polarización lleva, en algunos casos a la contradicción de considerar que es “un prejuicio” pensar en que pueden existir grupos de riesgo ya que “el SIDA afecta a todos”, pero a la vez reconocer que sí puede haber grupos más expuestos a la enfermedad, como lo plantea un encuestado: “Creo que se la asoció a minorías sexuales aunque con el tiempo creo que esa percepción cambió. Es verdad que *hay grupos de riesgo pero es una enfermedad que puede atacar a todos*”.

Como decíamos existe una polarización, en la que el primer grupo, los que podríamos denominar “inocentes”, se encuentra formado por los niños infectados durante la gestación, por las personas que padecen la enfermedad por transfusiones no controladas y por los grupos sociales en los que la pobreza y la desinformación eximen de cualquier responsabilidad. Esto lo veremos en el apartado siguiente.

En el segundo grupo al que podríamos definir como el de “los culpables/responsables” del contagio, en el que reaparecen los mismos grupos que en los 90 eran considerados los destinatarios de esta enfermedad (homosexuales y adictos) y que conformaban los principales grupos de riesgo, más una suerte de colectivo definido por sus conductas. Esta última se define a partir de un matiz de índole moral, que se realiza a través de juicios de sanción social. Veamos algunos ejemplos:

- “Que puede ser verdad que algunas personas corran más riesgos que otras de contagiarse debido a que *no se protegen adecuadamente. Como en el caso de los gays, que no necesitan prevenir embarazos, por lo que es más probable que no usen/usaran preservativos siempre*”.
- “Sí, adictos”.

- “Los drogadictos”.
- “Sí, los homosexuales.”
- “(...) se refiere al contagio del virus, como ya dije, estamos todos en la misma. Sin embargo, es cierto que *los putos somos una minoría* y hay una cosa endogámica que hace que la cuestión rebote entre los mismos y entre los mismos nos puede ir tocando más que tomando una población más grande, y menos, digamos, *close knit*. Igual no soy infectólogo ni sociólogo del VIH, pero en mi experiencia cada vez más amigos y chicos con los que estuve se contagian y vivo en el fondo con el miedo de que un día el ELISA me va a dar reactivo a pesar de haberme cuidado. En teoría hasta *hay que chuparla con forro, pero todo tiene un límite, ¿vivo?*”
- “Me parece que eso terminó junto con el lápiz labial fuxia, en los 80, ja! Luego de eso, sólo los que son muuuuy retrógradas siguen pensando esto. Hoy en día se sabe que la afección de la enfermedad se vincula a la falta de cuidado. *Le puede tocar a cualquier negligente*”.
- “Cierto. El sida es una enfermedad de transmisión sexual. Desde mi punto de vista es más propensa la gente que *se prostituye* y mantiene relaciones *con gente que no conoce*”.
- Incluso, pueden aparecer a como supuestos de su negación: “Me parece incorrecto, no considero que sea una enfermedad de los *promiscuos u homosexuales*”.

La selección léxica es clara, palabras como “prostitución”, “negligente”, “promiscuo” o la mención de la “monogamia como recurso preventivo de la enfermedad ponen en evidencia la condena social hacia quien se contagia. Salvo aquellos que forman parte del primer grupo, los enfermos de SIDA son vistos como responsables activos de la enfermedad.

La pobreza y la desinformación

Respecto de este último punto y retomando lo planteado en el apartado anterior, podríamos reconocer bajo la palabra “pobreza” dos significaciones diferentes. La primera refiere a la pobreza de los países pobres del mundo; al decir de los entrevistados “los pobres del África”.

- “*El SIDA mata a los pobres*. Las 3/4 partes creo que están concentradas en África. A más desinformación y carencia de elementos de prevención, más exposición. Si estás integrado económicamente, el SIDA hoy en día no te mata”.

- “El SIDA fue un estigmatizador para los grupos de homosexuales varones, hoy se sabe que ha disminuido en ese grupo y crecido en otros como el de los adictos que utilizan agujas y el de los heterosexuales que utilizan el coito anal para control de la natalidad. Pero *está altamente asociado a la pobreza y la marginalidad, como en el caso de los países africanos*”.

Esa situación particular repone uno de los prejuicios de los 90, que asociaba la enfermedad a realidades remotas o diferenciadas, un mal que sufrían otros. La pobreza lejana y exótica de África no tiene consecuencia en la realidad inmediata y controlada del encuestado.

Hay otra pobreza en estos textos, más concreta, que da cuenta de un estado de situación social y sanitario particular, que resulta insuficiente para resolver las asimetrías sociales que son, al parecer de los encuestados, una de las formas más claras en la que el SIDA mata.

- “Me parece que el SIDA -no el VIH- sí afecta a algunos grupos en particular, por supuesto! todos nos podemos contagiar por igual, pero *la gente sin trabajo, con menos dinero, menos educación, acceso a la salud, etc. va a estar mucho más en riesgo de desarrollar el SIDA*, mientras que los ‘pudientes’ podemos tratarnos y tener una calidad de vida sana”.
- “Si bien el Sida no distingue ni sexo ni clase social, *los grupos más vulnerables socialmente son los más expuestos y tienen muchas menos chances de llevar adelante exitosamente un tratamiento*”.
- “*la pobreza es el mayor factor de riesgo como para cualquier enfermedad*”.
- “La mayoría de las enfermedades de transmisión de persona a persona fueron siempre causa de estigmatización y discriminación. (...) En el caso del SIDA, *se la asoció desde un comienzo a los homosexuales*, demostrando una falta de conocimiento absoluto. *Con el transcurso del tiempo el margen se amplió a los sectores de extrema pobreza.*”

Esta segunda pobreza denuncia los efectos de la asimetría en el acceso a la salud. A diferencia de lo señalado en el apartado anterior, la “mala vida” en este caso está en la dificultad de acceso a la información y a los tratamientos. Lo que promueve el fatal desenlace de la enfermedad es un rol deficiente del Estado. Cabe señalar que un 28% de los encuestados plantea esta situación como determinante, pero no se hace mención a ella en el informe de gobierno.

Otra de las razones sociales del amesetamiento de la enfermedad y que aparece reiteradamente mencionada por los encuestados, junto con la falta de recursos, es la desinformación.

- “Personalmente creo que cualquier persona puede ser portadora o infectada de SIDA siempre y cuando no tome las precauciones necesarias. Es una enfermedad que va más allá del nivel social, económico, *quizás no del cultural porque es necesario conocer los métodos de prevención y muchas personas no tienen noción del tema*”.

Uno de los datos significativos de la encuesta tiene que ver con la pregunta “¿Recuerda alguna campaña de prevención del SIDA?”. Un 52% de los encuestados no pudo recordar ninguna y, del restante, las respuestas resultaron tan variadas que no hubo posibilidad de marcar –y sólo en tres o cuatro casos– coincidencias respecto de alguna propaganda de la última década que haya dejado un mensaje claro sobre la prevención de la enfermedad. Sin embargo, sólo las franjas etarias de 30 en adelante pueden mencionar algún ejemplo. En la que va de los 20 a los 30 años, un 84% no podía mencionar ninguna. Sin embargo, el dato más relevante lo presentó la franja de “menos de 20”, que dio un 100% de respuestas negativas. O sea, el grupo conformado por personas entre 17 y 20 años no recuerdan ninguna campaña de prevención del HIV/SIDA.

A modo de conclusión

La prevención de enfermedades siempre resulta una tarea difícil y los discursos suelen poner en evidencia la tensión que supone la necesidad de informar, promover cambios de conductas y evitar el prejuicio social. En el caso de los discursos del SIDA, el desafío es aún mayor en la medida en que las conductas a promover están vinculadas con la sexualidad.

A continuación expondremos algunas observaciones sobre el análisis realizado. No aspiran a concluir nada, sino a dejar abierto el problema para la reflexión sobre las dificultades que supone este tema. Las cuestiones mencionadas surgen del análisis de una muestra reducida, en un ámbito reducido (sólo el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires). No obstante, cabe señalar que del cuestionario surge que el 76% tiene formación universitaria o similar, y el porcentaje restante, mayormente tiene educación secundaria. Esto nos da un público particular que se supone formado e informado.

Del análisis de los textos podemos destacar:

- a) Existe un conocimiento básico respecto de las características de la enfermedad. Incluso lo tienen los encuestados menores de 20 años, que no recuerdan ninguna campaña informativa sobre el tema. Este dato permite concluir que esa información ya está incorporada en la sociedad, sin mediar en la actualidad información que provenga de los medios o del Estado.
- b) El SIDA es considerado, en la actualidad, una enfermedad sexual. Así es definida por el Estado y así es mayormente conceptualizada por la gente. Respecto de esta caracterización se puede señalar que, si bien en la mayoría de los testimonios se reconoce que el SIDA “afecta a todos” y no a grupos específicos, casi de un modo contradictorio, vuelven a introducirse como grupos de riesgo principalmente los homosexuales y los drogadictos, y, en menor escala, los heterosexuales “promiscuos” o “negligentes”. Esta condena moral se traslada de alguna manera al enfermo, convirtiéndolo, en responsable de su padecimiento.
- c) Si bien el SIDA, como dijimos anteriormente, está directamente asociado a las prácticas sexuales en la población, hay conciencia clara de otros agentes relevantes en su propagación (la drogadicción, la pobreza, la falta de información, las fallas en el control de las transfusiones, entre otras). Estos factores, sin embargo, no son considerados por el Ministerio de Salud al informar sobre el estado de situación de la enfermedad en la Argentina, no figuran en sus índices ni en las medidas y acciones preventivas. El organismo estatal sólo pone el foco en las prácticas sexuales y en problemas sociales vinculados con ellas, principalmente la difusión del uso del profiláctico y la necesidad de concientización sobre diversidad sexual. Esta brecha resulta significativa porque expone claramente las líneas que definen las políticas públicas respecto de esta enfermedad y qué frentes se deben trabajar. La droga y la pobreza constituyen problemas sociales que profundizan exponencialmente el problema del SIDA; son concretos y el Estado no debería omitirlos si se propone un abordaje integral de esa enfermedad.

Notas

¹ Proyecto de investigación UBACyT 095 (1998-2000), *El discurso gubernamental y no gubernamental de la propaganda del SIDA: un enfoque pragmático discursivo.*

² Esta preocupación no sólo se vehiculizaba a través de propagandas de carácter informativo, sino también en producciones de ficción televisiva que incluyeron el tema dentro de los argumentos de telenovelas y unitarios.

³ Una de las acciones que promueve el Estado es la realización del test del HIV. Sin embargo en nuestro corpus sólo un 38% lo hace con una frecuencia anual, un 33% sólo lo efectuó una única vez en su vida y 38% nunca se lo hizo. Estas acciones tratan de hacer “visibles” los casos que aún son ignorados y que constituyen uno de los principales focos de atención para las políticas preventivas.

Referencias

- Carrizo, A. y F. Harriague (2000).** La crisis de legitimación del Estado-nación. El discurso público de la salud: análisis de la campaña de lucha contra el SIDA. En Pardo, M. L. y M. V. Noblía, 2000. *Globalización y nuevas tecnologías*. Buenos Aires: Biblos.
- Fairclough, N. (2003).** *Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research*. London: Routledge.
- Halliday, M. A. K. (2004).** *An introduction to functional grammar*. Londres: Arnold.
- Lakoff, G. y M. Johnson (1995).** *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra.
- Martin, J. R. y P. White (2005).** *The Language of Evaluation. Appraisal in English*. New York: Palgrave Macmillan.
- Noblía, M. V. (1999).** “Intertextualidad y Contradicción en los discursos del SIDA”. En *Gramática, Discurso y Sociedad*. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Noblía, M. V. (1996).** “El discurso del SIDA: las representaciones sociales de la enfermedad”. En M. Menéndez y M. L. Pardo: *Perspectivas, métodos y desarrollos del Análisis Crítico del Discurso en Latinoamérica*. Universidad de Mar del Plata.
- Pardo, M. L. (2003).** “La identidad personal y social de los indigentes en su discurso. Un análisis crítico del discurso neoliberal en la Argentina y sus consecuencias”. En Berardi, L. *Análisis Crítico del Discurso. Perspectivas latinoamericanas*. Santiago de Chile: Frasis.
- Petracci, M. (1994).** *Feliz posteridad: cuatro estudios de opinión pública sobre el SIDA*. Buenos Aires: Letra Buena.
- Sontag, S. (1997).** *La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas*. Madrid: Taurus.
- Strauss, A y J. Corbin. (2002).** *Bases para la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquia: Editorial Universidad de Antioquía.
- Verón, E. (1988).** "El cuerpo significativo" En Rodríguez Illera, J. (comp.). *Educación y comunicación*. Barcelona: Paidós.

Nota biográfica



María Valentina Noblia es lingüista. Profesora, licenciada y doctora en Letras por la Universidad de Buenos Aires (Argentina). Es docente en las materias Lingüística, Gramática Textual y Análisis de los Lenguajes de los Medios Masivos de Comunicación, y también dicta seminarios de grado y doctorado sobre lenguaje y nuevas tecnologías, en esa misma universidad. El tema de su tesis doctoral y de sus actuales proyectos de investigación se vincula con los usos del lenguaje en entornos virtuales, las nuevas prácticas sociales y los procesos de construcción y negociación de la identidad en las interacciones mediadas por Internet. Ha publicado numerosos artículos sobre comunicación mediada por computadoras y ha editado libros sobre análisis del discurso, globalización y nuevas tecnologías.

E-mail: mvnoblia@filo.uba.ar /
valentina.noblia@gmail.com