

## PREVENCIÓN PSICOSOCIAL

Luis Manuel Vidal Molina e Carlos Navia Rey  
Facultade de CC. da Educación

### Resume:

Se nos plantexamos como pensa, como sente, como interpreta a realidade a xente, atopámonos coa diversidade ante a influencia diferencial dos costumes e precisamos analiza-las concepcións alternativas. É un ineludible paso previo de análise dos problemas sociais (SIDA, encefalopatía esponxiforme, hepatite vírica, etc.) dende un enfoque psicosociolóxico; sen el as solucións globais para problemas calificados globalmente resultan na maioría das ocasións útiles e eficaces para quen xa tiña arraigadas crenzas, actitudes e hábitos adecuados e suficiente capacidade de discernimento e autocontrol.

Os organizadores previos convértense na clave da comprensión, pero axiña debe chegarse ás actitudes, os estilos de vida e os hábitos. Información adecuada, motivación, desenvolvemento de hábitos e capacidade de transferencia.

A nivel concreto a escala de disuasores contingentes válidos (mediadores efectivos). A nivel formal estilos de vida adecuados (asepsia) e a nivel sociopolítico rigurosidade .

**Palabras clave:** Organizadores previos, actitudes, hábitos, autocontrol, disuasores efectivos.

### Abstract:

If we bring up how man thinks, feels, and interprets reality, we find diversity in front of the differential influence of the habits and we have to analyse the alternate conceptions. It is an inedible previous step of analyse of the social problems (AIDS, spongy form encephalon pathology, viral hepatitis) from a psicosociologist approach; without it global solutions for global-qualified problems result, in most of the occasions, useful and effective for those who already had deeply rooted believes, suitable attitudes and habits and discernment and self-control capacity enough.

Previous organisers become the keys of comprehension, but quickly we must arrive to the attitudes, life-styles and habits. Suitable information, motivation, habits development and transference capacity.

At a concrete level with the scale of valid contingent dissuaders (effective mediators). At a formal level with adequate life-styles (asepsis) and at a socio-political level with accuracy.

**Key words:** previous organiser, attitudes, habits, self-control, effective dissuaders.

## **Consideracións**

O enfoque que implica cortapisas e restricións non goza de boa prensa e acollida na sociedade manifesta nos medios de difusión. Pero, se ter que analiza-las condicións familiares cando un neno ten problemas choca co rexeitamento daqueles que unicamente queren que se resolva a cuestión na persoa do neno, ¡que non pasa cando de comportamentos xerais, plans de educación, valores sociais, consensos e permisividade social se trata!; de novo se promove a aplicación do procedemento de solución do problema centrado no problema mesmo, e non no que o provoca e causa.

A esixencia inmadura de solucións rápidas e fáciles, sen vontade de disponibilidad algunha, co acento na solución farmacolóxica e o apremio ós científicos; esa moralina de que o fagan e xa está, que subsanen os problemas, pero sen a máis mínima concesión contributiva de quen demanda solucións, dou resultado co sacrificio pola gloria, pola riqueza, pola operación comercial calculada ou polo máis loable interese da contribución á propia especie, neste último caso non sempre reconfortado suficientemente. Estes acontecementos progresivamente exitosos, felizmente foron resolvendo paso a paso os problemas que nos plantexa a múltiple adaptación filoxenética interrelacionada. O problema é a maior ou menor prontitude ca que se chega ás solucións. O amargo rastro de sufrimento e desquicio que implica para aqueles que chegan ó final na espera, á perda do microcosmos persoal; a súa máis preciada posesión.

A interpretación de relevantes ocasionais con interese de protagonismo, pero sobre todo con ánimo de marcar pautas de reacción e admisión ou repulsa, obriga ó plantexamento de que determinadas consideracións precisan de cambios radicais. O efecto contraproducente que se pode derivar de rexe-la opinión pola linealidade nas atribucións, xuízos e pautas induce a ser precabidos; o plantexamento xenérico deber ser meditado sen deixarse influír por tensións apremiantes ante problemas concretos, sen a visceralidade que desata a interpretación simplista e sensibleira e cunha máis profunda reflexión.

Manifestacións por parte de portavoces dos sectores implicados no problema biopsicosociolóxico contemplan propostas amplas; foi o caso da decisión do Consello de Europa (en relación á encefalopatía esponxiforme) pechando a exportación de carne do Reino Unido e esixindo o sacrificio de bovinos enfermos (Soria, 1.996), ou o loable e valente posicionamento de Monseñor Pierino Gelmini da "Comunitá Encontro" (con relación á SIDA) xunto a outros representantes de colectivos deste tipo.

¿Como pode imporse a convivencia sen a capacidade para asumir, dado o descoñecemento xunto ós hábitos de risco?. ¿Como pode xustificarse coa sensiblería como tapadeira a unha falta absoluta de garantías de sensibilidade?. A sensibilidade é froito da educación, de novo o problema de fondo en cuestión.

A educación require valoración social, medios, dedicación e tempo. A información é hoxe en día moi práctica, incluso impactante, necesaria a prazo inmediato, pero non suple á educación, pois require dela para ser efectiva funcionalmente.

O seropositivo (no caso do VIH) ten que ser coñecido, pero non nas condicións de tremor e rexeite actual. O estado e a sociedade han de garantir, con mentalidade aberta, "anticorpos psicosociais", procurando a súa normal convivencia con dotación económica, infraestructuras e persoal especializado para a súa atención psicosomática. Segundo Monseñor Pierino Gelmini (sacerdote italiano entregado a favorecer ós afectados polo SIDA), tan só con que se garanta a atención e o coidado xa se lograría convence-la maioría dos posibles seropositivos a face-las probas e declaralo.

Neste senso maniféstanse as autoridades suízas, solicitando a declaración dos infectados, ademais de insistir na necesidade ineludible de utiliza-lo condón con todo tipo de parellas ocasionais. A Fundación Suíza Aids e a Oficina Federal de Saúde Pública (Kocher, 1.993) na súa publicación «Stop Aids» explican a evolución da SIDA no período 1.987-1.992 e consideran necesario elimina-los hábitos de risco como medio de loita contra a expansión do retrovirus. Sensibilización e motivación. As súas publicacións plantexan as alternativas de loita contra a SIDA e a interrelación de dereitos individuais e colectivos a considerar; a conveniencia de someterse a un test radica nas vantaxes para a poboación e o propio individuo, que en caso de resultar confirmada a súa posible infección dispón de axuda médico - sanitaria de alto nivel de forma inmediata. Se un test previo, en función de situacións de risco, aconsella pasa-lo test sanitario, non debe dubidarse.

Segundo estes posicionamentos, hai dous medios de loita que artellar, a identificación de portadores e a eliminación de hábitos de risco. A primeira esixe a obrigatoriedade de chequearse, e por isto atinxe á liberdade individual e a relación confidencial entre médico e cliente. A segunda esixe educación e información simplificada e de claridade meridiana; as persoas deben facer súa a alternativa ós hábitos de risco na base dunha valoración meliorativa das vantaxes que reporta para a súa vida ademais de garanti-la súa supervivencia. O desenvolvemento da resistencia psicobiosociolóxica ó desexo irreflexivo como unha fácil elección para a saúde, partindo da satisfacción das necesidades humanas por medio da promoción de pautas de conducta saudables e sen risco. Esperta-lo propio interese pola saúde e o alto nivel cualitativo de vida en contraposición ó enfoque dunha heroica represión durante tódolos días da vida.

Que se expulsa a un alumno de Durango (Vizcaya) en 1.987, neno de 3 anos, por ser seropositivo, ou que os pais dos compañeiros dunha nena de 4 anos dun colexio de Málaga en 1.990 materialicen o seu rexeite cun absentismo activo (Nájera, 1.990), son claros exemplos coñecidos a través dos medios de comunicación dos comportamentos de medo e prevención que

esperta a SIDA. A incertidume que perturba as mentes e desencadea a defensa a ultranza, xunto á compaixón e o pánico en ocasións, xorde da información limitada, nesgada e extrapolada que analiza e valora a xente ó dubidaren das verdades parciais. Non se poden dar receitas froito da análise dos “privilexiados”, os cidadáns teñen que analizar ós seus niveis para chegaren a comprender, convencerse e asumir.

A infección, identificada a nivel concreto, non é só coñecida senón agrandados os seus riscos de contaxio. Incluso o premio Nobel David Baltimore (Lapierre, 1.990, pax. 145) e outros moitos centros de bioloxía molecular americanos caeron en principio na esaxeración previa á comprobación adxudicando valoracións de alto risco á investigación dun axente infeccioso de carácter descoñecido como era o VIH en 1.982.

Nembargantes, agochada no anonimato entre a multitude, co xogo da probabilidade de que alguén a teña, máis a probabilidade de que ese alguén a contaxie, e os engadidos mitigadores de tipo circunstancial persoal (aparición inocua e san), non adquire caracteres de dramatismo; é máis, nalgúns suxeitos e casos, facilita o pasar por alto as imprescindibles precaucións.

Consideramos que non é un problema de “retrovirus” (inda que si o sexa puntualmente no caso da infección VIH), como tampouco o é de “prións” (na “encefalite esponxiforme”), ou de destrución da capa de ozono, desertización, ou deterioro do medio ambiente, senón do enfoque no proceso de conquista micro e macroscópico dentro dunhas implicacións biopsicosociolóxicas. Precísase información adecuada, motivación, crenzas e actitudes que definan comportamentos, con desenvolvemento de hábitos xunto á capacidade de transferencia.

## **1. Prólogo**

Partimos de prácticas liberalizadas que afectan a distintos sectores da poboación. A contestación dos adolescentes sobre as normas sociais, máis inda, a súa libre actuación á marxe delas, xunto á apertura da xente madura, fai que se produza unha liberalización da expresión afectiva, sentimental, e incluso puramente sexual. Esta liberalización non vai acompañada en tódolos casos dunha boa educación que considere a asepsia e os coidados aconsellables, así como dos posibles riscos que conleva o non exercitalos; moito menos, do desenvolvemento dos indispensables hábitos e o autocontrol.

Algunhas persoas para sobresaír e reafirmarse chegan a relatar ou representa-lo absurdo. Vexamos senón o caso de como o patriotismo leva a moitos desaprensivos a realizar conductas de risco alimentario. Cristina Frade (1996) cóntanos como nun céntrico comedor londinense mantíñanse no menú carne, chuletas, salchichas, bacon e solomillos, despois de que se declarase

o risco que implicaba o seu consumo. Dous clientes alardeaban coméndose inconscientemente sendos pratos atiborrados de ditas viandas.

Emisións de divertimento de ampla difusión, sobre temas relevantes, deseñados en casos con excesiva lixeireza e falta de estruturación, concreción do tema, especificación dos obxectivos propostos e consideracións sobre a súa trascendencia, que parecen inspirarse na preceptiva que segue, non carecen destes riscos.

### **Código do disparate sobre o “ligue”**

¿Quen a conta máis gorda?.

Destape as súas íntimas picardías eróticas.

Discurra con visos de realidade en cuestións de sexo.

Disparate canto queira sobre o sexual.

Creibilice as súas ensoñacións porno.

Exteriorice os seus mórbidos desexos sexuais.

Só se admite o sexualmente esaxerado e extremado.

Tamén cabe o sexualmente chocante.

Monologuemos sucesivamente sobre a sexualidade de risco sen preocuparnos pola variopinta audiencia.

Déalle carácter de normalidade ás aberracións sexuais.

Sexualice a súa vida.

Dea algún conselliño de autopreservación da súa saúde; un pouco tamén viste.

Conte con naturalidade o extralimitado sexualmente.

Sexa totalmente irreflexivo sobre as consecuencias.

Abandóese as súas fantasías erótico-pornográficas e cóntenolas como experiencias propias.

Vale todo en disertación sobre materia sexual.

Presente o risco das relacións promiscuas, pero coa garantía do “condón”.

Non dea a sensación de que ninguén teña que privarse de nada, por absurdo que pareza.

Ollo, o que vende é a absoluta “liberdade” sexual egocéntrica.

Ben é certo que nos rimos da capacidade de imaxinación en moitas das cousas que se nos relatan en primeira persoa sobre estes temas; pero ¿todos?, ¿estamos todos capacitados para tal reacción?, ¿e para recapacitar ó intre sobre os riscos de tal posible conducta?.

Que se fale de todo, sen perdoa-lo coito “bucó-xenital” e “bucó-anal”, as penetracións anais e vaxinais con puño enfundado en guante lubricado con vaselinas, ou a introducción de ratos, etc. enfundados en preservativos, “é moi instructivo”; pero precisa da reflexión e a información conseguinte. O espectador que observe con intención de disfrute e pasatempo, se é sensible ante estas prácticas, é posible que as amortigüe e se fixe principalmente en cuestións de pracer máis “tradicionais”; outros poderán verse inclinados á investigación e a profundización. Déaselle o camiño percorrido sen distorsións,

¡que perigos fisiolóxicos accidentais traen consigo estas prácticas!, ¡que perigos fisiolóxicos a longo prazo!, e ¡que riscos psicolóxicos...!.

Parece ser legal que os medios de información e espectáculos comerciais non complementen determinados programas no senso indicado, pero os institucionais ¿poderían atender efectivamente a este nivel a toda a información no aire?. De non ser así, que proceso estamos percorrendo ó darlle sobredose de carne a uns leóns que nunca a demandan de modo goloso. A habituación é un proceso coñecido; sabemos que amplía os umbrais de tolerancia. A desensibilización constante e masivamente aplicada tamén produce cotidianeidade na percepción das prácticas que se divulgan constantemente con pretensión de desmitificación; pero desmitificar e admitir son cuestións que se suministran acompañadas en moitos casos.

O colmo da incongruencia dáse en comportamentos como os que seguen, levados a cabo por médicos europeos en África Central (Bayés, 1.995, pax. 92):

“Unha noite, despois dun día de traballo no que, xunto con outros colegas africanos, efectuáramos análises de sangue nunha zona rural, os meus compañeiros saliron con algunhas das rapazas do poboado, deitáronse con elas e só un dos médicos usou preservativo. Á mañá seguinte, ó preguntarlles como era posible que aceptaran un risco tan elevado xa que coñecían de sobra que a prevalencia da SIDA na rexión era considerable, ríronse e comentaron que non se podía deixar de vivir só polo feito de existir perigo de contaxiarse dunha enfermidade”.

*Tomado de The Panos Institute, 1.987.*

Demostran de que vale a información e incluso o coñecemento científico cando as actitudes e os hábitos adecuados non se encontran desenvolvidos suficientemente como para impoñe-la prevención.

O “VIH” e os “prións”, o mercurio nos peixes, os materiais biodegradables, etc. implican as interrelacións sociais moito máis aló da “sexualidade”, a alimentación, o consumo de produtos cárnicos e específicos obtidos con alta rendabilidade e nivel de competitividade. Encóntranse inmersos no problema do desenvolvemento e os costumes.

Na historia cercana realizáronse prácticas totalmente desviadas do connatural ás persoas. Por increíble que pareza, moitas momias exipcias para as que non se encontraba un destino como referentes arqueolóxicos de ancestros da humanidade, unha vez convertidas en fariña en muíños dispostos a tal efecto, dedicáronse ó suposto acrecentamento da fortaleza dos bois británicos a finais do século XVIII.

“...as momias, hai moitas...

É unha mina que se explotaba dende tempos moi antigos...”

*Patrice Josset, anatomo-patólogo (1.986).*

“Pero a partires de finais do século XVIII e principios do XIX, os ingleses puxeron en pé unha auténtica organización de exportación de momias a Gran Bretaña, onde había muíños especiais para momias, e as trituraban obtendo así uns excelentes piensos, que moi pronto utilizaron para cebalos fermosos bois británicos da época”.

*Jean Claude Goyón, egiptólogo (Musee Guimet. (1.986).*

Pero, por se isto nos parecece o colmo, inda podemos extrañarnos moito máis de que o po de momia moída tamén se utilizase na Idade Media, xa non só para o consumo de animais, senón a modo necrofáxico, para a inxestión polos propios conxéneres humanos.

“... na Idade Media, por exemplo, importábanse momias con fins terapéuticos; é dicir, que as momias utilizábanse en po para conseguir diferentes preparados maxistrais”.

*Patrice Josset, anatomo-patólogo (1.986).*

Estes patéticos referentes son expostos polo anatomo-patólogo Patrice Josset e o exiptólogo Jean Claude Goyón mentras realizan a autopsia dunha momia descoñecida do “Musee Guimet D’Histoire Naturelle” de París xunto a Michel Bochu, Guillaume Herzberg, Marie Schoefer e outros especialistas.

O conflito da alimentación de herbívoros con produtos derivados da produción cárnica ten este desafortunado antecedente. Máis tarde, a busca de competitividade e abaratamento de custes levou a utilizar ósos e despozos entre os subproductos dedicados á fabricación de fariñas para animais; plumas, peles, picos, patas, graxas e demais. Neste tipo de conductas está realmente o problema.

## 1.1. Información, actitude e conducta

A información que non se asimila, organiza e estrutura operativamente non é funcional, e, por tanto, a nivel pragmático non se instaura como pauta de comportamento.

Como sinala Bayés (1.993, pax. 93), “a información é unha condición necesaria pero non suficiente para cambiar comportamentos”, é preciso desenvolver un mínimo nivel intelectual, aplica-la lóxica e conseguir que o cognitivo prevaleza ós dictames do afecto e as emocións.

Os comunicados non son algo que opera de forma neutra, como resultado unicamente da comprensión da mensaxe. En función das inquietudes persoais, dos niveis de responsabilidade, dos valores e crenzas, do estilo de vida, dos estilos cognitivos, da capacidade de autocontrol, sensibilización, conducta prosocial, etc., da motivación, dos estados emocionais, da capacidade para darlle significación á información, de integra-la cos coñecementos

previos e de relaciona-la cos distintos factores da interacción psicosocial, desenvólvese unha disposición que chega a converterse nalgo habitual e inherente ó modo de ser de cada suxeito.

As concepcións alternativas e a valoración da probabilidade de realizar conductas de risco definen a actitude. Xeralmente, inda que poden darse inconsistencias entre as manifestacións de actitudes e conductas, a actitude é causa da conducta (Becoña, 1.986) e a información e os valores causa da actitude (Rokead, 1.979). As actitudes, xunto ás crenzas normativas dos maiores e a probabilidade de agradarlles, definen a intención conductual, con relativo peso sobre a conducta.

As actitudes son organizacións relativamente estables. Predisposicións a valorar determinados obxectos psicolóxicos e actuar dun xeito ou outro ante eles (Méndez, 1.982). Teñen bastante persistencia en canto á postura de aceptación, neutralidade ou rexeite. A conducta garda consistencia ca actitude, de modo directamente proporcional ó número de anos de educación formal, estando relacionada ca súa fundamentación e o autocontrol; en cambio as manifestacións verbais poden inducir a erro.

As formas máis eficaces de inducir cambios nas actitudes pasan pola valoración da probabilidade de levar a cabo conductas que as materialicen e a reflexión sobre as consecuencias, considerando os sentimentos daqueles que representan ascendentes para cada suxeito.

A comprensión dos riscos e o asentamento das actitudes definen a tendencia conductual. Autonomía persoal e responsabilidade dos propios actos e as súas consecuencias para un mesmo e os demais, sensibilización empática e conducta prosocial baseadas nos valores universais de respecto e dignidade, son os elementos definitivos da adquisición de hábitos que se poñen en xogo cando a rutina, nuns casos, ou a presión de desequilibrios homeostáticos, sumada a un ambiente permisivo e unha aparencia inocua baseada nas impresións, a baixa consciencia e os erros heurísticos, presentan o traballo cotián ou o goce e o disfrute sexual e gastronómico sen risco aparente ou moi mitigado.

O autocontrol propíciase coa reflexión en base ás variables relevantes, tras posuír o hábito, e permite a inhibición de conductas espertadas por estímulos sobresaíntes que ensombrecen as consideracións contraproducentes. Son necesarias as explicacións a nivel concreto coa implicación das continxencias mediadoras efectivas para sinalar significativamente o risco en todo momento; precísase tamén das crenzas, as actitudes preventivas e os hábitos para que o nivel de garantía de comportamentos adecuados aumente considerablemente. Pero, ademais dos hábitos de comportamento adecuado, é necesario propicia-lo desenvolvemento da capacidade metacognitiva que facilitará a transferencia do habitual ás situacións novedosas.

O que se intúe, o que se traduce, o que se dá a entender, pode levar a consideracións de normalidade en relación con certas prácticas e xurdir

sinxelamente a súa incorporación á nosa cotidianeidade social nunha amplitude da poboación que rebasa sen parangón a aquela, máis ou menos lonxana, pero coñecida simplistamente nas súas interrelacións sociais, que se entendeu como válida referencia. A cuestión e sinxela, se se atribúe determinada conducta, en función dun erro heurístico de accesibilidade, a unha ampla porcentaxe dunha poboación, pódese sentir a influencia reforzada polo exemplo fabricado e converterse nunha práctica que non se dá en tal medida na poboación de referencia.

Se ben a exposición reflexo da sociedade, libre de censuras, sen ridículas mitigacións descafeinadoras da cruda realidade, é instructiva; a educación familiar e a institucional (esta última suplindo ademais á primeira na medida do posible e o necesario) teñen o fin de capacitar ó cidadán para enfrontarse á información, e axudarlle a reflexionar con debates e aclaracións sobre o tema, nos que teñan relevancia verdadeiros expertos en educación.

## 1.2. Concepcións alternativas, organizadores previos, mediadores efectivos

A efectividade require partir da relevancia, contar co coñecemento e o convencemento. Utiliza-lo que sabemos sobre as concepcións alternativas dos distintos suxeitos, os organizadores previos, a asimilación, as actitudes, o desenvolvemento de aptitudes, os hábitos e o desenvolvemento da capacidade de transferencia.

O modo de entende-los problemas, igualándoos ós xa coñecidos na base dunha falsa similaridade leva a moitos suxeitos a darlle unha igual consideración e tratamento. Conceptualiza-lo VIH como unha enfermidade venérea máis leva a supoñer que se combatería do mesmo xeito que estas; poñendo a solución en mans dos antibióticos. As concepcións alonxadas do coñecemento científico de moitos suxeitos africanos lévaos a realizar prácticas e atropelos que contribúen á rápida extensión desta enfermidade; quen sempre buscou alivio nas mans dos bruxos segue a facelo cando está infectado de VIH e ademais non encontra outra solución ó problema, neste caso como en tantos outros non é posible reequilibramento saudable algún en función da comprensión do significado dos rituais e os mitos, asimilacións a heroes e expulsión do mal. Outros procedementos deducidos de pensamentos acientíficos levan a disparatar e buscar a curación en violacións de virxes, casadas ou embarazadas; “El Correo Gallego” (1.998, pax. 72) faise eco de noticias procedentes de Kenya neste senso:

“as mulleres embarazadas, as mulleres casadas e as colexialas... constitúen “refuxios”... contra o virus”, ...segundo “varias crenzas Kenianas”...

*Tomado por “El Correo Galego” do Diario “Nation” (16-Dec-1.998)*

Os organizadores previos deben mediar entre o conformado en base ó limitado e peculiar e o coñecemento científico. Sen axudalos a chegar e imposible que entendan.

É importante menciona-las medidas de protección dos sans e prevención de contaxio por parte das compañías cinematográficas que se preocupan do tema. Acostuman a esixir a execución das probas de inmunodeficiencia para formaliza-los contratos que inclúan determinadas esceas de rodaxe; pero sabemos que se dá un lapso de tempo entre varias semanas e algúns meses (ó redor de 3 meses) no que os tests non detectan a infección, mentras o infectado xa a transmite. Hai outros espectáculos nos que máis de dous actores executan prácticas de risco con intercambios e participación conxunta.

As probas máis utilizadas son “ELISA” e “Western Blot”. Detectan varios dos anticorpos VIH producidos durante a infección; requirense dous ELISA positivos e un Western Blot para declara-la seropositividade. O ELISA, deseñado en 1.985, é unha proba en sangue mediante un ensaio inmuno-absorbente ligado a enzima que ten unha sensibilidade superior ó 99,5% pero unha especificidade moi baixa (só un 13% dos seus positivos son seropositivos). O Western Blot detecta os produtos xénicos do VIH polo peso molecular correspondente, pero pode non detectalos ata os 3 meses da infección ou máis.

Tamén se conta co RCP de ADN consiste en provoca-la reacción en cadea coa polimerasa. A ampliación do ADN provírico, destruindo as células mononucleares de sangue periférica e utilizando parellas de cebadores procedentes das rexións gag e LTR, permite, coa utilización de técnicas de hibridación con ácidos nucleicos, establece-la existencia de ADN do provirus VIH. A ampliación do ARN provírico, consiste no tratamento do plasma con ADNasa e a preparación de copias ADNc das moléculas ARN, obténdose copias do ADN do VIH proporcionais á cantidade de VIH presente no plasma. Ampliando o ADNc proviral e utilizando a técnica RCP con parellas de cebadores que separan o ADNc xenómico do ADNC mensaxeiro establécese o diagnóstico VIH.

Unha vez coñecidos os conceptos e as variables relevantes ó caso, precísase que asuman en función da reflexión e que desenvolvan unha actitude adecuada. A aceptación adoita a ser inoperante sen a presenza das continxencias que a condicionan, polo que o último paso será a prevención; identificación de situacións de perigo e de prácticas de risco, para o que é necesario dispoñer-los disuasores efectivos en base ás continxencias adecuadas a nivel representacional.

As continxencias, minoradas pola probabilidade e a separación entre conducta de risco e consecuencias, son consideradas e comprendidas na base do establecemento de mediadores efectivos que sirvan como disuasores anticipados ás consecuencias.

A advertencia de que tras a aparencia inocua pódese esconder o perigo é un poderoso disuasor. Un chega a unha zona de veraneo e encóntrase na

terminal de autobuses cuns carteis que presentan o rostro dunha xoven saudable e apetecible para comparti-lo recreo e a diversión que aquel lugar permite. Non é exhuberante, nin destaca por excesiva ornamentación nin maquillaxe. No seu peito resalta unha lenda nun recadro vermello con letras brancas:

«É portadora VIH. NON ten SIDA pero a contaxia».  
(Uruguay, Oficina de Información Salud Pública (Punta del Este, 1.994).

A letra miúda ó pé explica o lapso de tempo que hai entre o contaxio e a manifestación da enfermidade, indicando que durante ese período é trasmisora potencial nas relacións sexuais sen preservativo.

Tanto o variado consumo alimentario como a sexualidade están imbricados no desenvolvemento cultural, xunto ó traballo; tradicións e hábitos coas continxencias de pracer e satisfacción reforzan prácticas e costumes. É necesario fixar as condicións e, de non cumprilas, tamén aquí marcar con disuasores de mediación efectivos a perigosidade; pois tamén o vínculo entre antecedente e consecuente encóntrase moi mitigado pola probabilidade e a distancia no tempo entre conducta de risco e consecuencia. Non é de estrañar por iso que, cando as noticias non son totalmente diáfanas, haxa quen se arrisque con baixa consciencia sobre o problema, ou incluso o poña en dúbida ou o ignore.

## 2. Epidemioloxía da SIDA

As primeiras cifras de casos de SIDA por millón de habitantes empezan a obterse a partires de 1.983 e estímase que o de infectados por VIH é ó redor de dez veces maior. Unha análise de gráficos permítenos sinalar que o nivel de infección, en xeral, é superior nos países de renda per cápita máis baixa, con peor atención sanitaria preventiva e curativa e con niveis de anos de estudio baixos; o que pon en xogo tanto o nivel de información adecuada e medios de prevención, como a capacidade de asimilación, motivación e desenvolvemento de hábitos.

Se consideramos os factores de diferenciación socioeconómica e cultural dentro dos países poderemos supoñe-los factores de marxinação (ghetos) que fan que algúns países desenvolto presenten niveis superiores ós estimables "a priori". Tamén son de consideración os factores de ubicación xeográfico-económicos e político-sociais.

España parte duns niveis relativamente baixos a principios da década dos 80; detrás de Suíza, Dinamarca, Bélxica, Francia, Luxemburgo Holanda, Alemania Federal, O Reino Unido e Portugal. Pero a súa progresión modifica constantemente a súa posición relativa a estes países, empeorando ano tras

ano, ata colocarse co maior número de infectados por millón de habitantes e con tendencia a seguir distanciándose. (Ver gráfico 1, en Anexo).

No ano 86 España supera a Portugal. No ano 88 supera ó Reino Unido, a Luxemburgo, a Bélxica, a Alemania Federal, a Holanda, Italia. No ano 89 supera a Dinamarca. No ano 92 supera a Francia. No ano 93 supera a Suíza. Dende o 93 ten o maior número de infectados por millón de habitantes da Europa Occidental.

No ano 97 España segue sendo a primeira de Europa, destacada, seguida de Suíza, Francia, Italia, Portugal, Dinamarca, Luxemburgo, Reino Unido, Alemania Unida, Holanda e Bélxica.

En África a infección alcanza uns índices críticos. Países como Zambia o Congo e Kenia, por exemplo, presentan un alarmante número de casos por millón de habitantes e o seu índice de incremento segue medrando a un nivel moi superior que en Europa. (Ver gráfico 2, en Anexo).

En América, o número de casos por millón de habitantes é desorbitado nas Bahamas, por encima de Zambia e mantendo aínda unha alta progresión a penas freada. Séguenlle a distancia Estados Unidos, Trinidad Tobago, Honduras, Brasil, Canadá, República Dominicana, México, Venezuela, Arxentina, Uruguay, Perú, Colombia e Cuba. Sorprende o alto índice de Estados Unidos, e incluso o de Canadá. (Ver gráfico 3, en Anexo).

De Haití, por exemplo; os últimos datos (1.993) fan sospeitar uns moi altos niveis.

En Asia é de sinalalo caso de Thailandia, que en 1.997, aparece con 59.782 dos 74.431 reflectidos para todo o continente ó que pertence. (Ver gráfico 4, en Anexo).

Ademais, hai que ter reserva con respecto ós datos suministrados por países do Terceiro Mundo, pois as cifras estimadas poden ser moito máis alarmantes das aquí reflectidas (gráficos).

### **3. Nocións elementais sobre a SIDA**

A investigación sobre a SIDA ven a remolque dos acontecementos; é necesario que se infecten os depósitos de sangue e plasma e aparezan casos entre aqueles que precisan hemodiálise e hemoderivados para que as institucións empecen a asignar fondos relevantes. A información que se divulga paralelamente á obtención de datos significativos ten, en principio, lagoas e carencias sobre as características do axente e os medios de transmisión.

Os científicos establecen o sistema que fai ineficaces as defensas inmuno-lolóxicas do organismo, pois o VIH as converte en obxectivo e vítimas (Palfrenan, 1.993). O Dr. Joel Huff (Dtor. De Química Medicinal de Farmacéuticos. Compañía Merk) explica que este retrovirus consegue introducirse

nas células a través dos receptores de membrana CD4, ocultando a súa xenética para evita-lo ataque dos linfocitos e macrófagos. Unha vez dentro, desvela o seu material xenético e realiza unha copia ADN da base ou plantilla ARN (a transcriptasa replica a cadea). A copia pode mudarse ó núcleo da célula, integrándose nos cromosomas celulares. Reprodúcese desenvolvendo ademais tendencias mutantes con gran cantidade de variantes. Emigra á superficie, brotando dende a membrana celular para infectar outros linfocitos (T4 e macrófagos). É entón cando as defensas do organismo o identifican e reaccionan contra el, controlándoo durante uns dous anos, ata que novas infeccións estimulan inmunoloxicamente ós linfocitos T4, vencéndoos por deterioro; neste momento xorden as infeccións, a tosoplasmosa, os sarcomas, etc.

Constátase que cando se infecta un suxeito, entre as 2 e as 12 primeiras semanas, presenta síntomas semellantes ós da mononucleose no 50% dos casos; cadro de gripe aguda, con nódulos linfáticos, diarreas, etc.. Logo sucédelle unha etapa asintomática, que se estende entre 2 e 12, ou máis, anos, para, por último, aparece-la SIDA.

A busca dunha vacina ó estilo tradicional tropeza ca dificultade de que este retrovirus, unha vez no interior das células, xa non ten solución, pois non é detectado como estraño e reduplicase e muta atacando masivamente ós linfocitos. En principio, os esforzos dirixíronse ó alongamento da situación de infección VIH sen desenvolvemento da SIDA; neste senso, Alain Vener (Laennec Hospital) sinala á “ciclosporina” e á sustancia Q (GLQ-223). Jerome Groopman, do Hospital Diácono de Nova Inglaterra, aplica o “AZT”, incapacitando á enzima que permite a transformación do ARN en ADN, co que o virus non pode introduci-los seus xenes no núcleo da célula; o problema é que nuns meses xorden dende o interior das células tendencias mutantes resistentes ó “AZT”, e ademais presenta efectos secundarios (anemia severa por depresión da medula ósea, trombopenia e granulocitopenia, con cefaleas, náuseas e vómitos).

Anthony Fauci (Instituto Nacional da Saúde Americano) aplica novos inhibidores da enzima “proteasa”, que impiden a división de longas proteínas que poderían ensamblarse nun novo núcleo vírico; pero de novo aparecen formas mutantes que dividen proteínas con encimas alternativas á proteasa. Teríase que conseguir o adiantarse ás novas mutacións con novos inhibidores. Ademais, este tratamento é moi caro, impracticable en países pobres e extremadamente castigados pola infección onde a penas se dispón de aspirinas nos hospitais (África, Thailandia, Asia, Rusia, etc.). Así é que Jerome Groopman plantexa a necesidade dunha vacina efectiva e de baixo custe.

O Dr. Dani Bolognese (Proxecto de Avaliación de vacinas contra a SIDA) sinala a dificultade de conseguir anticorpos desenvolto por vacinas compostas por conglomerados con amplitude suficiente de tendencias; cada vacina é eficaz na protección ante o correspondente virus, pero non neutraliza

as outras tendencias, nin sequera as máis similares, e hai tal cantidade e en constante xeración que é imposible abarcalas.

O progresivo coñecemento da composición do xenoma VIH permite ensaiar sucesivos intentos de detección da reduplicación do virus; o xen «env» codifica as proteínas da cuberta vírica, o xen «gag» o núcleo ribonucleotídico, o xen «pol» a transcriptasa inversa, e o «tat», o «trs», o «sor» e o «3orf», entre outros, codifican a síntese de proteínas. Os deseños de investigación na loita contra a SIDA tratan de bloquear a ensamblaxe vírica, inhibir a transcriptasa inversa e inhibir a transcripción do ácido desoxirribonucleico en ácido ribonucleico.

A experiencia do Dr. Roni Desrosiers é sumamente interesante. En 1.980 detecta perdas de peso e infeccións nos seus monos de laboratorio, que non ceden cos fármacos habituais, identificando en 1.981 un virus parecido ó VIH, o SIV (Virus de Inmunodeficiencia Simia). Tras desenvolver vacinas de utilidade selectiva, ineficaces con tendencias de mutación diferente, por fin descubre a vacina viva con virus atenuado por falta dun xen non esencial (xen neg), con pleno éxito na aplicación ós monos; estes non se infectaban incluso con doses 1.000 veces superiores ás necesarias.

O problema da vacina de Desrosiers, segundo o Dr. David Ho (Misión Forza Nacional contra a SIDA. Dtor. Do Centro de Investigación da SIDA Aaron Diamond), é o tremor de que o virus produza a enfermidade no futuro (20 ou 25 anos ou máis). Segundo Jerome Groopman, o problema é que pode mutar e converterse nalgo máis poderoso, producir cancro por mutacións, etc.

Nembargantes, algo trascendental ven en apoio de Desrosiers, o descubrimento de varios centos de pacientes con VIH que non desenvolven a enfermidade despois de 15 anos ou máis; as súas células T non diminúan, o seu sistema inmunolóxico seguía normal e mantiña o virus baixo control. Ademais, a Supervisora do Banco de Sangue da Cruz Roxa en Sidney (Australia), Jenny Lermont, descubre que 3 homes e 3 mulleres entre 30 e 60 anos, infectados dende fai entre 10 e 13 anos e que non desenvolven a SIDA, recibiran transfusións todos do mesmo doador dende 1.983. O doador, seropositivo, igual que os receptores presentaba unha tendencia mutante do virus, que o atenuaba ó carecer do xen non esencial. David Ho estudia algúns destes pacientes sinalando a existencia de mutacións críticas e truncamentos do xen non esencial que a fan debilitarse e o converten en protección de futuras infeccións.

Segundo Desrosiers, as vacinas atenuadas in vivo son as vacinas baratas, efectivas e de fácil distribución que se precisan nos países pobres e invadidos pola infección; nembargantes, outros como Fauci consideran prematuro realizar campañas de vacinación sen estudar as posibles consecuencias. No norte de Thailandia, así e todo, e tras estudar pros e contras, parece viable a aplicación de vacinas.

No campo animal, ademais do descubrimento de Desrosiers (SIV - virus de inmunodeficiencia simia en monos rhesus), xa en 1.972 se descubrira o VIV, virus de inmunodeficiencia vacuno R-29. Niels Pedersen descubre o FIV (virus de inmunodeficiencia felina en gatos). Descúbrese o FeLV (virus leucémico felino en gatos), que produce inmunosupresión e a inmunodeficiencia combinada severa en ratos. O SIV comparte un 40% de homoloxía secuencial co VIH, o VIV comparte unha homoloxía xenémica do 60% co VIH e reactividade cruzada co VIH e o SIV (Cacabelos, 1.989).

O 6-12-1.995 Robert Gallo consegue illar 3 novas sustancias (as interleuquinas) que frean a aparición da SIDA. Substancias que se encontran no sangue daqueles suxeitos que estando infectados non enferman; actúan como inhibidoras da destrución de células T.

O 11-5-1.996 anúnciase en Tve que a chave do virus, a proteína da membrana celular na que se engancha o VIH para entrar na célula, foi descuberta; trátase da "fusina". O camiño cara ó control da enfermidade parece quedar máis expedito a través desta vía; por bloqueo da acción desta proteína. O 5-1-99 expónse un novo paso que parece ser definitivo, a manipulación xenética da enzima "proteasa"; unha vez alterada non permite a reprodución e mutación do VIH no núcleo das células infectadas, levándoas á súa destrución.

#### **4. Plantexamento do traballo empírico**

A evolución epidemiolóxica de España en relación ó resto dos países de Europa é tan significativa que tratamos de obter datos; a) sobre o coñecemento do problema, e b) sobre a modificación de hábitos de risco a medida que se estende o problema.

Considerando a maior consistencia que o nivel de educación lle da á relación entre crenzas e actitudes (Kelly, 1.990) e a influencia destas sobre as intencións conductuais e a conducta (Becoña, 1.986), accedemos a estudantes universitarios que poden fundamentar con máis información as súas actitudes, ser conscientes da súa responsabilidade persoal e, por tanto, eleva-la consistencia entre actitude (sobre todo intención conductual) e conducta, desenvolvendo un maior autocontrol. Inda que por outra banda actúan sobre eles factores motivacionais, de marco e de impulso persoal dadas as circunstancias relativas á súa idade, temporalidade e contestación.

Os datos que conseguimos poñen de relevo a dificultade do problema:

Pese ás declaracións de estar ó tanto das campañas contra a extensión do VIH e a SIDA, nas indagacións previas atopámonos con que o descoñecemento dalgúns temas adoecía de falta de reflexión. Como o non ser conscientes de que un único preservativo para cada varón non soluciona o problema; por exemplo, practicando o sexo en grupo. Tampouco eran conscientes na súa

maioría de que as probas de detección precisan dunha marxe de tempo de a lo menos 3 meses para alcanzar unha aceptable validez. As típicas frases de “non se pode vivir nunha cápsula illada”, “se te obsesionas acabas con problemas emocionais”, “non me vai a tocar a min”, “eu móvome entre compañeiros e xente coñecida”, etc. repetíronse unha e outra vez mostrando como baixaban a garda con tan triviais e perigosas argumentacións.

Evasivas deste xénero sorprenden a estes niveis, concretamente “a min non me vai tocar”, indica un nivel de conciencia difuso que, segundo Torres (1.995), permitiría engadir “o que amosa que son idiota”.

Confecionamos e utilizamos un cuestionario sobre hábitos de conducta sexual en relación á SIDA, pasado a universitarios de terceiro curso no ano 1.995 (formando parte deste traballo), apuntáronse as seguintes características relevantes en canto á definición das súas concepcións alternativas.

O cumprimentado do cuestionario descriptivo deseñado ó respecto dou esta información:

As mulleres (Considerando o 93%, con idades comprendidas entre 20 e 22 anos; en nº de 93 sobre os 131 suxeitos da mostra).

- O 50,53% declara anonimamente ter parella habitual.
- Só un 34,40% deste grupo utiliza o condón habitualmente coa súa parella.
- O 47,31% declara non ter parella habitual.
- Só un 23,65% deste grupo utiliza o condón nas súas relacións esporádicas.
- Un 88,17% do total coñece as vantaxes do condón en canto á protección aséptica; pero ó mesmo tempo un 47,31% sinala as súas desvantaxes en canto á perda de sensibilidade.
- Un 56% coñece as vantaxes do preservativo feminino; pero un 38,7% sinala as súas desvantaxes, e un 43% descoñece este profiláctico.
- Só un 22,5% se mostra disposto a esixir con firmeza á súa parella eventual o uso do preservativo en base ás súas garantías, mentres un 33,3% non o está, e un 44,08% dubida.
- Resulta alarmante o que só o 13,97% declare coñecer protección para o sexo oral.
- Só un 69,89% coñece algunha das garantías nunha transfusión de sangue. Un 30,10% descoñece a imposibilidade de detección do VIH en sangue nos 3 primeiros meses de contaxio.

Os homes (Considerando o 95%, con idades comprendidas entre 20 e 22 anos; en nº de 38 sobre os 131 suxeitos da mostra).

- O 47,36% declara anonimamente ter parella habitual.
- O 52,63% deste grupo declara utilizar condón habitualmente coa súa parella.
- O 44,73 declara non ter parella habitual.
- O 65% deste grupo utiliza o condón nas súas relacións esporádicas.

- Un 97,36% do total coñece as vantaxes do condón en canto á protección aséptica; pero ó mesmo tempo un 73,36% sinala as súas desvantaxes en canto á perda de sensibilidade.
- Un 36,84% coñece as vantaxes do preservativo feminino; pero un 42,10% sinala as súas desvantaxes, e un 18,42% descoñece este profiláctico.
- O 44,73% móstrase disposto a esixir con firmeza á súa parella eventual o uso do preservativo en base ás súas garantías, mentres un 44% non o está, e un 11,27% dubida.
- Só o 31,67% declara coñecer protección para ó sexo oral.
- Só un 68,42% coñece algunha das garantías nunha transfusión de sangue. Un 26,31% descoñece a imposibilidade de detección do VIH en sangue nos 3 primeiros meses de contaxio.

Os homes parecen ser máis cautos á hora das relacións esporádicas, en relación á utilización do preservativo masculino. Así o utilizan o 63,15% deles, fronte ó 23,65% delas; destacando que entre as mulleres hai un 3,22% que descoñece o condón, mentres que tódolos homes o coñecen.

Os homes advirten máis desvantaxes á hora de utiliza-lo condón; isto débese a que lles resta pracer.

Datos obtidos acerca das vantaxes e desvantaxes do preservativo feminino non parecen ser fiables, posto que se mostra certo grao de descoñecemento sobre este tema.

Considerando o problema que esta práctica acarrega, parécenos unha porcentaxe excesivamente baixa que só o esixan contundentemente un 22,5%, e nos homes chegue ó 44,73%. Pode deberse a factores de estereotipo cultural, polo que dependería máis directamente da muller a utilización do preservativo feminino, que por outro lado coñecen poucas.

É de destaca-la falta de coñecemento de medios de protección na práctica do sexo oral.

Tamén chama a atención a desinformación sobre as probas dispoñibles de detección do VIH en sangue, e os prazos en que non se detecta pero se trasmite.

En función dos resultados a este nivel, plantexámonos se outros estratos da poboación supostamente menos informados e con hábitos de risco máis elevado presentarían concepcións alternativas máis pobres e estarían máis expostos ó contaxio. Baixo esta sospeita, tratamos en 1.996 de obter resultados sobre as concepcións alternativas de suxeitos de “número de anos de estudio baixo” e que acostumasen a utiliza-lo servizo de prostitutas. Levamos a cabo un sondeo previo que nos fixo pensar en explicacións baseadas en nº de prácticas de risco, cuestións de hixiene tradicional, métodos anticonceptivos, intervalos de tempo en dar tratamentos tradicionais con antibióticos e modalidade sexual; a consideración da infección VIH como

enfermidade venérea parecía gravitar en torno ós casos en que se recorría á limpeza (hixiene) ou ós derivados da penicilina.

Encontrámonos en moitos casos con concepcións totalmente acientíficas, que se definían por asociación ás enfermidades tradicionais de tipo venéreo en base ó medio de contaxio compartido con elas. Argumentaban o recurso a fármacos tradicionais para combatalo sen comprende-la súa inoperancia neste caso; non resultaron as mesmas que as dos africanos antes citados, pero como naquel caso as súas concepcións alternativas eran froito de argumentacións en función do coñecido.

A educación debe facilita-la comprensión da información en función do nivel educativo e establecer hábitos de protección; xoves ós que se lle proporciona simplemente información sobre o VIH e as vías de contaxio presentan prácticas de risco similares a outros menos informados (Akande, 1.994). Hai que cambia-las rutinas do uso de contraceptivos, dando paso ós anti-VIH (condóns) e desenvolve-lo autocontrol (Ross, 1.988, 1.989).

Os disuasores de mediación efectiva non son a solución, pois non van con eles; a función destas asociacións (V.g: Pes lacerados, forúnculos no pescozo, Sarcoma de Kaposi, etc.) é de mediación efectiva e as campañas austríacas, inglesas, etc. utilízanas con inxenio, pero resultan inoperantes se non se acompañan de modificación de actitudes.

Confírmase aquí que as campañas de información alarmantes non cambian de modo efectivo o comportamento, se non van acompañadas de aprendizaxes concretos como sinalan Ross (1.990) e Akande, (1.994); o tremor e a incertidume non son fonte de solución por si mesmos. A prevención contra a infección ten necesariamente que pasar polo desenvolvemento das habilidades para interrelacionarse socialmente a nivel interpersoal cunha salvagarda para a saúde, podendo poñer en práctica o coñecido no momento preciso. O desenvolvemento de habilidades de decisión e autocontrol ó servicio de eludi-la utilización do condón tropeza cunha grande dificultade o pretender valora-lo nivel de risco de infección en función da indagación interpersoal; se ben as habilidades sociais poden reduci-lo risco da atribución, tamén poden dan lugar á confianza nalgo cunha ampla posibilidade de erro dada a cantidade de variables interpersonais e ambientais en xogo.

A crenza na saúde dos partners en función da pertenza ó propio ámbito, ou cercano, e da aparencia e desenvolvemento normal, xunto ó cuestionamento do establecido, fai que relativicen o risco e perciban con optimismo as posibilidades de contaxio (Weinstein, 1.987), polo que a educación ten que facer fincapé no coñecemento exacto do risco e a consecuente modificación do comportamento (Planes, 1.993, 1.994).

A campaña realizada polas autoridades suízas (Fundación Suíza Aids e Oficina Federal para a Saúde Pública) (Kocher, 1.993) sinala as situacións de risco, ten en conta os grupos de poboación que acostuman a desenvolverse en tales contextos e sensibilízaos co problema, coida o desenvolvemento da

solidariedade con afecto e cariño e propón medidas prácticas de evitación do contaxio. A solución ó problema en si non está garantida a medio prazo, e menos deben facerse consideracións en base a descubrimentos a curto prazo; deben manterse relacións con persoas suficientemente coñecidas e o uso do preservativo debe xeneralizarse.

A tv., a radio e a prensa son medios desta difusión. Insértanse spots nos intermedios de eventos deportivos e en programas de radio dedicados a un público maioritariamente xoven. Nas páxinas de prensa con propaganda sobre servizos sexuais insertan grandes anuncios centrais que declaran imprescindible o uso do condón e recoméndanllo ás profesionais do ramo.

Ademais do uso do condón, que é unha vacina continua para quen non modifica os seus hábitos sexuais, a actitude ética dos individuos autónomos ten que proveer novas normas éticas para estas novas situacións nas que, en función das consecuencias potenciais, condutas que antes eran éticas agora non o son. Educación con autocontrol e solidariedade son a clave. A conciencia do risco e a valoración do problema en liberdade ética, á marxe de normas morais e tabús, e a autodisciplina conseguinte limitan o perigo da SIDA para a sociedade.

As asociacións que se suscitan van dende a substitución de símbolos, como o escudo da deusa Helvetia ou dos cofundadores da Confederación Suíza, por un condón, dándolle a este último máis relevancia incluso que ós primeiros na actual protección do país. Substitúense "os" de palabras e proclamas, incluso a lúa ou o sol poñéndose, por condóns, plantexase por potenciais parteners atractivos a condición inescusable de condóns ou a renuncia, etc.. A utilización de preservativos está en ascenso a partir de 1.986, elévase paralelamente ó desenvolvemento da campaña condón 1.986 - 92 (de 7,6 a 15 millóns de unidades); ó mesmo tempo increméntanse os cambios de comportamento sexual. En 1.992 hai a lo menos 15.709 persoas infectadas VIH e 2.449 con SIDA, 1.549 morreron antes de 1.993.

Esta mesma estratexia séguese en Noruega, onde se considera a educación e adestramento dos diferentes grupos de profesionais como esencial para a súa preservación efectiva e o contaxio a terceiros; tanto a nivel de relacións sexuais como de manipulación manufacturada ou de servizos (National Institute of Public Health - Norway, 1989).

#### **4.1. Cuestións de Fondo**

O plantexamento hipotético que pode abri-lo camiño das necesarias solucións a este e a tantos outros problemas infecciosos de incluso máis fácil contaxio como a hepatite vírica, inda sen solución, ou a tuberculose, etc., ten necesariamente que considera-lo nivel educativo. Se plantexamos atención individualizada no ámbito da educación institucional, ¡como eludila neste caso

no que o condicionamento é maior en función do heteroxéneo da poboación!

Sería preciso ademais considera-la responsabilidade a tres niveis, no marco da conducta persoal do individuo da calle, ó de responsabilidade na manipulación de programas, instrumentos e específicos para terceiros e ó de vixilancia do cumprimento das normativas por parte dos axentes encargados; os dous últimos evitarían o “síndrome de indefensión” que padecen moitos colectivos, como o de hemofílicos, que chegan a niveis de infección antes de 1.983 calificados de escándalo pola O.M.S., os trasplantados e os que sofren insuficiencia renal; dándose casos de utilización dalgún compoñente de test inactivo, de hemoderivados con retrovirus, ou nos que os circuitos de hemodiálise quedaron infectados duns pacientes a outros (hoxe a probabilidade de infección sitúase nun 1-250.000).

A educación ten que dirixirse a un cambio de comportamento; “non ó sexo mecánico, si á comunicación interpersonal”. No Congreso de Hamburgo díxose “Se non nos comunicamos a SIDA vencerá”.

A interrelación sempre debe ser autocontrolada, responsable, autónoma, cooperadora. O uso do preservativo é unha medida de emerxencia ante a promiscuidade incontrolada, a xiringuilla refugable o é ante a drogadicción, e a necesidade de controla-lo plasma xorde de ámbolos dous problemas. Logo, “practica a sexualidade responsable, non o sexo”, e “non te drogues”, son recomendacións éticas que van máis alá da prevención concreta contra o VIH; chegan á obriga psicossocial de respectarse (saúde, autoestima, etc.).

Desenvolve-las crenzas e actitudes útiles na prevención para a saúde, como o establecemento de tódalas vías de transmisión VIH e a identificación das prácticas de risco conlevando a referente ó uso do preservativo en contactos ocasionais, e cinguindo ós contactos sen preservativo ó matrimonio e a parella estable.

No ámbito de responsabilidade ante a audiencia, plantexouse alguén dende o punto de vista dun neno algúns dos temas que saen ó aire. ¿Pode unha pantalla converterse na “Caixa de Pandora” o alcance dos nenos, os adolescentes, os xoves ...

Ben é certo que uns dirán, “é cousa dos pais determinar que poden velos seus fillos e que non”; pero, ¿plantexanse conscientemente todo tipo de situacións?, ¿póñense os que din iso nos zapatos daqueles?, ¿ou obran egocéntrica e egoistamente?. ¿Pode a liberdade ser absoluta, tendo o deber de respectar ós demais, e xurdindo ademais da capacidade e do coñecemento?. Todos estamos de acordo en non servir bebidas alcohólicas a menores en lugares públicos, ¿estaríamolo en que determinados pais llas proporcionasen particularmente ós seus fillos?; é máis, ¿estaríamos de acordo en que se lles invitase constantemente a beber?, ¿ou a que se lles puxese o alcohol ó alcance da man?.

Cando se pretende dar carácter de normalidade ó insán, perigoso e de alto risco, ¡quén o valora e sitúa no seu lugar!

Nesta educación é necesaria a participación da sociedade, e non con programas específicos, senón considerándoo como tema de fondo.

Estamos nunha sociedade na que non somos libres de conducir sen o cinto de seguridade, pois esa práctica de risco poden deducirse consecuencias perigosas para o individuo, inda que nunca para os demais conductores directamente; non temos o menor receo en invadi-lo campo da decisión persoal neste caso. Tampouco somos libres de fumar onde molestemos ós demais; aquí si que se xeran consecuencias para os fumadores pasivos. Prohíbese o consumo de drogas. Nos países do Norte de Europa se non se acude a unha cita médica, a policía persóase no domicilio particular apremiando ó cidadán. Regúlanse tantas e tantas cousas que invaden o círculo persoal sen o menor reparo; pero en cambio xorde a febre da liberdade cando de algo tan gordo como o aquí tratado está en xogo.

A administración sabe dos gastos médicos e hospitalarios que se derivan destas conductas de risco, absentismo e incapacidade laboral, enfermidades crónicas, minusvalías, etc., pero sobre todo do sufrimento persoal dos afectados... Pensemos nos inicios, no caso que estremeceu ó Dr. Gottlieb (Lapierre, 1991), coñecido polos medios de difusión como <<o enigma da habitación 516>>, polo segredo que encerrou aquel tratamento. A impresión que causou ó Dr. Broder, ó extremo de desexar non ter que asistir de novo a outra traxedia similar. Contemplemos o que está en xogo en comparación coas prohibicións, medidas e sancións.

A esperanza médica ven dada en función da efectividade dos combinados de fármacos que frean a reduplicación do VIH e das vacinas de virus vivo aminorado pola carencia dun xen non esencial (neg), que parecen evita-la SIDA durante períodos superiores a 17 anos (vacinando contra tódolos tipos VIH); está por establece-lo seu período de reduplicación e as incertas características das súas posibles mutacións. O descubrimento do Dr. Gallo suporá en breve a posibilidade de alongarlle efectivamente a vida san daqueles que foron infectados co VIH, sen que desenvolvan a SIDA; pero traerá consigo a factibilidade de que haxa cada vez un maior número de seropositivos. Se a isto se une unha posible baixada da prevención contra o contaxio, o incremento pode seguir unha progresión desorbitada. A sensibilización empática é un elemento indispensable na toma de conciencia e debe dar paso á conducta prosocial, pero ten un inimigo pouco reflexivo e que xoga coa emocionalidade, a sensiblería. Esta última utilízase para chama-la atención cara o sobresaínte, deixando de lado o realmente relevante, a solución ó problema.

Nos momentos de crise, de catástrofe, o dilema está entre a aplicación de medidas trascendentes (non coercitivas, por suposto), ou o fracaso que se converterá na pandemia do século XXI.

Non é un problema puntual o que temos entre nós. É un modo de entender e desenvolve-la vida, cuns valores, unhas metas e unhas motivacións no que resultan trascendentes ós problemas plantexados.

Ademais, non podemos seguir individualizando; centrándonos agora na SIDA, logo na tuberculose e demais enfermidades parasitas adventicias á falta de inmunidade, por outro lado aparecen os “prións” e o seu terrible perigo de expansión. A tuberculose esténdese, 20.000 casos novos cada ano en España (Jiménez, 1.996); os bacilos anidan e se agazapan nos enfermos da SIDA e fanse resistentes ós antibióticos. Non é casualidade o que España sexa o país con maior número de casos da UE, séndoo tamén en canto á infección VIH (De la Serna, 1.996). O alto risco e a infección letal que temían os centros de bioloxía molecular en 1.982 ven da man da combinación cun segundo axente que ademais non permite nin vacina nin tratamento para quen está infectado de VIH, “a nova viruela”, aparecida en 1.977 no antigo Congo; fácil de contaxiar a través do contacto coa pel e o alento.

Hai unha secuencia de feitos que resaltan pola súa similaridade en distintas situacións de denuncia e solicitude de solución.

Recordemos que a partires da experiencia do Dr. Gottlieb en outubro de 1.980 comprobáronse unha serie de casos coas mesmas características; caída do sistema inmunitario, infección tras infección, sufrimento e morte. O Dr. Jim Curran, o fronte do CDC de Atlanta, presenta datos relevantes baseados na correlación entre infección e promiscuidade (máis de 10 veces nos homosexuais infectados con relación ós sans), e a pesar diso non logra fondos para a investigación nacional que solicita. O que non aparece o tal virus utilizando os microscopios electrónicos non era fácil de admitir, e Curran non convenceu nin conseguiu nun principio asignación de fondos por parte da Comisión Nacional Americana do Cancro. Incluso Robert Gallo, ó que se dirixiu Jim Curran, permaneceu xordo non vendo a forma de colaborar naquel problema de homosexuais promiscuos (Lapierre, 1.990, pag.145).

O problema da SIDA non se considerou en toda a súa dimensión e non cobrou a relevancia requirida ata que se entendeu como un problema de toda a poboación. En principio, organizacións de tal transcendencia como a O.M.S. (I.S.S.N., 1.986, pax. 10) considerábana de menor gravidade e consecuencias que outras enfermidades tropicais mortais.

Na década dos 50 íllanse en África 2 tipos de virus linfotrópicos dos que se cre que serían o LAV2 (virus asociado á linfodenopatía) o HTLV 2, e o SBL; hoxe o HTLV III (virus linfotrópico T humano III) é coñecido como VIH (Gallo, 1.984 a,b,c). Os casos recoñecidos hoxe como máis antigos serían, segundo Grmek (1991), en 1.952, correspondería a un falso diagnóstico de neumonía vírica en Norteamérica (1.952), un mariñeiro en Manchester (1.959) e outro caso en Noruega (1.966).

Destes casos illados pásase, na década dos 70, á constatación de infeccións de homosexuais norteamericanos en busca de praceres centroamericanos de mans de inmigrantes africanos (Xunta, 1.991).

No ano 78, en Francia, detéctase o caso dun taxista portugués que participara na guerra de Angola. A finais de 1.979 aparece o primeiro caso constatado de SIDA en Nova Iorque, un adicto á heroína afectado de neumonía morre nunha clínica. Logo danse unha serie de casos co mesmo inexorable desenlace en Chicago; a maioría deles varóns homosexuais. É o padecer hepatite B e a rara aparición da Pneumotite carinii e o sarcoma de Kaposi sen que o combatan as defensas o que induce a indagación sobre a enfermidade. No ano 1.980, o VIH contaminou os abastecementos de sangue e plasma, e gran número de hemofílicos resultou contaminado.

A partir do ano 80, a SIDA expándese polo mundo.

No verán de 1.981 invéstigase a neumonía por *Pneumocystis carinii* nunha mostra de 5 homosexuais dos Ánxeles, e o sarcoma de Kaposi en 26 homosexuais de Nova Iorque. En 1.981 el CDC (centro de control de enfermidades) mostrou a inexplicable aparición destas enfermidades en persoas novas aparentemente sans e sinalou como o axente se trasmitía por vía sexual ou venosa; homosexuais e tamén heterosexuais, drogadictos e hemofílicos contaminados permitiron comprobar estas hipóteses.

Jim Curram (xefe do CDC) no verán do 1.982 (Lapierre, 1.990) solicita en Bethesda ante os conselleiros do Instituto Nacional do Cancro Americano, un programa de investigación nacional sobre a infección virulóxica que deixaba sen defensas a aqueles que a sufrían e tan dramáticas e tráxicas consecuencias conlevaba. Basease na correlación que establece entre nivel de promiscuidade e afección da enfermidade; os infectados caracterizábanse polo seu elevado número de contactos con diferentes partners. Pero só, cando trasplantados e hemofílicos se ven infectados, queda clara a existencia dun virus; o único que podía burla-los filtrados rigorosos que nin bacterias nin microbios podían traspasar.

En 1.983 illouse o VIH dun paciente que padecía unha linfodenopatía (LAV). Luc Montaigner e Barri Sinoussi (Instituto Pasteur) en París descubren o virus LAV (virus de linfadenopatía) e pouco despois Robert Gallo (Instituto Nacional do Cancro) en USA descubre o HTLV (virus de linfocito T humano); nambos casos trátase do mesmo virus, o hoxe coñecido VIH (virus de inmunodeficiencia humana). En 1.984 demostrouse que o VIH era o causante da SIDA. Do caso illado, bantúes con Sarcoma de Kaposi, (África, 1.914), o de Rick Wellikoff, e outros tratados pola doctora Laubenstein, etc. pásase a unha infección que se vai expansionando de forma alarmante a nivel mundial e que pon en marcha numerosas investigacións para conseguir atallala en función de medidas profilácticas e da obtención dunha vacina efectiva.

No Congreso de Medicina de 1.985 establécese a denominación VIH (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Estúdanse exhaustivamente unha serie de enfermidades, tales como a Hepatite B, de síntomas parecidos; así como unha serie de enfermidades oportunistas que viñan asociadas á SIDA.

O coñecemento da infección de personaxes famosos do deporte espectáculo e o cine, como Rock Hudson, Arthur Ashe, Magic Johnson e Freddy Mercury, sensibilizan á opinión occidental e apremian a política de solución ó problema.

É curioso sinalar como no caso da “encefalopatía esponxiforme” tamén se da este tipo de esquema histórico. Un científico británico, o microbiólogo Harash Nasrang (Frade, 1996), puxo a punto un sistema de detección da enfermidade a través da análise de mexo das vacas, e en 1.990 advertiu que as persoas podían infectarse a través do consumo de carne. Non foi considerado de interese divulgar tal descubrimento e postergouse a Nasrang, que tivo que apañalas pola súa conta ante a supresión de subvencións oficiais á súa investigación; é máis, indicóuselle que se dedicara a outras cuestións. Non era plantexable a renuncia a unha parte importante da cabana vacina, nin inda ante o perigo corroborado polos investigadores oficiais. Ridiculizouse a Nasrang e a aqueles se atreveron a apoialo; segundo o investigador Stephen Deadler, facerlle caso tería aforrado sufrimento e vidas, e incluso moito diñeiro ó estado.

Algo, neste mesmo senso lle sucedeu a Stanley Prusiner, investigador americano que en 1.982 descubriu o “prión”, que o mutar convertíase no axente causante da enfermidade. A acción diverxente da proteína que causa a dexeneración do sistema nervioso. Os príons mutantes poden herdarse, aparecer espontaneamente en animais e humanos e trasmitirse de forma infecciosa.

O caso das “vacas tolas” tampouco debería ser motivo de contemplacións e panos quentes. O problema, a pouco que se conduza con negligencia, pode alcanzar facilmente considerables dimensións; pois non só a carne, senón o semen, a leite, os queixos, as papillas, e a contaminación dos excrementos nos pastos serían axentes potenciais (Allende, 1.996 a e b). Ata o desfacerse dos animais mortos pode ser un gran problema.

Conta Kierkegaard que nas salas de servicios dun circo iniciouse un incendio. Fóronse congregando os compoñentes da “troupe” e, en principio, reaccionaron tratando de solucionar-lo problema sen alarmas innecesarias. Cando viron que aquilo se estendía, en medio da confusión, plantexouse sen total convencemento, o advertir ó público que enchía as gradas baixo a carpa principal, dun relativo perigo. Uns aferrados á idea imposible de apaga-lo lume, os outros en discusión sobre o máis conveniente, as consecuencias económicas e o risco real para os espectadores, e todos con reservas para comunicarllo ó público. O único que se prestou para avisar foi un “pallaso” que naquel momento estaba co seu atuendo, preparado para actuar. Canto

máis se esforzaba en que a xente saíra máis aplausos recibía; realidade, pantomima e representación foron mal interpretadas en base ós preconceptos e as expectativas. A xente non desaloxou e produciuse o holocausto.

Este tipo de guión, esta trama argumental, esta fuxida a ningures, esceificase nunha serie de relatos novelados clásicos. O plantexamento é semellante. Non se fai fronte ó problema no primeiro momento por non producir alarma e prexuízo económico-político. As cousas dexeneran, e cando non hai máis remedio, o prexuízo é catastrófico e ademais con perdas irreparables.

## Bibliografía

- AIN (1994): Comunicación por correspondencia da Embaixada de Cuba o equipo de traballo de 3º de preescolar na E.U. de E.X.B. de Santiago.
- Akande, A. (1994): «AIDS Related Beliefs and Behaviours of Students: Evidence from Two Countries (Zimbabwe and Nigeria)», *International Journal of Adolescence and Youth*, 4, pp.285-303.
- Akande, A. y Ross, W. (1994): «Fears of AIDS in Nigerian students: Dimensions of the fear of AIDS scale (FIDSS) in West Africa», *Soc. Sci. Med.*, 38 (2), pp.339-342.
- Allende, M. (1996a): “Londres sigue considerando que es bajísimo el riesgo de que haya contagios”, *Diario La Voz de Galicia*, 26 de marzo, p.4.
- Allende, M. (1996b): “Gérmenes de la enfermedad podrían seguir en los pastos al sacrificar las reses”, *La Voz de Galicia*, 26 de marzo, p.4.
- Baldwin, J.D. y Baldwin, J.A. (1988): «The factors affecting AIDS», *Journal of Sex Research*, 25, pp.181-191.
- Bayés, R. (1995): Sida y Psicología, Barcelona, Martínez Roca.
- Becoña, L. (1986): La relación actitud – conducta, Santiago de Compostela, Lisardo Becoña.
- Bimbela, J.L. et al. (1992): Diari de Susana, Barcelona, Ferderació Catalana ONG/SIDA.
- Bonet i Llnas (Coord.): Els Serveis Socials i la sida, Barcelona, Institut Catalá d'Assistència i Sereveis Socials.
- Cacabelos, R. (1989): «Sida cerebral», *Jano. Medicina y Humanidades*, 36 (862), p.35.
- CDC (1985): «Education and foster care of children infected with Human T-Lymphotropic virus type III/ Lymphadenopaty associated virus», *MMWR Atlanta*, 34, p.517.
- De la Serna, J.L.(1996): “No hay voluntad política”, *Diario El Mundo*, 24 de marzo de 1996, p. 82.
- Delgado, A. (1987): Manual del SIDA, aspectos médicos y sociales, Madrid, Idepsa.

- Dubois-Arber et al. (1993): «Evaluation of the aids prevention strategy in switzerland», encargado por la Oficina Federal de Salud Pública, 4º informe de evaluación, Instituto Universitario de Medicina Social y preventiva, Lausanne.
- El Correo Gallego (1998): “Varias creencias populares kenianas aumentan el contagio del virus del SIDA”, *Diario El Correo Gallego*, 17 de diciembre.
- Federación Muldial de Hemofilia y O.M.S. (1991): Documentos de bienestar social, VIH y SIDA: Alternativas en tu vida, Vitoria-Gasteiz, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, Departamento de trabajo y Seguridad Social.
- Frade, C. (1996): “Londres ocultó desde 1.990 el peligro de las <<vacas locas>>”, *Diario El Mundo*, 24 de marzo, pp.1, 81.
- Gallo, R.C. (1984a): «Human T-cell leukemia-lymphoma virus and T-cell malignancies, in adults», en Franks, L.M., Wyke, J. y Wens, R.A. (Dirs): *Cancer Surv.*, 3, pp.113-120.
- Gallo, R.C., Essex, M. y Gross, L. (1984b): *Human T-cell leukemia/ lymphoma Virus*, Nueva York, Cold Spring Harbor.
- Gallo, R.C. (1984c): «Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV III) from patients with AIDS and at risk for AIDS», *Science*, 224, pp.500-503.
- Grmek, M.D. (1991): «Los orígenes del SIDA», *Mundo Científico*, 117, pp.1.020-1.028.
- I.S.S.N. (1986): «SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Situación actual», *Información terapéutica de la seguridad social*, 10 (1), pp.0210-9415.
- Jiménez, D. (1996): “España es el país de la UE más castigado por la tuberculosis, con 55 nuevos casos diarios”, *Diario el Mundo*, 24 de marzo, p.82.
- Kelly, J.A. (1988): “Looking ahead: HIV risk reduction. Focus: A Guide to AIDS”, *Research and Counselling*, 5 (6), pp.1-2.
- Kelly, J.A. et al. (1990): «Psychological factors that predict AIDS high-risk versus AIDS precautoniary behavior», *Journal of Consulting and Consulting and Clinical Psychology*, 58 (1), pp.117-120.
- Kocher, K.W. (1993): «Stop Aids-Story 1.987-1.992», Reportage desde 1.987-1.992 en la Campaña Stop Aids de la Fundación Swiss Aids y la Oficina Federal para la Salud Pública, Basel, 1ª edición.
- Lapierre, D. (1990): “Bethesda, E.E. U.U.- Invierno-primavera de 1.982 <<¡Por el amor del cielo, no se duerma en los laureles!”, en: Más grandes que el amor, Barcelona, Seix Barral, pp.143-149.
- Marchetti, A. et al. (1990): “AIDS State Developmental Disability Agencies: A National Survey”. *American Journal Of Public Health*, 80 (1), pp. 54 -56.

- MCR et FR3 LYON (1986): "Autopsie d'une momie", Reportage audiovisuel, Lyon (France).
- Méndez, C. (1982): «Estructura de las actitudes y sistemas de creencias sociopolíticos», Extracto de tesis doctoral, Universidad de Santiago.
- Montaigner, L. (1993): SIDA. Los hechos, la esperanza. Instituto Pasteur.
- Nájera, R. (1990): "Denuncia de Fermín Mena e M<sup>a</sup> del Carmen Martínez; tíos de la niña afectada en Málaga", en Programa Informativo Presentado por Manuel Campo Vidal, TVE 1.
- Norwegian Directorate of Health (1989): «Aids Prevention in Norway».
- Norwegian Directorate of Health (1990): «Programme on the HIV/AIDS Epidemic 1.990 - 1.995».
- Palfrenan, J. (Dir.) (1993): "Aids Research. The Story so Far", en James Rutenbeck. J. (Ed.): "SIDA. Historia dunha investigación", reportage de Documentos TV.
- Planes, M. (1993): «Percepción del riesgo personal de sufrir el SIDA en estudiantes universitarios: Implicaciones respecto a la adopción de comportamientos preventivos», *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(68), pp.845-858.
- Planes, M. (1994): «Prevención de los comportamientos sexuales de riesgo en los adolescentes: SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados», *Infancia y Aprendizaje*, 24, pp.245-259.
- Rodríguez, J. (1995): La vida sexual del clero, Barcelona, B. S.A.
- Rokead, M. (1979): Understanding human values: Individual and societal, New Yor, Free Press.
- Ross, M.W. (1988): «Distribution of Knowledge of AIDS: A national study», *Social Science and Medicine*, 27, pp.1295-1298.
- Ross, M.W. (1989): "Psychosocial ethical aspects of AIDS", *Journal of Medical Ethics*, 15, pp.74-81.
- Ross, M.W. y Carson, J.A. (1988): «Effectiveness of distribution on AIDS: A national study of six media in Australia», *New York State Journal of Medicine*, 88 (3), pp.239-241.
- Ross, M.W. et al. (1990): «The effect of a national campaign on attitudes toward AIDS», *AIDS Care*, 2, pp.339-346.
- Sepúlveda Gradín, X. (1995): "Sida: Programa de prevención no medio escolar", *Revista do Ensino*, 6, pp.145 - 147.
- Soria, F. (1996): "La U.E. negociará con Londres el plan para erradicar la encefalopatía Bovina", *La Voz de Galicia*, 26 de Marzo, pp.3-6.
- Swonger, A.K. y Constantine, L.L. (1985): Drogas y terapia, Madrid, Alhambra.
- The Panos Intitute (1.987): "AIDS and the Third World", *Panos Dossier*, 1, pp.1-83.
- Torres, R. (1995): «Pienso que a mí no me va a tocar», *Sida - Comité Ciudadano Antisida*, 14, p.4.

- Trocki, K.F. y Leigh, B.C. (1991): "Alcohol consumption an unsafe sex: A comparison of heterosexuals and homosexual men", *Journal of acquired Immune Deficiency Syndrome*, 4 (10), pp.981-986.
- Weinstein, M.D. (1987): «Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions form a community-wide sample», *Journal of Behavioral Medicine*, 10 (5), pp.481-500.
- Xunta de Galicia (1991): O VIH Sida na comunidade escolar. Aprender a previr, Santiago de Compostela, Consellería de Sanidade- Servicio Galego de Saúde.

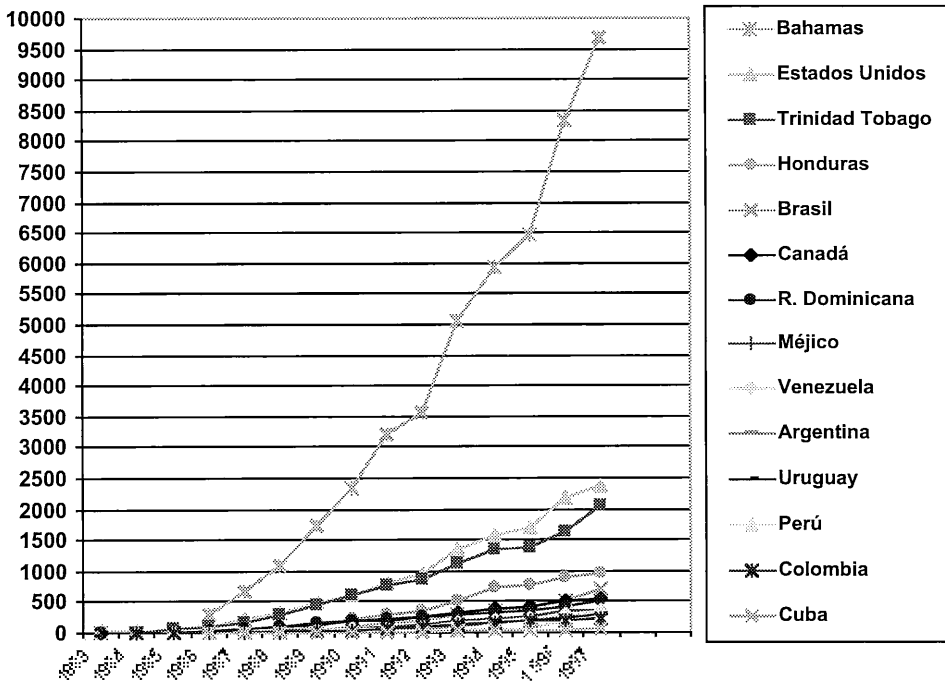
### **Agradecimentos:**

Ó Institut Catalá d'Assistència y Serveis Socials. Á Embaixada de Cuba en Madrid. Á Real Embaixada de Dinamarca en Madrid. Á National Board of Health de Dinamarca. Á Embaixada de Irlanda en Madrid. Á Embaixada de México en España. Á Embaixada de Suíza en Madrid. Á Ambaixada de Portugal en Madrid. Á Embaixada de Uruguay en Madrid. Á directora da Oficina de Información Pública na terminal de autobuses de Punta do Este (Ministerio de Salud Pública de Uruguay) pola súa xentiliza e amabilidade ó conseguirme un cartel cando xa non dispoñían deles para entregar ó público.

## Anexo

Gráficos de evolución do S.I.D.A.. Estimacións por millón de habitantes dende 1983 ata o 28 de novembro de1997.

(Gráfico 1). Mostra de Países de Europa.

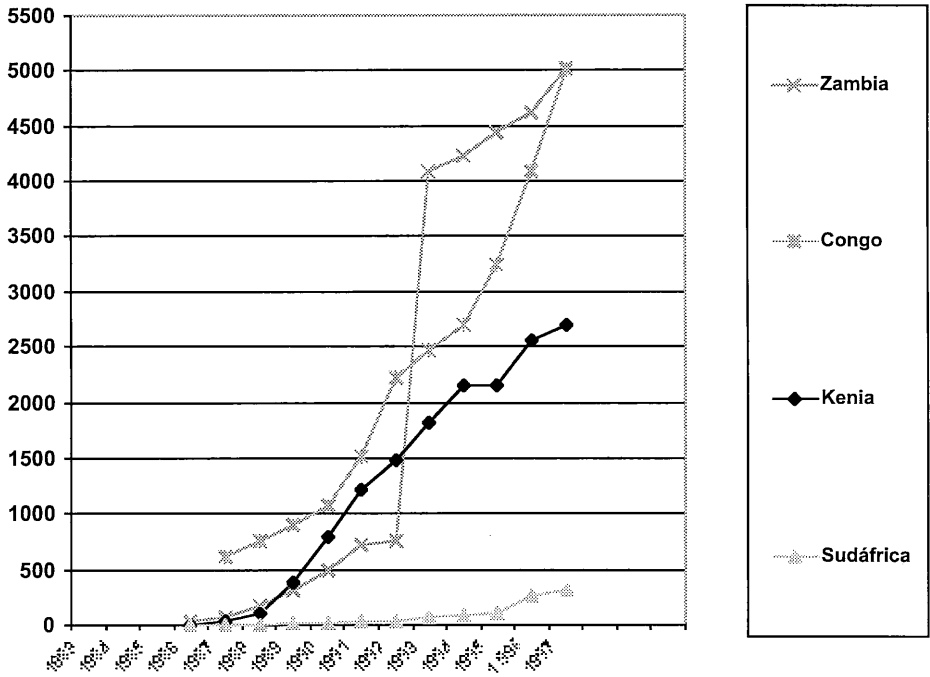


Fontes consultadas:

Datos epidemiolóxicos: "Weekly Epidemiological Record".

Datos demográficos: "Atlante Novara d'Agostine" e "Demographic Yearbook".

(Gráfico 2). Mostra de África

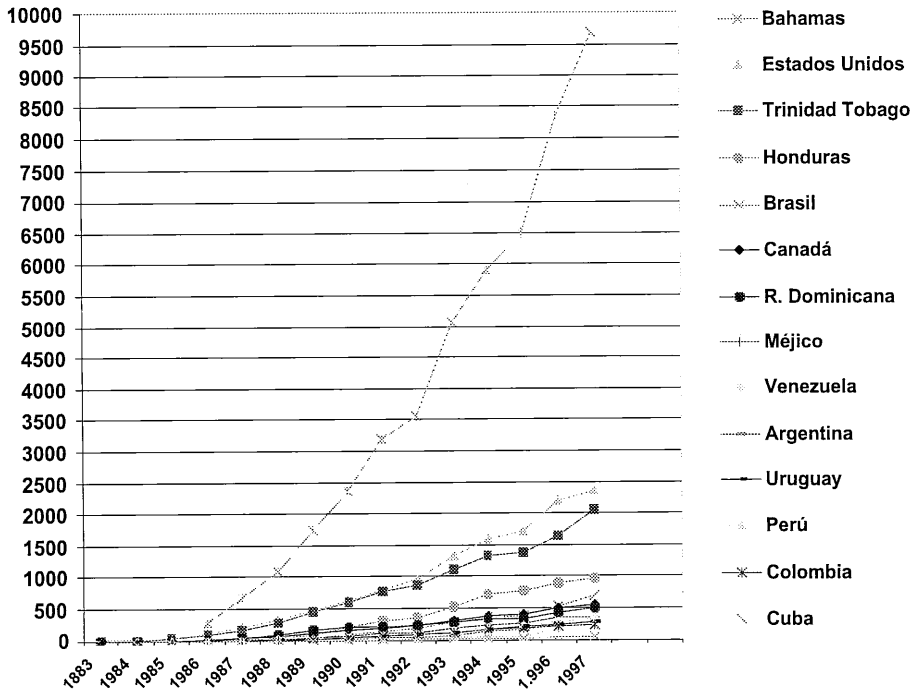


Fontes consultadas:

Datos epidemiológicos: "Weekly Epidemiological Record" .

Datos demográficos: "Atlante Agostini" e "Demographic Yearbook".

(Gráfico 3). Mostra de Países de América

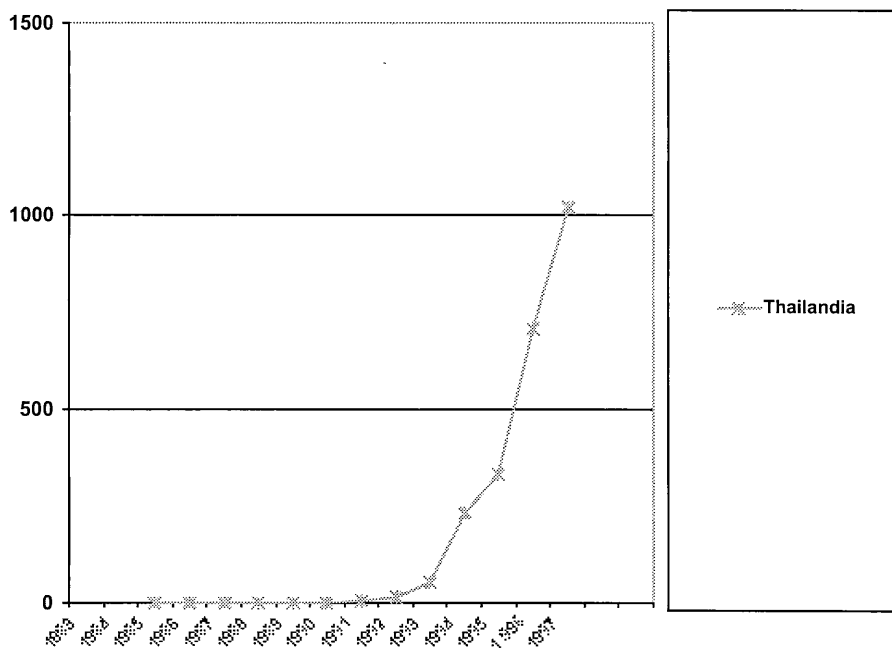


Fontes consultadas:

Datos epidemiológicos: "Weekly Epidemiological Record".

Datos demográficos: "Atlante Novara d'Agostini" e "Demographic Yearbook".

(Gráfico 4). Thailandia



Fontes consultadas:

Datos epidemiológicos: "Weekly Epidemiological Record".

Datos demográficos: "Atlante Novara d'Agostini" e "Demographic Yearbook".