

OPINIONES, ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS DE LOS JOVENES UNIVERSITARIOS SOBRE EL SIDA. UNA REFLEXION SOCIOLOGICA.

Angela LÓPEZ

Titular de Sociología. Universidad de Zaragoza

El presente artículo es un análisis sociológico parcial de una encuesta a los universitarios de la Universidad de Zaragoza, realizada por un equipo de investigadores de dicha universidad y de la Diputación General de Aragón, del que formé parte y que ha trabajado bajo la dirección de Luis Gómez López (catedrático de medicina preventiva), y con la colaboración de Luis Gascón y Cristina Granizo (técnicos de planificación sanitaria de la Diputación General de Aragón) y Pedro García (ayudante de la cátedra de medicina preventiva).¹ La encuesta ha sido aplicada, a finales de 1990, a una muestra representativa de 700 estudiantes, de una media de edad de 22 años, 45% de los cuales eran varones y 55% de los cuales eran mujeres. EL objetivo de la misma ha sido conocer los contenidos y fuentes de información de los jóvenes sobre el SIDA, a fin de entender las actitudes sociales que se van conformando y elaborar políticas preventivas de la enfermedad. Es una encuesta realizada con el intento de comparar a jóvenes universitarios, con la población general española, la que ha sido estudiada en dos investigaciones recientes².

CONTEXTO HISTORICO DE LA APARICION DEL SIDA EN ESPAÑA

El SIDA aparece en España, en los años 80, años que vienen especialmente marcados por la crisis económica, que empieza a reconocerse, a mostrar su virulencia y a ser asumida con medidas de flexibilización del empleo y reconversión industrial sin precedentes.³

En España, las medidas económicas y sociales encaminadas a la superación de la crisis económica van a coincidir con la transición democrática. Va a corresponder a los partidos, de centro en 1977, y socialista después, asumir las más impopulares para la clase trabajadora de las que pensarse pueda: la aceptación de un desempleo para grandes contingentes de la población trabajadora, a fin de facilitar la reconversión industrial de sectores poco rentables para la economía, y renovar o introducir una infraestructura tecnológica, que aumente la productividad y elimine los costes del trabajo, sustituyendo al trabajador por la máquina.

El cierre del mercado de trabajo va a ser especialmente visible en la población joven española en general, en sus sectores menos calificados en particular. La política de empleo arbitrada en los Pactos de la Moncloa, de 1977, restringe el contingente de trabajadores que acceden a un puesto laboral, (con aceptación de la medida por parte de los partidos políticos del arco parlamentario y de los sindicatos legalizados), y precariza las condiciones de trabajo de quienes lo logran, impulsando el contrato temporal y congelando los salarios. Todo ello deja libres los recursos empresariales para la inversión en tecnología, acuerdo asumido por la patronal en dichos pactos, pero da gran visibilidad al desempleo juvenil en una época de densidad demográfica de los jóvenes, la más alta del país en lo que va de siglo (representaba, en el momento de aplicarse la encuesta, el 24% de la población española)⁴

Como consecuencia de ello, la presencia de los jóvenes desempleados en la calle se hace evidente, en brotes de violencia urbana de las ciudades industriales, en aumento de la delincuencia juvenil, del consumo de drogas, de la inseguridad ciudadana⁵. Es este el tiempo histórico en el que aparece el SIDA también.

Las manifestaciones de desorden social, psicológico y biológico aparecen en todos los países ligadas al impacto de la crisis, y producen desorientación, desequilibrio, pérdida de fe en los mecanismos tradicionales de organización social y de legitimidad de las instituciones políticas, económicas y sociales formales, que han conducido al desarreglo. Son los años de la inhibición de las gentes en el compromiso social y político organizado desde las asociaciones formales y de la aparición de nuevas búsquedas de señas de identidad arraigadas en el entorno inmediato, asequible, de nuevas formas de solidaridad, que potencien la capacidad de hacer espontánea, comunitaria, gregaria.⁶

En España se agudizan estos fenómenos por la conjunción de las grandes esperanzas, puestas en el progreso alcanzable con la reciente nacida democracia y el tremendo golpe de afrontar un ajuste económico que supone más sacrificios para los sectores populares, precisamente aquellos que habían aumentado las cifras de militancia política y afiliación sindical⁷, y que se habían dispuesto a la participación en la mejora de la calidad de vida y de la justicia social. Es además un momento de pesimismo hacia el futuro, que trasciende las fronteras nacionales y regionales.

El paro es estructural, el desastre ecológico producido por la contaminación industrial y casera es ya un hecho, aumenta el terrorismo político, y la violencia social y ninguno de estos fenómenos se solucionan con la transición de una dictadura a una democracia. De cara al exterior, los conflictos en el medio oriente y entre países africanos muestran las escasas posibilidades de internacionalizar la convivencia pacífica y democrática de la sociedad contemporánea.

Una serie de acontecimientos políticos y sociales se suceden produciendo un clima cada vez más crispado: cae el partido de centro que ha conducido pacíficamente la transición democrática, pero que ha tenido que afrontar la crisis arbi-trando medidas impopulares de ajuste. Baja drásticamente la militancia política y sindical, muy hinchada en los albores de la democracia, y la opinión pública se muestra decepcionada con la clase política, al tiempo que aparecen formas de asociación menos estructuradas y más cercanas a la vida cotidiana de las gentes: asociaciones de vecinos, que reivindican la calidad de la vivienda, la remodelación urbana, la seguridad ciudadana, la protección de los ancianos, pobres y desempleados (abandonados éstos por los sindicatos, más preocupados por mantener su liderazgo dentro del mercado laboral activo), asociaciones de padres de familia que reclaman una cualificación para sus hijos más acorde con los requerimientos del mercado laboral, asociaciones de protección de la naturaleza, de pacifistas y organizaciones voluntarias diversas.

Se tensa la interacción social cotidiana en el marco de la familia, de las empresas, de las instituciones políticas, laborales y de vecindad. Se agudiza la inseguridad y con ella el repliegue de las gentes en la búsqueda de sus raíces familiares, comunitarias, urbanas, en la creación de redes de solidaridad por vínculos de sangre y de estamento, en fin en la reclusión de los grupos sociales en sí mismos, estableciendo fronteras que no se traspasan ni se dejan traspasar.

El conocimiento de la existencia de esta nueva enfermedad aumenta la inseguridad en cuanto aparece claramente ligada a la interrelación social, el hecho más cotidiano y necesario de la vida colectiva. El desconocimiento de la curación, bloquea psicológicamente a las gentes, para dar en primer lugar y para recibir posteriormente, mensajes claros sobre las medidas preventivas de la enfermedad.

En este proceso de cambio social en España el SIDA aparece no sólo como enfermedad biológica sino también como un efecto biológico de causación social. Se concentra en los sectores sociales más osados en la transgresión del orden que se impone con las formas de organización social; un orden que está sirviendo de apoyo gregario, comunitario y espontáneo,⁸ en medio de la crisis de legitimidad de las instituciones políticas y laborales, reguladoras habituales de la dinámica social.

Aparece ya así, en el diagnóstico médico, desorientado y confuso en un primer momento y que se va aclarando posteriormente. Para cuando llega el tiempo de las precisiones, ya se ha desatado la alarma social. Y es que, las definiciones médicas de la enfermedad abundan en condenas morales de la misma, no explíci-

tas en juicios condenatorios, sino implícitas en la construcción de los perfiles sociales de los enfermos, de los portadores, de la población de riesgo. El esfuerzo desplegado más tarde en la elaboración de las campañas preventivas, para evitar toda moralización e inculpación social, es recibido con suspicacia e interpretado como mensaje ocultador de las verdaderas dimensiones sociales del problema.

Veamos como aparece inicialmente.

El SIDA aparece inicialmente en los jóvenes varones que son:

1. Drogadictos intravenosos, a los que se asocia socialmente con la condición de desempleados. Son, por tanto jóvenes que no producen riqueza económica sino que más bien viven del apoyo de los que sí la producen, absorbiendo por tanto parte del fruto del trabajo de los demás.
2. Homosexuales, condición que se asocia socialmente con la desviación sexual por cuanto su actividad no desemboca en la producción de hijos y actúa como revulsivo para la relación de pareja tradicional.
3. Heterosexuales promiscuos sexualmente, que no constituyen pareja monógama, potencial núcleo de una organización familiar estable y que actúan como revulsivo para la familia tradicional.

Las poblaciones afectadas, afectadoras, de posible riesgo, se califican así de poblaciones marginales, que viven en lugares encapsulados y fácilmente controlables médica y socialmente: el Casco Viejo de la ciudad, los barrios populares más proletarizados, los territorios originarios del desempleo y de la violencia urbana que se extiende por la noche y a las horas del ocio ciudadano al resto de la ciudad. Están localizados y aislados en su hábitat diurno y pueden ser detenidos por las fuerzas de orden público en sus prácticas de violencia urbana diurna, vespertina y nocturna: robos, atracos, gamberrismos, violaciones etc.

El modelo de descripción de estas poblaciones, responde a una visión clásica positivista del hecho social de análisis. Es el desorden que refuerza y legitima el orden durkheimiano. Para garantizar el cumplimiento de la función legitimadora del orden es incluso positivo acentuar las condiciones desequilibradoras del desorden y se hace con ligereza cuando quien lo hace se cree a salvo de su alcance. Acotado el desorden-enfermedad en espacios y tiempos fácilmente reconocibles e identificables, ha sido posible arrojar sobre él los miedos colectivos con gran intensidad y librarse de algunas de las pesadillas (tentaciones) provocadas por los deseos de adoptar las conductas penalizadas por la enfermedad causante del desorden.

El problema ha venido cuando la enfermedad se ha manifestado en otros grupos sociales y ha trascendido de las categorías marginales que la alimentaban. Entonces, el miedo a adquirirla, ha incapacitado a las gentes ordenadas del común para comprender su proceso biológico.

La percepción del SIDA funciona con componentes irracionales. Su comprensión, no es resultado de un razonamiento sino de un temor crecido por la

extensión de su ámbito de influencia a partir de una penalización profunda del pequeño círculo de influencia en el que se la definió inicialmente.

Con estos componentes nuevos se ha debilitado su función legitimadora del orden social y se producen nuevos efectos, que indican los pasos siguientes:

De servir de marco a la identidad colectiva de las gentes ordenadas, a ponerla en solfa, a cuestionarla.

De reforzar el gregarismo integrador de quienes se conforman con las normas de comportamiento, a producir la segregación social de individuos adaptados dentro del conjunto.

De resaltar la riqueza de la vida en la comunidad a fomentar la búsqueda de culpables al interior del grupo.

Para el posible culpable- individuo estigmatizado, ello supone un tránsito irreversible: de la participación aceptada en la cotidianeidad del grupo a una condena al aislamiento social, en espacios marcados y en tiempos acortados.

El individuo estigmatizado es una figura que se desdobra en dos:

La más clara del enfermo terminal, que constituye un grave problema en un doble sentido. Desde el punto de vista médico, por la imposibilidad de curación y de suavizar el deterioro que conduce a la muerte biológica. Desde el punto de vista social porque el estigma le sobrevivirá, marcando a su grupo de allegados, incluso si le repudiaron.

La más enigmática del portador, que introduce un elemento de desequilibrio al interior del grupo sano. Es un grave problema desde el punto de vista psico-social⁹. Su capacidad de transmitir la enfermedad y de hacerlo sin intención es interpretada como contagio. Destruye al interlocutor indefenso. El portador es un potencial estigmatizador y homicida.

La información inicial que los profesionales de la salud divulgaron contribuyó profundamente a ello. Mezclaba contenidos biológicos, sociales, morales dentro del proceso etiológico de la enfermedad. Era una información alarmista y trascendentalista. Ello ha restado eficacia a los esfuerzos posteriores de precisar un mensaje estrictamente biológico-social.

Actualmente las campañas sanitarias tienen nuevas metas:

En primer lugar, la de informar a toda la población, porque toda la población debe tomar medidas de prevención de la enfermedad

En segundo lugar, la de presentar a los jóvenes como grupo de alto riesgo, por ser el grupo que se inicia sexualmente y por la duda que se tiene sobre su habilidad para asumir las medidas preventivas en la práctica inicial de las relaciones sexuales. Los jóvenes captan este mensaje, y se quedan con él, dando muestras de desasosiego y temor.

La confusión de los contenidos seleccionados se manifiesta en las respuestas que los jóvenes universitarios de la Universidad de Zaragoza han dado al cuestio-

nario que hemos elaborado un equipo de investigadores de la misma universidad, interrogándoles sobre las fuentes y los contenidos de la información que tienen sobre el SIDA.¹⁰

LAS FUENTES DE LA INFORMACION JUVENIL SOBRE EL SIDA.

La fuente de información fundamental, es la institución sanitaria pública, a través de los medios de comunicación social.¹¹

Los padres, los profesores, se inhiben de dar esta información.

En este caso, lo que sucede con el SIDA no es sino una continuación de la política informativa sobre la salud. El conocimiento sobre la prevención de la salud está en manos de los expertos¹². El conocimiento sobre la prevención del SIDA también y su transmisión se hace por los medios de comunicación de masas. Para un 70% de los jóvenes, esta información es poco útil e inexacta. Provoca, además, desorientación.

El emisor del mensaje no conocerá la corrección de la recepción sino por investigación adicional, que tendrá que ser periódica y orientada a la evaluación continua de los mensajes modificados.

El receptor del mensaje, se convierte en ser pasivo, incapaz de asegurarse sobre la corrección del mensaje recibido, y de pedir información adicional.

Por ello que el 77% de los jóvenes dice tener dificultad para lograr información. No sólo esto. Juzgan insuficiente la información que reciben. Quieren saber más y lo quieren conocer individualmente. La llamada es aquí no sólo al conocimiento sino a las condiciones que faciliten el desbloqueo emocional y permitan pasar al papel activo de interrogar, de escuchar, de hablar, de dar alcance al problema.

No saben a quien dirigirse, lo dice el 40% de los jóvenes, y se dirigirían a médicos (un 20%), a profesores (un 15%), a amigos, (20%) para recabar información en caso de necesidad. Sólo acudirían a los padres un 5%, lo que da idea de la dificultad de afrontar una enfermedad producida por tales causas, puesto que hay una opinión, extendida entre los jóvenes españoles, de que, las prácticas relacionadas con la sexualidad, la vida relacional, la pareja, requieren una información-transmisión de experiencia por parte de los adultos más cercanos: padres y profesores fundamentalmente¹³.

El carácter relacional primario de las fuentes de contacto con el virus, explica la necesidad de reinterpretar, en el diálogo personalizado, el mensaje impersonal publicitario. A un 65% de los jóvenes, le gustaría recibir la información individualmente. A un 35% colectivamente.

Todo ello se entiende mejor cuando se analiza lo que los jóvenes saben del SIDA.

LOS CONTENIDOS DE LA INFORMACION JUVENIL SOBRE EL SIDA.

1. Las manifestaciones de la enfermedad.

Las manifestaciones de la enfermedad son visuales: manchas en la piel, dice un 52%, y envejecimiento precoz, dice un 35% (uno de cada diez habla de debilitamiento del cuerpo y un 3% de alteraciones del corazón). Es lo que los jóvenes han visto en documentales televisados, en los que aparecen enfermos terminales en un estado físico muy deteriorado. Estos documentales aumentan evidentemente el temor a padecer la enfermedad, más aún cuando no se sabe el tiempo que se tardará en controlarla, se desconoce si hay en Zaragoza centros especializados en la atención a los enfermos (un 91% así responde), y no se sabe si se está incubando la enfermedad mientras se habla (un 28 % de jóvenes creen que una persona puede estar contagiada de SIDA sin presentar rasgos evidentes de enfermedad, un 30% cree que esto puede suceder con algunos de los enfermos del SIDA y un 20% no sabe que decir).

2. EL origen de la enfermedad.

Los jóvenes tienen ideas muy vagas al respecto. Tres respuestas concentran, alrededor de un tercio cada una, las opiniones de los jóvenes:

La primera, de los que creen que el origen de la enfermedad está en un área geográfica determinada, a partir de la cual se ha extendido. Esta es la información inicial que llegó de Norteamérica, si bien se atribuía al Norte de Africa.

Para los estudiantes de Zaragoza, sólo 1 de cada 10 casos de enfermos se producen allí. Como continuación de esta convicción, un 7% piensa que es una enfermedad propia de los simios, que se ha extendido posteriormente a los hombres. Es así una enfermedad del subdesarrollo humano.

La segunda, de los que creen que la enfermedad es fruto de la libertad de costumbres actual. Como derivación de esta adscripción de la enfermedad a la sociedad contemporánea, un 42% cree Norte América es la zona de mayor peligro de infección. Es para ellos una enfermedad de las sociedades más desarrolladas.

La tercera, de los que no lo saben.

Esta división de opiniones da buena muestra de la perplejidad que el proceso de enfermar de SIDA supone.

3. Los medios de transmisión y el período de incubación de la enfermedad.

Los jóvenes saben que los medios de transmisión de la enfermedad son la sangre y el semen, y que el agente originario es un virus (un 72%) pero ya no saben tanto, si se puede transmitir la enfermedad sin estar enfermo (un tercio dice que sí, otro que no, y otro no lo sabe). Hay cierta perplejidad sobre la evidencia o discreción con la que se manifiesta la enfermedad (una quinta parte), desconocen el período de posible contagio y el de incubación de la enfermedad y sospechan que

la cercanía física con un enfermo es suficiente para contagiarse (un beso, dice el 67%; yendo a la misma clase que un niño infectado, dice el 53%; tocando a un enfermo de sida, cree el 28%).

Mantienen esta opinión aun cuando saben que el SIDA está difundido, de más a menos, entre los drogadictos por vía venosa (un 98%), los homosexuales y las prostitutas (93%), los promiscuos sexuales (81%), el personal sanitario (un 58%), personas en contacto con el público, diabéticos, (alrededor del 20%). Por lo demás, son conscientes de que no tienen contacto con los tres primeros grupos (excepto minoritariamente), esporádicamente con los últimos y que por tanto su fuente de contacto más razonable serán los heterosexuales.

Y es aquí donde se asienta la sombra de la sospecha.

En una cultura como la española, en la que el beso y el roce son prácticas corporales habituales, esta creencia provoca alarma, nutre la desconfianza y conduce rápidamente al distanciamiento de los potenciales transmisores.

El potencial estigmatizador, el potencial homicida se esconde en cada uno de nosotros. Recordemos otro fenómeno similar de suspicacia juvenil colectiva: el de la dominación de la autoridad establecida desde el interior de las conciencias socializadas para el autoritarismo y representado en el slogan emblemático de Mayo del 68 “un policía se esconde en cada uno nosotros, destrúyelo”. Aquí se indica bien la justificación de la acción punitiva indiscriminada. Cuando la sospecha se generaliza: se puede linchar al culpable, sea éste quién lleva el uniforme de las fuerzas de orden público, o quién con su pasividad demuestra un acuerdo tácito con su existencia, incluso se puede castigar a sí mismo para atajar el mal que se lleva consigo (Freud nos puede aportar aquí ricas pistas del análisis de la culpabilidad en el mundo moderno)

En el caso que nos ocupa, lo que cabe es la decisión drástica para los desconocidos, la gradual para los amigos pero siempre en una única dirección: dar la espalda al enfermo-portador sin distinguir la condición biológica de cada cual, pero reconociendo bien su condición psico-social.

MEDIDAS PREVENTIVAS DE LA ENFERMEDAD.

Los jóvenes universitarios de Zaragoza, conocen las medidas correctas en sus porcentajes más elevados. Sabiendo que se transmite por sangre y semen, están convencidos de que hay que “controlar toda la sangre que se ha de usar en transfusiones y en otros fines terapéuticos” 95%, que hay que usar jeringas y agujas estériles (87%) y que hay que usar preservativos en la relación sexual (78%. ¿Qué creen que hay que hacer el otro 22% por ciento? Lamentablemente no se lo hemos preguntado. Sugieren además otras medidas que no constaban en la encuesta y que derivan del miedo: evitar las relaciones sexuales con sujetos de riesgo (93%), aislar a los infectados (45%), evitar relaciones sexuales en general (35%), tomar antibióticos (28%) Son todas ellas, medidas que van desde el alejamiento del

sujeto enfermo hasta la barrera protectora del propio cuerpo, que es barrera para la relación íntima y para toda infección física (antibiótico=vacuna), ambas indiscriminadas.

En cuanto a la interacción social supone un cambio drástico, y en versión negativa. Más de lo mismo: distanciamiento del amigo enfermo.

Y tal vez por la violencia personal que supone tomar medidas tan drásticas, un 50% de los jóvenes dicen que no preguntarían a su pareja sexual si tiene el SIDA. Y precisamente porque no se lo preguntarían, viven con desasosiego la relación, temiendo que, de confirmarse la sospecha, habría que cortar la relación. Es decir que se asumen más riesgos de los necesarios por el silencio impuesto.

La sospecha de los otros, se genera y regenera con las dimensiones sociales de la enfermedad que hacen admitir al 65% de los jóvenes la probabilidad de que ellos padezcan la enfermedad en un futuro. Ante tan pesimista perspectiva, un 75% manifiesta que “ocultarían su enfermedad ante los demás y no la comentarían con nadie” ¿Cómo no creer que los demás harían lo mismo?

Los jóvenes encuestados están convencidos de que tienen probabilidades de adquirir la enfermedad en el transcurso de la propia vida, que es muy fácil contagiarse y que la interacción cotidiana es fuente de peligro. Y ante un peligro tan difuso, intentan no pensar en él para no ver afectada negativamente su vida social.

Así, para el 85% de los jóvenes son necesarios varios contactos de riesgo antes de adquirirla y sólo para un 1% es necesario un sólo contacto. Creen también que hay vacuna contra el SIDA (97%) .

No se puede entrar aquí en un análisis de las diferentes percepciones, vivencias y conocimientos, que la clase social y el género condicionan. Queda este tema pendiente para futuras reflexiones.

Pero sí conviene mencionar que todas estas exploraciones que realizamos van encaminadas a la corrección constante de las campañas preventivas, en contenidos y en medios. Es evidente que hay que ir respondiendo constantemente a las preguntas que no se formulan, a los miedos que no se expresan a las perplejidades que no se resuelven, a las fracturas en la relación social que pueden darse, y al descuido en la toma de medidas que se produce por la conjunción del pesimismo y de la información, todavía muy sesgada.

NOTAS

¹ Encuesta a los universitarios de la Universidad de Zaragoza. Luis Gómez López dir, Luis Gascón, Cristina Granizo, Pedro García Foncillas, Angela López Jiménez. Diputación general de Aragón y Universidad de Zaragoza.

² Ministerio de Sanidad y Consumo. Aspectos sociales del SIDA, Población General Española y Avances del estudio cualitativo del SIDA. “ De la enfermedad biológica a la enfermedad social”. 1988-89.

³ LOPEZ JIMENEZ. A. (1990): “El desempleo juvenil” en Cuadernos Aragoneses de Economía, nº 15 Zaragoza: Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Zaragoza.

⁴ LOPEZ JIMENEZ. A. (1985): “Estadística. Los jóvenes (aragoneses). cada vez son menos” en Crónicas de Juventud. 5 Décadas de la juventud Aragonesa. Zaragoza: Ed. D.G.A.. D.P.Z. y Ayuntamiento de Zaragoza.

⁵ TOURAINE, A. HARTMAN J. y otros. (1988): ¿Qué empleo para los jóvenes? Hacia estrategias innovadoras. Madrid: Tecnos -Unesco.

⁶ HARVEY, D. (1989): The Condition of postmodernity. Basil, Oxford: Blackwell.

⁷ MALO DE MOLINA, J.L. (1989): "Mercado de trabajo, empleo y salarios. Distorsiones y ajustes" en Jose Luis García Delgado Dir. España y Economía Ed. Madrid: Espasa y Calpe.

⁸ MAFFESOLI, M. (1990): "El tiempo de las tribus". Barcelona: Icaria Editorial.

⁹ Plan Nacional sobre el SIDA. (Fernando Conde autor) (1989): Investigación sobre la campaña de publicidad "no piques". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo de España.

¹⁰ Encuesta a los universitarios de la Universidad de Zaragoza sobre el SIDA. Luis Gómez López dir. investigación. op.cit.

¹¹ El 45% ha recibido información de Televisión, 20% por la radio, 18% por periódicos y revistas, 12% por compañeros y 2% por padres y profesores. Encuesta Para Universitarios sobre el SIDA arriba citada.

¹² MIGUEL DE J. y F. GUILLEN M (1989): "La sanidad en España" Salvador Giner dir. España Sociedad y Política. Madrid: Ed. Espasa y Calpe.

¹³ LOPEZ, A (1987): Los Bienatados. Vol. I Zaragoza: Institución Fernando el Católico del CSIC.