

878525

9
201

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México



Manejo de la Técnica de Entrevista Abierta en el Servicio
de Apoyo Psicológico por Teléfono en el
Centro de Información - CONASIDA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
Licenciada en Psicología
P R E S E N T A
ROSALINA PLASENCIA GUTIERREZ
MEXICO, D. F. 1989

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

INTRODUCCION	1
CAPITULO I.- ANTECEDENTES DEL SIDA	
1.1 Historia a Nivel Mundial	2
1.2 Historia en México	8
1.3 Efectos Sociales en México	13
1.4 Epidemiología	22
1.5 bibliografía	26
CAPITULO II.- SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO	
2.1 Investigaciones en otros países	28
2.2 Investigaciones en otros países, con relación al SIDA	31
2.3 Investigaciones realizadas en México	38
2.4 En el Centro Nacional de Información CONASIDA	39
2.5 Bibliografía	43
CAPITULO III.- ASPECTOS PSICOLOGICOS	
3.1 Manejo de la Entrevista	44
3.2 Transferencia	58
3.3 Contratrtransferencia	58
3.4 La Culpa	63
3.5 La Angustia	66
3.6 Nuestra actitud hacia la muerte (Freud 1916)	69
3.7 Bibliografía	72

CAPITULO IV.- "METODOLOGIA"

4.1 Planteamiento del problema	73
4.2 Objetivo de la Investigación	73
4.3 Hipótesis	74
4.4 Variables	75
4.5 Definición de variables	75
4.6 Características del Estudio	76
4.7 Muestra	76
4.8 Instrumento de medición	77
4.9 Procedimiento	77
4.10 Justificación del estudio	81

CAPITULO V.- RESULTADOS

5.1 Resultados	83
5.2 Lineamientos a seguir	89
CONCLUSIONES	92

I N T R O D U C C I O N

El presente estudio fue realizado en el "Centro Nacional de Información-CONASIDA", durante mi servicio social, que cubrió del 18 de abril de 1988 al 18 de octubre del mismo año, tiempo que estuve al frente del servicio de información por teléfono. El cual queda cubierto por un marco teórico de cinco capítulos, conclusiones y un índice.

El Primer Capítulo.- "Antecedentes sobre el SIDA", hace referencia a su historia a nivel Mundial así como en México. Descripción epidemiológica, énfasis en las respuestas psicosociales de México y otros países.

Segundo Capítulo.- "Ayuda y apoyo psicológico por teléfono". Se mencionan algunos estudios realizados en E.U., así como también las experiencias de dos importantes servicios telefónicos en el manejo del SIDA: uno de Londres, Inglaterra el otro de San Francisco, California. U.S.A.

Sobre México se hace referencia a algunos servicios de este tipo, y finalmente el desarrollo del primer y único servicio de ayuda y apoyo psicológico por teléfono en relación al SIDA.

Tercer Capítulo.- "Aspectos Psicológicos". Esta parte representa el núcleo de este estudio.

Se habla primero de los aspectos teórico-prácticos de "La Entrevista Psiquiátrica", de Harry Stack Sullivan, para continuar con las implicaciones de transferencia y contratransferencia, vista ésta última desde diferentes autores y perspectivas. Seguido de algunas observaciones sobre los orígenes de la culpa, y la angustia para finalizar con la actitud de negación que frente a la propia muerte mantiene el ser humano desde la prehistoria.

Cuarto Capítulo.- Hace referencia a la metodología usada en esta

investigación.

Quinto Capítulo.- Presentación de resultados así como los lineamientos a seguir, producto de esta investigación.

Conclusiones.- Se presentan las razones por las que se implantó la técnica de la entrevista, así como también los conceptos fundamentados en el marco teórico, por último los resultados y sugrencias.

C A P I T U L O I

I.- ANTECEDENTES DEL S I D A

1.1 HIPOTESIS SOBRE SU ORIGEN.

Podemos distinguir, dentro de la breve historia del SIDA, - tres períodos: de silencio, de descubrimiento y de movilización. Señala el Dr. Jonnathan Mann, Director de la Organización Mundial de la Salud, en la IV Conferencia Internacional del SIDA en Estocolmo 1988.

Primer período de silencio 1970 - 1981:

Da comienzo a mediados de los '70s, tiempo de la pandemia - silenciosa (oculta), durante este período el virus de Inmuno deficiencia Adquirida se extendió sin ser notado, a por lo menos 5 Continentes.

Sí, el virus pasó desapercibido, sin ningunas defensas conscientes, pudiendo haberse expandido aún más, el no haberlo - podido detectar significa un golpe a nuestro orgullo científico.

Es interesante observar que la epidemia diera comienzo justo en el momento de que se tuvieron los medios, las herramientas para detectar los patógenos humanos de esta clase. ¿Fue ésta una coincidencia? O ¿tal vez no pudimos ver anteriormente lo que ya existía? (1)

Aquí podríamos introducir las diversas hipótesis que hablan de que el virus se inicia en Africa, declara el Dr. Luc Montaigner. Se examinaron retrospectivamente muestras de suero tomadas en los años '70 y se encontraron anticuerpos contra el VIH, en los sueros examinados en Europa y E.U., no se encontró nada, de ahí que se deduce que el virus sea más anti-

guo en esas regiones de Africa. (2)

Segundo período de descubrimiento 1981 - 1985

El inmunólogo Dr. Michael Gottlieb, irrumpe el silencio al notificar a las autoridades de salud, los 4 primeros casos que presentaban características semejantes, neumonía por Pneumocystis Carinii, que afectaban a personas que había gozado de excelente salud, el sistema inmunológico severamente deprimido; además los 4 eran hombres jóvenes de alrededor de los 30 años y homosexuales.

Al mismo tiempo se presentan otros casos en New York y San Francisco dando a la enfermedad el diagnóstico de GRID "Gay Related Immunodeficiency", (Inmunodeficiencia relacionada con la homosexualidad), llevando la noticia a través de la televisión, revistas norteamericanas y vía satélite, hasta los rincones más apartados de la Tierra supieron la nueva plaga Gay, cáncer gay, peste rosa, peste lila; adjetivos con que fue calificada.

El Centro de Control de las Enfermedades de Atlanta intensifica sus investigaciones en el medio homosexual; indagan prácticas sexuales, intentándose todo tipo de teorías, conjeturas y sospechas en torno a los homosexuales, sin embargo, todas ellas fueron siendo relegadas y sustituidas por la evidencia de que el mal era causado por un agente infeccioso y no por la homosexualidad.

En enero de 1983, el Prof. Luc Montaigner del Instituto Pasteur y el Dr. Roberto Galo de E.U., se disputaban el descubrimiento y un nuevo galardón a la ciencia de su país, quedando finalmente establecido el nombre del agente infeccioso como Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH y el cuadro patológico Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, (SIDA).

Simultáneamente los científicos descubrieron que el agente - infeccioso no sólo se presenta en homosexuales, sino que - igualmente por personas que habían recibido transfusiones de sangre, homofílicos, usuarios de drogas intravenosas, africanos, haitianos, y heterosexuales.

Tras la divulgación de la fuente de contagio homo-bisexual, las versiones sobre el mal se multiplicaron por el mundo - Occidental, mediante las formas más caprichosas de mitos y - delirios, para desembocar todas juntas en un tratamiento más terrible que la enfermedad: "en la culpabilización social - del grupo homosexual, en el linchamiento moral de las víctimas, en el escarnio ritualizado en torno a los muertos y en el interés de los contagiados y la indagación tenaz de todos los secretos de los homosexuales". (2)

En 1985, se contó con técnicas comerciales para detectar anticuerpos contra este virus por análisis inmunoenzimáticos - (Elisa); a partir de entonces, tanto en Estados Unidos como en países europeos, se inicia la detección de anticuerpos - contra el virus del SIDA, en todos los donadores de sangre - y hemoderivados. (3)

Paralelamente las escenas de pánico y persecución se reproducen en unos y en otros países. A continuación transcribimos algunos casos que lo ilustran.

Araguari, Brasil.-

"A un peluquero bisexual de 35 años, debió escapar de su pueblo mientras la población quemaba todas sus pertenencias, - aterrorizada por la posibilidad de un contagio de SIDA, reveló la policía.

Antes de trasladarse al pueblo cafetalero de Araguari, Evaldo Márques vivió 11 años en Nueva York, y hace 6 meses comenzó a mostrar síntomas: perder peso, sufría de diarreas, y

sus glándulas se inflamaron, lo que sumado a su notorio comportamiento bisexual llenó de pánico al pueblo, según el semanario *Veja*, los rumores indicaban que Márques, fue visto - probándose ropa en una boutique local, así como probando fruta en un mercado local con la abierta intención de esparcir el SIDA. La gente está quemando los objetos que tocó el paciente. Reveló el Dr. Victor Machado, en un informe dirigido al Depto. de Salud de Minas Gerais. El Semanario *Veja* - añadió además que, residentes locales han enviado una petición a la fiscalía para que se prohíba a Márques circular - por las calles. Por su lado esta dependencia envió policías para detener al peinador y obligarlo a internarse en un hospital, y en efecto, el peinador se internó y su salud mejoró rápidamente pero a pesar de ello, cuando salió del hospital la persecución siguió. El municipio local le prohibió caminar por las calles. (Reporte del Universal, Agosto 28, 1985)

Posteriormente se supo que Márques, junto con su madre de 73 años se ha ido a vivir a Río de Janeiro. (El Universal, septiembre 5, 1985).

Australia, Aust.-

El Gobierno del Estado de Queensland aprobó una Ley que impone más de dos años de cárcel a los portadores de SIDA que sabiendo lo transmitan. (Nesweek Abril 13, 1987).

Washington, U.S.A.-

El presidente Ronald Reagan en vísperas de la 3a. Conferencia del SIDA y contra la opinión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y de la actriz Elizabeth Taylor, dió a conocer un extenso programa nacional de lucha contra el SIDA, que incluye exámenes obligatorios a quienes desean contraer matrimonio, inmigrantes y presos.

Moscú, U.R.S.S.-

Durante los primeros días de junio pasado las autoridades soviéticas deportaron a 36 ciudadanos extranjeros enfermos de SIDA, según informó Vadim Pakrovski señaló además que hay 14 ciudadanos soviéticos que han contraído la enfermedad y enfrentan responsabilidad general por haber contagiado a terceros. (Excélsior junio 11, 1987).

Durante este período se definieron las formas de transmisión que son, según las autoridades médicas que han estudiado miles de casos de SIDA por varios años (desde 1977), están de acuerdo en que sólo se contrae de 4 modos:

- 1.- Teniendo coito sexual con una persona infectada con el virus de SIDA. El semen puede transmitir el virus, las secreciones vaginales también, al igual que con otras enfermedades que se transmiten sexualmente, el uso correcto del condón evita la transmisión.
- 2.- Al compartir agujas o jeringas para inyectarse drogas in travenosas con una persona infectada, una persona puede inyectarse el virus directamente en la sangre al compartir agujas con una persona infectada.
- 3.- El uso de productos sanguíneos contaminados en transfusiones de sangre (no se contrae al donar sangre).
- 4.- Una mujer infectada con el virus del SIDA que se embaraza o que dá leche de pecho, puede pasarle el virus a su bebé. (4)

Así mismo, a través de las pruebas serológicas aplicadas descubrimos el gran número de personas infectadas y el largo período de latencia entre la infección y la manifestación de -

la enfermedad.

Fué en la Primera Conferencia Internacional de SIDA en abril 1985, en Estocolmo, que se conjuntó toda la información antes descrita, surgiendo a partir de este primer impacto una poderosa solidaridad mundial. Culminando simbólicamente este segundo período.

Tercer período de movilización global 1985 - 1988

Es a partir del conocimiento de la magnitud del problema y de la falta de concientización del mismo a nivel mundial, que un grupo de científicos y profesionales de la salud se dirigen a la Organización Mundial de la Salud, dando paso al tercer período, "la movilización global contra el SIDA".

Es la OMS quién asume este reto, dirigiendo y coordinando el trabajo de salud a nivel Internacional. La lucha global contra el SIDA requería una estrategia global, movilización y acción de común acuerdo.

Esta estrategia global cubría 3 objetivos:

- Prevenir la infección de VIH.
- Dar ayuda y apoyo a los ya contagiados.
- Unir esfuerzos tanto nacionales como internacionales contra el SIDA.

Para tales fines habría que desarrollar programas de información y educación en todos los países, para lo cual la Organización Mundial de la Salud movilizó personal capacitado y proporcionó recursos financieros con objeto de que cada país pudiera desarrollar sus programas internos.

A través del SIDA, dice Jonathan M. Mann, podemos observar -

cómo la salud y la conducta del individuo están directamente relacionados entre sí, y, como ambas corresponden en forma - inextricable a un contexto social específico. Como veremos más adelante al mencionar los efectos sociales del SIDA en - México. (1)

1.2 HISTORIA NACIONAL DEL SIDA EN MEXICO

a) Organismos y decretos:

En febrero de 1986, se crea el Comité Nacional para Investigación y Control del SIDA-CONASIDA, por las diversas instituciones del Sector Salud: IMSS, ISSSTE, SSA. Distribuyendo - las acciones en 3 rubros, representados cada uno por un Subcomité de Educación para la Salud, Subcomité de Investiga--- ción y vigilancia Epidemiológica y Subcomité de Bancos de - Sangre.

En mayo de 1986, se publica la norma relativa a la realiza--- ción obligatoria de pruebas para detectar sangre contaminada por VIH en todo el país. (Diario Oficial 22 mayo de 1986).

En noviembre de 1986, el Consejo de Salubridad General acuerda que el SIDA se incorpore a la lista de enfermedades bajo vigilancia epidemiológica y que su notificación fuese de carácter inmediato y obligatorio. Elaborando los formatos de notificación obligatoria de casos de SIDA y de donadores se--- ropositivos en marzo de 1987.

Se elaboró también material educativo para personal de salud en un documento denominado a pautas, para la vigilancia y - control del SIDA en México, amén de guiones para programas - de radio y televisión, folletos y trípticos para los diferen--- tes grupos de población. (5)

La tasa de casos notificados de 1981 hasta 1987 es como sigue:

	AÑOS	NUMERO DE CASOS
Presentándose	casos en 1981,	2
	casos en 1982,	8
	casos en 1983,	20
	casos en 1984,	44
	casos en 1985,	90
	casos en 1986,	103
	casos en 1987	344

México ocupa el 5º lugar en América, quedando como sigue:

E. U. A.
CANADA
BRASIL
HAITI
MEXICO

El número de casos se duplica cada 10 meses observando que la tendencia es exponencial.

Desde mediados de 1986 se determinaron los siguientes lineamientos con el objeto de prevenir el SIDA, a través de productos sanguíneos en México.

- a) Toda persona con anticuerpos contra el VIH, aún sin manifestaciones de la enfermedad, deberá considerarse infectada e infectante.
- b) La prueba de detección de ANTI-VIH positiva por la técnica de Elisa es criterio suficiente para eliminar la unidad de sangre o plasma que resulte positiva.

- c) Se implantó la notificación obligatoria de los donadoseropositivos, los cuales requieren de la prueba confirmatoria (Western Blot o Evancore) positiva, para identificarlos plenamente y llevar a cabo las medidas necesarias para evitar que continúen donando sangre o sus productos.

Los fundamentos para el programa de detección en bancos de sangre a nivel nacional está sustentado en dos argumentos.

- a) De tipo legal: Debido a que, desde 1986, existe la norma técnica para la disposición de sangre humana y sus componentes de que los proveedores de sangre o plasma, reúnan como requisitos, entre otros, el ser negativos a la prueba de anti VIH - VIII
- b) De tipo preventivo: Ya que se reduce a un mínimo la transmisión del virus, evitando los casos que adquieren la infección por esta vía.

Posteriormente en 1987, la Ley General de Salud, realizó nuevas reformas y adiciones que en el rubro de epidemiología comprenden los artículos 134, 136, 332, 337, 375, fracción VI, 462 fracción II, 462 bis, publicados en el Diario Oficial en mayo de 1987, y que son las siguientes:

- a) Se adiciona el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida a la lista de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológicas (Art. 134).
- b) Se ordena la notificación inmediata de los casos en que se detecte la presencia del virus del SIDA o de anticuerpos al mismo (Art. 136)
- c) Se suprime la posibilidad de obtener sangre proveniente de personas que la proporcionan remuneradamente (Art. 332).

d) Se incluye como conducta ilícita específica el comercio - de la sangre (Arts. 462 fracc. II, y 462 bis).

Estas medidas están encaminadas con el fin de prevenir el - contagio y detener la expansión del SIDA.

En relación a los patrones de transmisión, México representa un patrón intermedio semejante al de E.U.A., en el cual los grupos de mayor riesgo son homosexuales y bisexuales, y la - relación hombre-mujer es de 24-1, sin embargo, la transmi--- sión por transfusión sanguíneas es casi el doble de la que - ocurre en países con patrón occidental. (6)

A partir de las necesidades se abre el 22 de abril de 1987, el Centro Nacional de Información - CONASIDA como parte medu lar del programa de Educación, un Centro piloto que constitu ye la primera iniciativa a nivel nacional dentro de ésta - área y cuya experiencia se espera sirva de modelo para la - multiplicación de estos centros, tanto en el Distrito Federa-- l como en el interior del país. Abriéndose un segundo cen tro de Información en diciembre de 1988 en Copilco.

Los objetivos del centro Nacional de Información es prevenir la transmisión del SIDA a través de la educación, ésta infor mación esta dirigida a toda la población, ya que estamos ha blando de un contagio a nivel sexual; enfatizando la misma a las diferentes poblaciones con conductas de alto riesgo como son: los homosexuales, los bisexuales, prostitutas y droga-- dictos intravenosos.

Por otra parte a la población de apoyo como son: maestros, - personal de salud, líderes de asociaciones y comunidades ci viles. Desarrollándose programas específicos para cada nece sidad.

Los servicios que brinda el Centro son:

- INFORMACION: Primero a través de una sola línea telefónica en agosto de 1987 ya se contaba con 6 líneas, actualmente tenemos ocho. (Enero 1989). Hasta la fecha se han recibido 20,000 llamadas.

Material audiovisual, folletos, boletines, periódicos, murales, pláticas dentro del centro y en las instituciones - que las soliciten, y un programa estructurado de capacitación para promotores, básicamente han sido el sector salud médica, enfermeras, trabajadoras sociales y voluntarios.

- ORIENTACION: A través de un servicio médico-psicológico - quienes desarrollan las siguientes actividades:

- a) Orienta al público en general sobre aspectos específicos dudas e información errónea, etc.
- b) A la población con conductas de alto riesgo, en su toma de decisión respecto a realizarse la prueba de detección de anticuerpos VIH, con base a un análisis médico-psicológico y social.
- c) Detección de anticuerpos contra el VIH a través de las pruebas de detección.
- d) Asesoría para el manejo de los resultados.

De acuerdo al resultado de la prueba (positivo o negativo) - se canaliza a la persona al servicio médico para su evaluación y seguimiento, se le brinda la participación en grupos de apoyo psicológico; y en caso de así requerirse, se refiera a otros servicios más especializados como atención psiquiátrica.

trica, etc.

e) Seguimiento con el fin de motivar a las personas a continuar su control.

Estos servicios son totalmente gratuitos. (8)

La identidad de la persona es mantenida en el anonimato y los resultados son absolutamente confidenciales. Las personas acuden en forma voluntaria, a quienes se les respeta y otorga la mejor atención.

Posteriormente el 24 de agosto de 1988, sale anunciado en el diario Oficial, por decreto la creación del "Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA". Siendo a partir de este momento un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud. Su objetivo consistirá en promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado. Tendientes a combatir la epidemia del SIDA, así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan.

1.3 EFECTOS SOCIALES

México entra en contacto con el SIDA a partir de la noticia de que el conocido actor Rock Hudson es víctima del gran mal, y viaja a Francia al Instituto Pasteur; poco después, el anuncio de su trágica muerte; desde este momento se inician la oleada de noticias; Estados Unidos, la capital del SIDA. Los homosexuales sus víctimas. Se adjudican diferentes adjetivos a la enfermedad, como: la plaga Gay, la peste lila, etc.

Dentro de los diversos artículos que fueron saliendo a lo largo de 1985 -1986 -1987, a continuación se transcriben algunos, poniendo de manifiesto el grupo social al cual perte-

necen.

Clero:

El Clero habla a través del padre Girolano Frigione, representante del Vaticano en México: "El SIDA venganza de la naturaleza, hay leyes morales que no se violan impunemente, la naturaleza tomó su venganza, ¡y esa es la prueba evidente!, la Iglesia no condena a los pecadores sino al pecado, tratar de ayudar a esa gente... pero no se puede justificar el vicio y el homosexualismo es uno de los vicios más grandes que condena la Iglesia. Nosotros tenemos ante esto un consejo: practica el bien y vivirás tranquilo en esta tierra... no hay mucho que decir al respecto."

A ellos (a los homosexuales) hay que tratar de comprenderlos como a los toxicómanos, a los alcohólicos. Debemos considerarlos no solo enfermos morales, sino físicos también. No, hay cosas que deben ser aceptadas, ahí vemos que cuando quieren formar parte de la vida civilizada son rechazados por la propia naturaleza... son los azotes de cada época. (Martha Anaya, Excélsior agosto 31, 1985).

Sociedad Mexicana de Padres de Familia:

"Temor al cáncer lila, piden aislar a los homosexuales aquí. Agrupaciones de padres de familia piden que los homosexuales sean confinados a "cavernas" para evitar que propaguen el cáncer lila, Salvador Alatorre miembro de la Sociedad Mexicana de Padres de Familia, al ser interrogado sobre el particular, dijo que es un problema delicado que debe ser atacado frontalmente por las autoridades antes de que se convierta en una pandemia. Con referencia a los homosexuales, expresó que sí por él fuera, los homosexuales los encerraría en cavernas como a los antiguos leprosos para evitar que viertan y contagien a gente inocente. (El sol de México, agosto 29, 1958).

Sector Salud:

El Dr. Cipriano Borges Cordero, Jefe Académico de Gastroenterología de la Facultad de Medicina de la UNAM y Gastroenterología del Hospital General del Centro Médico Nacional del IMSS, afirma el facultativo que la enfermedad se presenta "en homosexuales promiscuos y drogadictos en un 92% porque usan agujas contaminadas o una y otra cosa, homosexualidad y drogadicción están interrelacionadas. Inquirido por último de porque la enfermedad sólo afecta a los homosexuales, el Dr. Borges dice que bien pudiera ser =obra de un castigo divino=".

El Sr. Alfredo Pérez Díaz, articulista del Diario "El Mexicano" de Tijuana, B.C., dice en agosto, 1985. Desafortunadamente, lo poco que se conoce de este padecimiento se conforma por los tintes morbosos del asunto, los enfoques poco afortunados de los medios masivos de comunicación, se le ha calificado como la peste rosa, la peste lila, el mal de las mujercitas o el virus de los negros africanos. Lo más lamentable es que incluso entre los médicos existe un gran desconocimiento del problema y los facultativos se encuentran influenciados por el morbo popular. Ello se puso de manifiesto durante un sondeo que realizamos entre una docena de médicos a los que preguntamos su opinión sobre el SIDA. Uno de ellos en tono jocoso nos dió su muy singular versión: SIDA significa "saquelo inmediatamente de atrás", y se destornilló de risa. No pudo describir ni su sintomatología, ni dar más detalles que el asegurar "esa es una enfermedad de jotos"

1986

Nadie habla de la enfermedad, los efectos del sismo lo ocupa todo, la peste rosa se ha ido, no hay SIDA.

1987

En marzo de este año se publica hay 344 casos, la enfermedad

se duplica cada 10 meses. Da comienzo la campaña gubernamental de prevención contra el SIDA.

El 1º de abril el presidente de la República Miguel de la Madrid expide decreto de Reforma, en esencia se trata de un programa estrictamente dentro de los marcos oficiales conocidos, el dictámen administrativo y las acciones de vigilancia cuidándose de no tomar los aspectos sexuales, aún cuando este sea correlativo a la enfermedad, pudiendo interpretarse como simple problema de desconocimiento del tema, o reflejo (combinado) de la presencia de viejos atavismos que no permiten mirar el sexo directamente, sino soslayadamente, asexualmente, sin escenas "fuertes" ni protagonistas de carne y hueso.

Lo que interesa al Gobierno es abordar el problema por otros caminos que no sean los de la población sexualmente activa, en sus distintas orientaciones homosexualidad, bisexualidad heterosexualidad.

Intervención de los partidos PRI y PAN:

La Diputada Rosalía Peredo del PRI, en relación de los derechos civiles implicados en la prevención, señala: que un programa gubernamental limitado a la vigilancia del problema pudiera derivar en la violación de los derechos elementales del ser humano, en especial de los homosexuales. Mientras que la diputada Cecilia Romero Castillo del PAN, propone que la prevención esté dirigida al combate de las causas de la enfermedad, que según ella, se derivan de la degeneración sexual.

No habiendo mayores discusiones al respecto en virtud de que la mayoría de los parlamentistas se encontraba centrado en el control técnico del virus, en la neutralidad médica; el Sector Salud se mueve por criterios científicos, no por cri-

terios morales.

La información gira alrededor de la educación señalando que ésta no basta sino que es necesario un cambio en la conducta sexual de los grupos de alto riesgo, y que es lo más difícil de lograr usar el condón. (9)

Sin embargo encontramos la voz liberal de Margo Su, quien - acepta y propone lo que otros callan. "La enfermedad vendrá a descubrir que en nuestra población masculina, a pesar del machismo y los bigotes, hay un elevado número de bisexuales". No reconocer este hecho, presenta el primer obstáculo para - el control del contagio, ya que a través del bisexualismo, - el virus se cuela a todos los géneros puros de nuestra respetable cristianísim^a comunidad. Su especie esta dirigida a - la promiscuidad y a la homosexualidad, (y) aunque el hombre no es monogámico por naturaleza, a los mejor nos encontramos con la sorpresa de que conociendo mejor a la pareja, podemos formar verdaderos lazos profundos y estables. Aunque para - nuestra tradición atávica, su alternativa es menos grave que la otra que denuncia: negarnos a reconocer una enfermedad - ocultando su origen, (sexual), aceptándolo como azote bíblico, sería una regresión mental al oscurantismo en plena era electrónica. Nos llevaría a buscar culpables en los grupos minoritarios más débiles para destruirlos física y mentalmente a la manera de los tiburones, única especie, al igual que el hombre, se destruye a sí misma. (La Jornada, mayo 21, - 1987).

La Iglesia es implacable. El obispo auxiliar de la Ciudad - de México, Genaro Alamilla Arteaga, asegura que la única manera de combatir con eficacia el SIDA, es respetando las leyes naturales y los mandamientos de Dios. El remedio que se trata de aplicar, como es la difusión del uso de preservativos, no alivian en nada a la sociedad, y sí provocarán un da

no mucho más severo... Con este tipo de publicidad se motivará al homosexualismo y a la pérdida de valores, que pese a todo, el pueblo mexicano aún tiene. También se incrementará la prostitución y se orillará a la juventud a iniciarse en la actividad sexual, cuando aún no esta preparada ni física ni mentalmente.

Así también la Asociación Nacional Cívica femenina (ANCIFEM), El Comité Nacional Pro-Vida, el Movimiento Juventud Testimonio y Esperanza, califican de grotesca e inmoral la campaña del Sector Salud contra el SIDA. (La Jornada Mayo 21, 87).

Sale una nota en la Jornada mayo, 7 1987, el Dr. Jaime Sepúlveda Amor, Director General de Epidemiología de la Secretaría de Salud y Presidente del CONASIDA: "La Secretaría de Salud condena enérgicamente la persecución de que son objeto los homosexuales, tomando como pretexto el SIDA nosotros tenemos el más absoluto respeto por la preferencia sexual de las personas. La falta de información acerca de la causa de la enfermedad y sus formas de contagio, han difundido la idea errónea de que el SIDA es causado por la homosexualidad con lo cual se corre el riesgo de que se exacerben actitudes antihomosexuales.

Ante los reclamos públicos acerca de la desinformación responden Guillermo Soberón, Jonathan Mann, Jesús Kincte, Jaime Sepúlveda Amor, (4 oradores, 4 discursos y un solo rapto de moral victoriana).

"Que ha servido para desencadenar sentimientos que se habían mantenido ocultos en la sociedad contra los grupos de alto riesgo, quienes son acusados como un estigma social", al reforzamiento de lo mismo, la única forma de proteger la población de la enfermedad que es mortal, es la adecuada educación sexual, reforzar los valores morales, no tener más que una so

la pareja y evitar la promiscuidad.

En el primer Congreso Nacional sobre SIDA, Roberto Castro declaró que: Frente al serio problema económico que representa el SIDA, se tiene que afrontar con prontitud el problema de la estigmatización que enfrentan los enfermos en el país, pues de lo contrario no podrá ser atacado con efectividad, si continúan las actitudes sociales que tienden a marginar a los afectados como son: el rechazo practicado por la mayoría de la población, la tendencia a evitar el contacto con el paciente, la discriminación en los distintos ámbitos de la sociedad, el ataque físico, y el exterminio del enfermo. (La Jornada Di. 1987).

La Secretaría de Salud, Guillermo Soberón: "Es necesario educar a la familia mexicana para evitar que se margine y discrimine a los homosexuales, pues, ello permite que se cometan más actos sexuales indebidos... Entre ese grupo social existen sujetos recalcitrantes que sabiéndose seropositivos pero que saben que pueden adquirir el SIDA, se obstinan en efectuar prácticas que la propague".

(El Universal, La Jornada, Excélsior, Uno + Uno, Diciembre. - 1º 1987).

Carlos Monsivais señala, que la información amarillista como: "El mal esta en todas partes en los restaurantes, en los cines". (Periódico Alerta). Pretende más que la prevención de la enfermedad, el exterminio de la disidencia moral.

Ante la tragedia muy real, la irracionalidad social contesta con medidas grotescas que traen consigo destrucción de vidas y desprecios por los derechos humanos.

El Teólogo Brasileño, Leonardo Boff, prevé el gravísimo peli

gro de una ola gigantesca de deshumanización; la actitud del Papa Juan Pablo II es determinante en este proceso, como sabemos, persiste en su condena hacia la homosexualidad. Además ejerce su poder para limitar cualquier alusión a lo sexual. Favoreciendo la eliminación de campañas de prevención y divulgación desprovistas de amarillismo.

El centro de esta moralización es de odio históricamente engendrando contra los homosexuales, la homofobia.

Hay que concientizarnos que están en juego miles de vidas, el dolor y el drama de las familias, la relación entre enfermedad y civilización, hay que evitar el robustecimiento de los prejuicios conservadores, causantes de la infelicidad histórica de las minorías.

La solidaridad y el respeto hacia los enfermos, la erradicación de la culpa moral, son deberes insospechables de la condición humanista de nuestras sociedades.

A la tragedia individual y colectiva no debe añadirse el peso del linchamiento social. (10)

Por último, es importante incluir la voz de un grupo homosexual quienes nos hablan del Movimiento de Liberación Homosexual, de la respuesta social ante dicho movimiento, y de su situación presente ante el SIDA.

En este artículo se hace manifiesto que el movimiento de liberación homosexual hace aflorar de manera pública y explícita la existencia de un deseo sexual humano polimorfo, que se encuentra mutilado por un esquema monosexista, genitalizado y heterosexual. Al proclamar la liberación del deseo y la práctica del placer sexual sin culpabilidad, reivindica, entre otras cosas, el derecho a la felicidad y proclama el carácter positivo del sexo y la sexualidad, en oposición a la normatividad restrictiva y represiva del sistema monosexista, funda-

mentado en tabus ancestrales de carácter sexual.

El ímpetu con el que irrumpe el MLH (Movimiento de Liberación homosexual), en los años 70's deja sin respuesta articulada a los voceros de la ideología dominante y los obliga a guardar un silencio cauteloso, no responde a los nuevos planteamientos sobre la sexualidad y la homosexualidad, pero tampoco los acepta. Debido a esta aparente inmovilidad se genera y se ganan espacios sociales culturales y políticos que ocupan los homosexuales, dando así la impresión de que se habían logrado avances irreversibles. Sin embargo, las tesis fundamentales del MLH no se filtran en las costumbres y en los esquemas de pensamiento de los homosexuales que salen del "Closet" a ocupar ilusoriamente los espacios aparentemente liberados.

La liberación se confunde con las concesiones distractoras y mercantilistas puestas a disposición de los homosexuales para su consumo lo cual desmoviliza al MLH. Al disminuir la presión antihomosexual cede a su vez la auto-opresión, es decir, el policía moralista que cada quién lleva dentro guarda el mismo silencio que el gran guardián heterosexualista.

En este contexto surge el SIDA. Para la ideología dominante, que se mantuvo sorda y callada entre el discurso de las voces gay, la homosexualidad no ha dejado de ser una enfermedad en ningún momento. Y por ello ve al sida como una consecuencia lógica; es el agravamiento de dicha enfermedad.

Es así que la parcela autorrepresiva que llevamos en nuestro interior al enfrentarse al SIDA, vuelve a cobrar vigencia. El discurso del MLH no logró mellarla. La culpabilidad sexual internalizada tiene ahora un nuevo motivo para manifestarse en forma de miedo. La liberación del deseo y la práctica del placer sin culpabilidad dos propuestas del MLH, se ven inhibidos y desplazados por el miedo que aflora ante el SIDA.

Los integrantes del colectivo sol (CS) desean buscar formas de relación no restrictivas, sin negar el deseo y el placer y sin culpa y sobre todo que no ponga en peligro la vida de quienes la practican. (11)

1.4 EPIDEMIOLOGIA

a) ¿Qué es un virus?

Los virus son los más pequeños de los organismos causantes de enfermedades, tanto que es imposible verlos con un microscopio ordinario.

Otros ejemplos de enfermedades causadas por virus son el sarampión, la poliomelitis y la gripe. Las virosis no se pueden curar con antibióticos; los virus se pueden reproducir sólo dentro de la célula viva y, una vez que entran al organismo pueden destruir la célula huésped o afectar su capacidad de funcionamiento.

Los virus son microorganismos muy particulares. Constan solamente de uno de los dos tipos de material genético (o bien DNA ó RNA), de una envoltura y en algunos casos de enzimas. Para reproducirse requieren de la maquinaria genética de la célula a la que infectan, ya que por sí mismos son incapaces de hacerlo. Por este motivo cuando fueron descubiertos, generaron una de las polémicas más interesantes en biología: definir si estos pequeñísimos fragmentos de material orgánico eran o no seres vivos.

Actualmente se consideran formas vivientes y son muchos -- los virus descritos. Algunos de ellos infectan vegetales, otros animales y también hay virus que afectan bacterias, protozoarios y hongos. Todos ellos tienen en común la necesidad de utilizar la célula a la que infectan para producirse y ésta es una de las razones por las que no se han --

podido encontrar hasta la fecha medicamentos antivirales que además de ser efectivos sean inocuos; para destruirlos o inactivarlos hay que destruir la célula infectada. Afortunadamente, nuestro sistema inmunológico es capaz de controlar la mayoría de las infecciones virales, pero en el caso del virus del SIDA, es precisamente el afectado.

b) ¿Qué es el VIH?

Virus de la inmunodeficiencia humana, es decir, microorganismo que infecta el cuerpo y destruye el sistema inmunitario natural, el que generalmente le permite a una persona luchar contra la enfermedad.

Este virus fue descrito por dos grupos de investigadores, uno del Instituto Pasteur en 1983, y otro del Instituto Nacional del Cáncer en E.U., 1984. Cada uno lo llamó de manera distinta LAV y HTVL, respectivamente, pero por tratarse del mismo virus se unificó la nomenclatura denominándolo virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

VIRUS VIH-2

En 1986, se aisló un virus muy parecido, pero con diferencias genéticas bien definidas en pacientes con inmunodeficiencia en Africa Occidental. Actualmente se conoce como VIH-2 para diferenciarlo del primero.

Pero de ninguna manera, como se llegó a leer en la prensa en el colmo del amarillismo, que existían ya muchos virus del SIDA y de que cada vez habría más, debido a la enorme capacidad que tienen de mutar.

Efectivamente los virus VIH-1 y VIH-2 tienen una notable capacidad para cambiar, lo cual constituye una de las dificultades para desarrollar una vacuna efectiva. Sin embargo, esta capacidad para mutar no significa que cada --

vez que el virus se modifica de origen a uno nuevo, pues lo que cambia son sólo algunas proteínas de la envoltura.

Las evidencias epidemiológicas de que disponemos actualmente indican que el VIH-2 ha restringido su circulación al Africa Occidental y Europa; en E.U., sólo se ha podido documentar un caso, casi sin excepción los pacientes a -- quienes se les han detectado anticuerpos contra el VIH-2 dijeron haber tenido contacto sexual con personas de esta región africana o haber vivido allí alguna temporada.

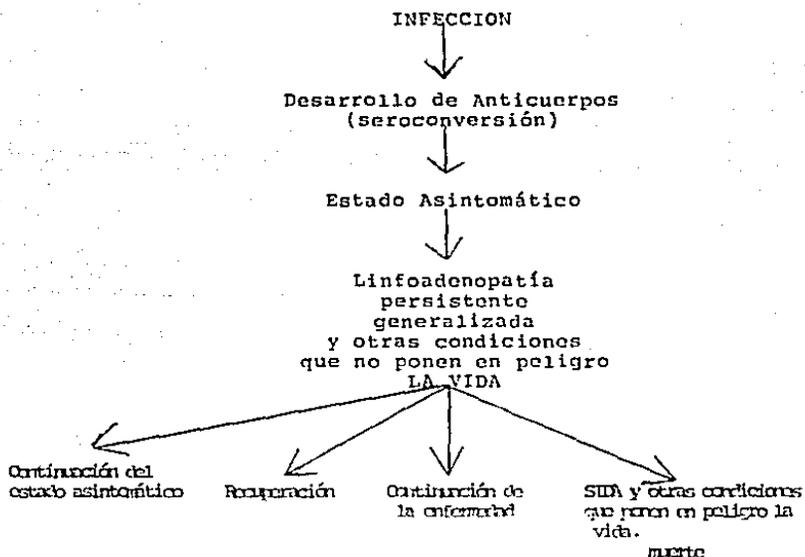
Todavía no contamos con estudios epidemiológicos completos sobre la frecuencia de la infección por este virus, -- de manera que es difícil hacer predicciones sobre el futuro de la misma. Los mecanismos de transmisión parecen -- ser los mismos que para el VIH-1. (12)

c) ¿Qué es el SIDA?

El SIDA es el resultado de una infección viral que daña el sistema inmunológico, un sistema inmunológico dañado no puede defenderse contra ciertas infecciones y cánceres, de los cuales pasan a ser después causas directas de defunción.

En 1986 los U.S. CDC (Centro de Control de las Enfermedades), clasificaron las características clínicas de la infección en 4 categorías generales, como podemos observar en la siguiente figura.

HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION POR VIH



B I B L I O G R A F I A

- (1) Revista "The Global Picture of Aids.
Director Vonathan M. Mann, MD,MPH.
Organización Mundial de la Salud.
Junio 12, 1988.
- (2) El SIDA en México: Los Efectos Sociales.
Ediciones de Cultura Popular 1988.
El Mal más Politizado de la Historia.
Max Mejía (17-28)
- (3) Boletín Número 2 - Abril 1987 CONASIDA
- (4) Folleto - SIDA En el sitio de trabajo (Guía para empleados
Ed. San Francisco Aids Foundation (1987)
- (5) Boletín Número 1 Marzo 1987 CONASIDA
- (6) Boletín Número 4 Junio 1987 CONASIDA
- (7) Boletín Número 8 Agosto 1988 CONASIDA
- (8) Boletín Número 6 Agosto 1987 CONASIDA
- (9) El SIDA en México: Los Efectos Sociales .
Ediciones de Cultura Popular 1988.
La Historia Nacional El SIDA en México.
Max Mejía
- (10) El SIDA en México: Los Efectos Sociales.
"Las Plagas y el Amarillismo"
Carlos Monsivais. Diciembre 1987 (117-129 p.)
- (11) El SIDA en México: Los Efectos Sociales.
"Lo Personal es Político"

Juan Jacobo Hernández
Rafael Manrique Soto
Mario Rivas
Enero- 1988 (295-299)

(12) Gaceta - CONASIDA
Año 1 Número 2
Julio - Agosto 1988.

(13) Population Reports.
Número 6
Abril 1967.

C A P I T U L O I I

II.- APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO

2.1 INVESTIGACIONES REALIZADAS EN OTROS PAISES.

La información recabada a través del "Consejo Nacional de - Ciencia y Tecnología", CONACYT, en relación a este tema y la enfermedad del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, fue nula.

En cambio arrojó el dato de 2109 artículos sobre "Hot-Line" servicio por teléfono, editados entre 1966-1988. Revisé los últimos 73 artículos entre los que se seleccionaron 7 de 1982 a 1987. Esta selección fue en función a la importancia de - sus aportaciones, para los fines de este estudio.

Quiero dejar sentado que todos ellos utilizan la palabra - "counseling" que traducida literalmente significa asesoramiento, pero que dentro de este contexto yo traduzco por apoyo - psicológico (A.P.) y que unido a la palabra "Hot-Line" en - adelante me referiré a: "Apoyo psicológico por teléfono" con las siglas (A.P.T.)

A continuación hago la transcripción de las 7 síntesis.

- a) Las dimensiones del A.P.T., a partir de la precisión de - los datos registrados, por la persona que trabaja en la - línea telefónica.

(Kaesser Donald M. -Dissertation Abstracts Internacional 1987 febrero, Vol. 47 (B-B) 3526).

- b) La importancia de percibir los problemas personales. Es- tudio comparativo entre consejeros telefónicos y miembros de la comunidad.

Los dos grupos encontraron que los problemas más serios y que requerían de la ayuda inmediata eran: Cuando peligraba la vida de la persona, cuando eran responsables del bienestar de otros, y ante un problema complejo.

(Bradshaw Ruth, -Amato Paul R. Journal of Applied Social Psychology, 1985, Vol. 15, 587-589).

c) Historia de un grupo de ayuda mutua y ayuda a otros.

Se enfatiza que los grupos formados por personas con un problema común, no necesariamente lleva a una mayor intimidad o comprensión entre sus miembros. Se recomienda que esta preocupación común al grupo se transfiera o convierta en una preocupación por los que están fuera del grupo cubriendo no sólo las necesidades de la sociedad, sino, como apoyo a la salud mental de sus miembros.

Un grupo de mujeres mastectomizadas decidió abrir un servicio de "Hot-Line" línea telefónica, para aquellas mujeres que se hallan descubierto tumores en la mama. Esto nos da una idea de los nuevos roles que pueden estar cubiertos por trabajadoras sociales y miembros del grupo. (Zeits-Martin, social Work with Groups, 1985 SPR, Vol. 8 (1) 41-54).

d) Entrenamiento en el manejo de la ansiedad, como prevención a los voluntarios del servicio A.P.T.

(Peterson Rebecca L. -Dissertation Abstracts International-, 1967 Enero, Vol. 47 (7-B) 3121).

e) ¿El servicio A.P.T., tiene un valor preventivo? De acuerdo a la revisión realizada en Instituciones Psiquiátricas y Centros de Salud, se cree en el stress psicosocial de nuestra era podría ser mitigado a través de la ayuda brindada por teléfono. Aunque no hay evidencia convincente de que reduzca los desórdenes psicológicos. Los estudios

realizados indican que tiene un potencial considerable como un medio de soporte, para las personas con enfermedades crónicas o con desajustes.

(Autor Hornblow Andrew R., Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 1986 marzo, Vol. 20 (1) 23-28).

f) La evolución y efectividad en los servicios de A.P.T.

Se revisaron estudios relacionados con la eficacia del servicio A.P.T., sugiriendo que la persona que desarrolla este trabajo debe llevar a cabo una buena escucha, información y manejo de roles.

Aunque no hay evidencia de que tal ayuda pueda producir cambios en la conducta de las personas que llaman, o que reduzca las tasas de suicidio; sí puede tener un potencial altamente terapéutico, como soporte y guía en problemas actuales o desajustes crónicos.

(Autor Hornblow Andrew R., Hospital & Community Psychiatry, 1986 julio, Vol. 37, (7), 731-733).

g) Evaluación de las diferencias en estilo de asesoramiento entre consejeros telefónicos novatos y experimentados: Un grupo de 4 consejeros novatos del personal paramédico, edad media 23 años, resultó significativamente mayor en el rol de "escucha silenciosa", (quiet listener), en comparación con 5 consejeros profesionales, edad media 27 años. Los novatos daban más respuestas de comprensión, como una forma de expresar su involucración personal.

Los grupos expresaron niveles similares de temor y tensión.

2.2 INVESTIGACION EN OTROS PAISES, CON RELACION AL SIDA.

De los únicos países que pude obtener manuales y boletines - con información sobre este servicio, fueron:

Londres, Inglaterra; Nueva York y San Francisco, de E.U.

- a) En Londres, Inglaterra, existe una red radiodifusora llamada, "Broadcasting Support Services", (BSS), que presta un servicio independiente, no lucrativo, con la finalidad de difundir aspectos educativos y bienestar tanto a televidentes como a radio escuchas.

La NASA, National Advisory on AIDS. (Servicio Nacional de Consejo sobre el SIDA). Pertenece a la BSS, por lo tanto es financiada y apoyada por la misma; sus actividades se iniciaron en noviembre de 1986, 3 meses después realizaban una evaluación sobre las ventajas y deficiencias del servicio que estaban prestando al público, comparándolo con los servicios de otras líneas internas así como con algunas líneas de E.U., y Europa.

Las deficiencias encontradas fueron las siguientes:
Al iniciarse este servicio, la NASA contaba con el apoyo de personas que realizaban diversos servicios en la BBS, quienes en su gran mayoría eran Gay, mientras que la gran mayoría de las llamadas eran heterosexuales, por lo que se reclutó y dió entrenamiento de un día, a un grupo mixto, (hombres, mujeres, homosexuales y bisexuales) para cubrir las demandas de la población.

Posteriormente se observó que el entrenamiento de un día resultaba insuficiente para cubrir toda la información, aclarar muchas dudas y preocupaciones del SIDA, sobre to-

do para practicar las técnicas de apoyo psicológico por teléfono.

Observaron también la necesidad de que el personal recibiera ayuda; debido a lo estresante de este trabajo. De la conveniencia de llevar un registro preciso de las llamadas que entraban, para determinar las diferentes necesidades, el tipo de llamada y así ver los cambios de las mismas pasado un tiempo. Para tal fin se enfatizó en saber llevarlo, y sobre todo, cómo ser usado.

Finalmente convinieron en ampliar a 2 días completos y 10 tardes de entronamiento y supervisión, amén de una selección rigurosa del personal, que a la larga redundaría en beneficio del servicio.

Los resultados arrojados por la encuesta hecha a los usuarios de este servicio en relación a su utilidad fueron:

El 85% de las respuestas concuerdan en que es un buen recurso y que fue una buena idea el tenerlo. Por ser útil confidencial, individual, un medio para hablar acerca de sus preocupaciones y al no ser cara a cara resulta menos embarazosos.

Además, es un medio para aclarar las dudas y contradicciones surgidas a partir de los diferentes programas de información, transmitidos vía televisión. Finalmente la ventaja de realizarlo desde sus casas.

Concluyendo que: la línea telefónica juega un rol complementario, de otras fuentes de información del SIDA. (1)

b) New York, E.U.

El departamento de Salud de Nueva York, ha desarrollado - entre los múltiples programas de educación sobre el SIDA la línea telefónica (Hot-Line) la cual cubre las siguientes funciones:

- I.- Horario de 9 a.m. a 9 p.m.
- II.- Servicio de información anónima y confidencial sobre el SIDA.
- III.- Llamada de personas con riesgo de SIDA de profesionistas, de los servicios de salud social.
- IV.- Más de 1000 llamadas por semana, desde agosto de 1985.
- V.- Consejo a personas que piensan realizarse la prueba de VIH.
- VI.- Dar consejo (counseling) de persona a persona, talleres de educación a personas preocupadas por resultados de pruebas de anticuerpos.

En 1987, el Departamento de Salud desarrolla una "Guía de información" para el manejo de las llamadas realizadas por personas con riesgo y que aún no se han hecho la prueba del VIH. Esta guía tiene como finalidad la de servir como herramienta aclaratoria, pero bajo ninguna circunstancia deberá ésta reemplazar la actitud de empatía y comprensión que corresponde a todo consejero experimentado.

Esta guía cubre 3 aspectos:

Primero, formas de transmisión; sexual, por sangre y drogas. Segundo, en relación a la prueba, los siguientes puntos deben ser cubiertos en algún momento.

Saber qué piensa la persona, en caso de salir positivo; y

como puede ésto ayudar a prevenir la transmisión del virus. Si desea que su pareja, pasada o actual, lo sepa; - si piensa que tienen derecho a saberlo y si encontraría - la información de utilidad. De ser así, cómo llevar a ca - bo esta notificación a su pareja, (esta plática puede ma - nejarse desde el punto de vista de que el estar infectado presupone que puedan transmitir el virus del SIDA).

NOTA: Una vez que han recibido esta información, cualquier - ra que desea hacerse la prueba, tendrá acceso. Nuestro - trabajo no es el persuadir o disuadir a la gente de reali - zarse la prueba. Nosotros les damos la información que - necesitan tener, para tomar a partir de esta información, una decisión propia.

Por último información de sexo seguro, uso de condón y - uso seguro de droga IV. (2)

c) San Francisco, Calif. U.S.A.

La fundación "San Francisco AIDS Foundation", de San Fran - cisco, California, pasó por 3 etapas, en su proceso de - desarrollo, del servicio telefónico (Hot-Line).

Primera etapa de 1981 a 1983, en este momento contaban - con una sola línea ubicada en una trastienda, atendida - por voluntarios "gays" y sin ningún recurso económico.

Segunda etapa de 1983 a 1986, en 1983 se crea la Funda - ción en forma oficial. Para 1985 ya eran 3000 llamadas - por mes; incrementadas en parte debido a la publicación - de la muerte de Rock Hudson, siendo las mujeres quienes - están alarmadas y preguntan por las formas de transmisión, representando el 30% del total.

Tercera etapa de 1986 (finales) hasta la fecha 1988. Las llamadas se duplican a 6000, al mismo tiempo que aparecen en folletos y revistas las formas de transmisión para jóvenes y heterosexuales. Las llamadas siguen siendo el 50% homosexuales y el 50% de heterosexuales, y mujeres.

Los contenidos de las llamadas van variando, volviéndose más específicas, ej., referencias sobre una clínica, qué alimentos puede tomar, etc.

Actualmente se hace más difícil evaluar el riesgo por teléfono, porque ha aumentado la diseminación del virus que un sólo contacto pueda verse como de alto riesgo.

En 1987 se crea la línea telefónica en español, las llamadas tienen otro contexto, son de angustia, el contenido - latente es de ayúdame a resolver este problema.

La Fundación ha logrado formar todo un equipo de trabajo bien estructurado, capacitado, con actividades específicas, lo que le permite atender con eficacia la gran demanda, y los servicios que le solicitan de diferentes partes del mundo.

Cuenta con 200 voluntarios, 150 activos con un horario fijo de 3 hrs., 50 llamados "rovers"; personas disponibles para cubrir ausencias o estar ahí realizando otros trabajos.

En total se cubren 4 turnos al día, con 5 operadores en inglés y 2 en español, además de un teléfono exclusivo para personas con SIDA, el cual es manejado por una persona también con SIDA. Existe otro teléfono para sordomudos.

Cuentan con un staff de 3 coordinadores, 2 en inglés y 1

en español, quienes realizan las siguientes funciones:

- Actualizar la enciclopedia.
- Supervisar la organización de voluntarios.
- Contacto con la prensa.
- Investigación.
- Llevar las bitácoras (registros de datos).
- Realizar material educativo y su distribución.
- Coordinar cursos de entrenamiento.
- Estar en contacto con toda la fundación para poder tener la información al día.

Esta fundación ha logrado contar con este equipo de trabajo y funcionar a niveles óptimos gracias en parte a la ayuda económica que reciben de la "Pacific Telesis", además de contar con su propio banco. Pero también, y tal vez sea ésta la parte más importante, por haber podido unificar esfuerzos, y partiendo de una necesidad en común. Llegar a su meta, ser un equipo que trabaja en forma coordinada y eficaz.

En 1987 la Fundación desarrollada el "Manual de Entrenamiento sobre el SIDA", para la línea telefónica (Hot-Line) este manual cubre todos los aspectos del SIDA, su definición, las formas de transmisión, drogas, etc.

Entre los diferentes temas encontré uno, Escucha Activa - (Active Listening), que reproduzco a continuación, por la importancia que tiene en el buen manejo del servicio A.P.T.

- En la línea telefónica el único medio de comunicación es a través de la conversación, por lo que el saber escuchar es de vital importancia, al evaluar las necesidades del que llama.

- Usted aprenderá mucho más escuchando a los que llaman, que relatándoles todo lo que usted piensa que ellos necesitan saber.
- Es obvio que es necesario escuchar cuidadosamente a lo que dice y no dice el que llama, antes de adelantarnos a darle consejo experto.

Esto se debe a que nosotros manejamos tanto información que pensamos que el otro debería saberla, y desea conocerla como nosotros, esto no es así.

- Hay que recordar también, que muchas veces el que llama no puede hacer la pregunta que mayormente le inquieta. Ya que el SIDA esta directamente relacionado con la vida sexual del individuo, con relaciones familiares, amantes, temores. No está la gente acostumbrada a discutir sobre tópicos tales como: sexo, muerte, temores.
- Como trabajador de la línea A.P.T., es tu responsabilidad hacerle las preguntas que él no pueda expresar, así como también, centrarlo en las preguntas claves, dejando a un lado lo demás.

Tienes que ser paciente, tratar a la persona que llama con respeto,, compasión y sentido del humor, como a un amigo.

Algunas frases que podrían servir de guía.

- Parece que tu estas...
- Parece que ...
- Yo siento que tu...
- Parece que son muchas cosas las que te están sucediendo. Cual es tu mayor preocupación?

Las siguientes frases no deberán ser usadas.

- Usted debería...
- No debería...
- No se preocupe...
- Usted es...

Fundamentalmente hay que recordar 3 cosas al contestar - cualquier tipo de llamada:

- 1) Usar el sentido común.
- 2) Ser honesto en nuestras respuestas.
- 3) Sentirse en libertad de pasar la llamada si no se es capaz de manejarla. (3)

2.3 INVESTIGACIONES REALIZADAS EN MEXICO.

En México no se ha escrito nada acerca de este servicio, sin embargo, sabemos de su existencia en varias Instituciones, - como son: Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Locatel, y el servicio que desarrolló la Universidad Nacional Autónoma de México, a partir del sismo el 19 de septiembre de 1985.

Este servicio surgió como consecuencia de la crisis sufrida por toda la población, asumiendo el cargo de la misma el Dr. Federico Puente, Director de la Carrera de Psicología de - Postgrado, en la Universidad Nacional Autónoma de México, - quién con un grupo de voluntarios, psicólogos, alumnos, maestros, y otros de la misma universidad, y otras universidades, se dedicaron a la ardua tarea de dar apoyo, orientación y solución a diversos problemas. Este servicio siguió funcionando, prestando ayuda a quienes la requerían.

Poco a poco se le fue dando una estructura al servicio, contando actualmente con 40 voluntarios, algunos de ellos pasantes de Psicología quienes realizan su servicio social. A -

estos voluntarios se les da un entrenamiento de 6 meses teóricos práctico, dirigido por el Dr. Puente.

El servicio que actualmente se presta en la UNAM, podría decirse que es de apoyo psicológico, con un seguimiento que varía de 3 a 12 sesiones (una semana), por teléfono.

Se lleva un registro de cada caso, con ficha de identificación, antecedentes, tipo de personalidad y síntesis de cada sesión.

El servicio ha resultado de gran ayuda y tiene una gran demanda.

(Datos obtenidos en plática directa con el Dr. Puente, y unos alumnos del curso).

2.4 AYUDA Y APOYO PSICOLOGICO EN EL CENTRO NACIONAL DE INFORMACION CONASIDA.

Como ya mencioné anteriormente el Centro Nacional de Información CONASIDA, se abrió al público el día 23 de abril 1987, 2 días antes la Secretaría de Salud puso a disposición del Centro la línea 525-24-24, siendo anunciado a través del radio y la televisión, con el fin de que cualquier persona que quisiera información sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), llamara.

La situación del Centro en ese momento era bastante precaria se contaba con una sola línea telefónica de atención al público, un local sin más elementos que un personal motivado y dinámico dispuesto a prestar sus conocimientos y servicios.

Así da comienzo la vida del Centro, que poco a poco iría desarrollando diversos programas de educación y prevención del SIDA, gracias al gran dinamismo de la Directora Dra. Gloria Ornelas y a la colaboración de su equipo

de trabajo que constaba de 12 personas, actualmente cuenta con 20.

A partir del 18 de mayo de 1987 se lleva un registro de las llamadas, con el fin de saber las necesidades del público. - el tipo de población, el número de llamadas diarias y los cambios de las mismas al pasar el tiempo.

En este registro se anotaban la fecha, el nombre, sexo, edad y motivo de la llamada, posteriormente se incluyó el medio por el que la persona conoce de nuestro servicio.

Como es de comprender el personal encargado del teléfono fue aprendiendo poco a poco a través de pláticas internas manejadas por los médicos, curso de sexología, etc., además de contar con el apoyo de los médicos para cualquier aclaración de conceptos o dudas.

Generalmente era la trabajadora social, la secretaria o algún voluntario quienes se encargaban del servicio, cubriendo un horario de 12 hrs., diarias, con dos turnos, uno matutino de 8 a.m. a 2 p.m. y el vespertino de 2 p.m. a 8 p.m.

A los dos meses de iniciado el servicio (julio 20), se realizó un análisis de las llamadas quedando como sigue

TIPO DE LLAMADA	CANTIDAD
Llamadas internas	1060
Información general	600
Pruebas	504
Síntomas	410
Transmisión	150
Folletos, trabajos	147
Foráneas	110
Relación sexual	97

Casos personales	80
Médicas	80
Prevención	72
Condón uso, etc.	32
Otros	30
Besos	20
Alberca	21
Transf. sanguínea	20
Acupuntura	19
Prostitutas	18
Moscas	16
Dentista	16
Venérea	14
Obscenas	<u>12</u>
TOTAL:	3525

En agosto se instalan 5 líneas más como consecuencia de las demandas, tanto externas como internas.

Durante todo este tiempo no existían lineamientos a seguir, únicamente el registro de las mismas, como ya se señaló anteriormente.

Fué hasta abril de 1988 que se lleva a cabo un cambio en el registro de las mismas; anotándose únicamente la fecha, sexo y motivo de la llamada.

Al mismo tiempo se utiliza la técnica de la Entrevista, dando paso a la creación del servicio de apoyo psicológico por teléfono.

Este cambio se dió a partir de dos observaciones, la primera que el servicio no estaba cumpliendo su cometido, ser una - fuente de información eficaz; al ser utilizado en forma di-- versa, bloqueaba la comunicación. La segunda que al no to--

marse en cuenta las implicaciones sexuales de la enfermedad, no se estaban considerando las posibles reacciones psicológicas.

En septiembre se hizo la redistribución de las 6 líneas telefónicas con el objeto de poder mantener 3 líneas para el uso de la población, que son:

5 25 24 24
5 33 44 24
5 33 36 47

Una para dar resultados y el Depto. de Psicología.

5 14 10 37

Dos líneas para el personal interno una asignada a la dirección.

5 14 75 63

Y otra para todo el personal.

5 14 79 42

Desgraciadamente, como desde su inicio se anunció el teléfono 5 25 24 24 y por falta de una mayor publicidad, el grueso de las llamadas siguen siendo a través de este número, pero esperamos que poco a poco cada línea cubra las funciones a que fué asignada.

B I B L I O G R A F I A

- (1) Hyatt Jenny - An Evaluation of the National Advisory service en AIDS - BSS - Londres, Inglaterra, 1987.

- (2) Troise Don - New York City Department of Health - AIDS Hot Line - Pre - Test Counseling Guide Lines - Septiembre, 1987.

- (3) Chuck Frutchey AIDS Hot-Line
Pat Christen - Training Manual
Dave Rittinger
San Francisco AIDS Foundation, 1987.

C A P I T U L O I I I

III.- ASPECTOS PSICOLOGICOS

3.1 La Entrevista.

Se seleccionó al Dr. Harry Stack Sullivan por haber sido un hombre que dedicó muchos años de su vida a la atención de enfermos mentales y a la enseñanza, siendo una de sus preocupaciones más importantes el manejo de la comunicación.

Como resultado de ello, nos dejó en su libro póstumo "La Entrevista Psiquiátrica", el análisis de los obstáculos que dificultan esta comunicación, así como una teoría con técnicas de aplicación práctica para el logro de una buena comunicación interpersonal.

Para Sullivan la entrevista es principalmente una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, y qué pautas y normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio.

Al darse cuenta de que el uso del lenguaje es muchas veces - una forma de defensa, fue que presto mucha atención a los - componentes no verbales de la situación, como son: el tono - de voz y las pautas de dicción, observaciones que se han catalogado de "intuición". Los componentes de sonido sugieren lo que debe uno deducir de las proposiciones verbales expresadas.

Divide la entrevista en 4 etapas:

Habla primero del comienzo formal de la entrevista señalando que; la forma en que es recibido el entrevistado puede acelerar notablemente el logro del resultado que se desea, o puede hacer que dicho resultado sea inalcanzable.

Por lo que no se debe utilizar:

- Un montón de palabrería social.
- Palabras ceremoniosas.
- Palabras como ¡oh!, ¡hola!, pase... pase...

El aprender la manera de cómo obrar, es una cuestión de tener conciencia de lo que se hace. En términos de cómo afecta a la entrevista.

El reconocimiento segunda etapa, es obtener un bosquejo general del paciente, en este caso indagar el motivo de su llamado.

En la tercera etapa, el interrogatorio detallado, indagación en la vida de la persona y sus problemas, aquí sería indagación del problema.

La cuarta etapa, la terminación de la entrevista. El entrevistador debe formular una declaración final, consolidar lo que ha alcanzado en términos de algún beneficio duradero para el entrevistado; para nosotros sería el haberle proporcionado una información clara y veraz de acuerdo a cada caso en particular, como consecuencia la persona se siente que valió la pena llamar.

La entrevista puede desarrollarse dentro de alguno de los siguientes tipos de comunicación:

COMUNICACION MEJORADA.

Cuando en la entrevista se ha dado una comunicación cada vez mejor y todo marcha bien, se le denomina "Comunicación Mejorada".

Es importante que el entrevistador sea consciente de cómo se llegó a esta situación, es decir; que conozca la manera en que intervino ante las operaciones secretas de seguridad manejada por el informante.

Pudiendo entonces tener una idea bastante clara, de la causa motivo de la ansiedad.

Es por demás señalar que el desconocimiento de estos datos nos habla o bien de un inexperto o de un mal manejo de la entrevista.

COMUNICACION DETERIORADA.

Se le denomina Comunicación Deteriorada cuando durante la entrevista se esta produciendo un deterioro en la actitud comunicativa. El paciente se torna menos comunicativo y actúa como si pensase que el entrevistador es cualquier cosa menos un experto.

La primera recomendación para el entrevistador es que controle su ansiedad y haga una revisión retrospectiva para determinar al instante en que se inició este deterioro; la cual podrá llevarse acabo siempre y cuando recuerde lo que ha ocurrido. El poder descubrirlo es de suma utilidad, por una parte como base para rectificar la situación deteriorante; por otra, para alcanzar el propósito que persigue toda entrevista.

Esto no quiere decir que para que una entrevista sea un éxito, las cosas tienen que ser hermosas, ésta puede ser muy desagradable, lo importante es descubrir lo que aqueja al entrevistado.

Son 3 los aspectos que hay que tomar en cuenta en la revisión retrospectiva.

Primero: el entrevistador movido por su propio entusiasmo, - más que el del paciente, siente que las cosas habían ido mejor en el comienzo, cuando desde su inicio fueron mal.

Segundo: El entrevistador deberá revisar lo que ha sucedido, para enterarse si ha ocurrido algo desalentador respecto al resultado de la entrevista, que haga perder la esperanza del paciente de lograr un resultado favorable de la misma.

Tercero: El entrevistador se cuestionará qué relación tiene la situación actual de deterioro, con su propia actitud hacia el entrevistado.

Las actitudes de: aburrimiento, divertidos, de irritación, - o enojo, aunque no tienen nada de alentadoras, pueden presentarse en la situación entrevista, por parte del entrevistado

En relación al entrevistador, algunas de ellas pueden ser asumidas deliberadamente; no obstante, si éste llegara a estar genuinamente irritado, se diría que estamos frente a una operación de disfraz más común de la ansiedad, que necesita ayuda psicoterapéutica, y que representa un defecto muy serio como entrevistador.

Como consecuencia de lo anterior a continuación transcribimos una regla que debería ser grabada en la mente de todo entrevistador.

"Durante todo el proceso de la entrevista hasta en sus fases de terminación, es muy importante para el entrevistador verificar secretamente sus observaciones; no debe limitarse a reaccionar de manera simplemente automática; o hasta tal vez inconsciente a las actitudes expresadas del paciente, ya sea por medio de palabras, tonos o gestos".

Otro de sus conceptos es el "sistema del yo".

Sullivan le da el nombre de "sistema yo" a todos aquellos estados de alerta, símbolos y señales de peligro que la persona va desarrollando desde su más temprana infancia en su relación directa con la madre; con el fin de conservar un estado de bienestar.

Cualquier disminución de esta es vivida por el niño como ansiedad.

En la etapa adulta resulta más ilustrativo considerar el funcionamiento del yo en términos de operaciones destinados a proteger la propia estimación, y toda disminución de ésta estimación, es experimentada como ansiedad. Las operaciones destinadas a la protección del sistema del yo nos referiremos como operaciones de seguridad.

Es decir que el sistema del yo desarrolla un aparato singularmente sutil para observar las señales de aprobación o desaprobación del otro.

Por lo que es conveniente saber que toda persona llega a la entrevista con cierta cautela; es decir, que no fácilmente podrán expresarse en forma espontánea, que tratará siempre de dar una buena impresión y que constantemente estarán haciendo uso de las operaciones de seguridad, para ocultar la

ansiedad subyacente.

El entrevistador además de estar consciente de la presencia de ansiedad, debe saber hacer buen uso de ella para el logro de una buena entrevista.

Teorema de la emoción recíproca.

Sullivan señala que por ser la entrevista un proceso interpersonal, derivado de la observación participante, estas (las entrevistas) caen en un principio general que ha organizado como el Teorema de la emoción recíproca.

Este Teorema es como sigue:

- a) Las necesidades complementarias son resueltas (o agravadas)
- b) Los tipos recíprocos de actividad son desarrollados (o desintegrados).
- b) Se facilita la provisión de satisfacción (o rechazo) de necesidades similares.

Se emplea la palabra "necesidades" en el más amplio sentido de la misma; en el sentido genérico.

La sensación de seguridad personal en las relaciones interpersonales puede ser calificada como necesidad de evitar, aliviar o huir de la ansiedad o, asimismo, necesidad de autoestima.

Ahora bien, en la primera parte del Teorema se ha dicho que las necesidades complementarias pueden ser resueltas desarrollándose tipos recíprocos de actividad.

Por ejemplo en las operaciones de seguridad, el impulso de reasegurar es complementario de la necesidad de reasegura---

ción.

El problema esta en que no siempre la necesidad complementaria del paciente es recíproco a la del entrevistador, por ejemplo: Por definición cultural el paciente es el cliente de un experto, por lo tanto es inferior en ciertos sentidos en consecuencia si el entrevistador expresa en alguna forma su necesidad de ser reasegurado, de ser tranquilizado mediante el procedimiento de dominar a su víctima, el paciente, y si éste, por su situación de paciente se considera menos capaz y además necesita que el entrevistador lo reasegure, o sea que la necesidad del entrevistado no se ve satisfecha por no existir la necesidad complementaria por parte del paciente.

De esta manera la necesidad de seguridad del entrevistado en lugar de ser resuelta, es agravada.

Retomando la segunda parte del Teorema, si el entrevistado ha de desarrollar una actividad recíproca a la del entrevistador, es decir de actividad sumisa o reconfortante para el entrevistador, como sería el adoptar ciertos puntos de vista para agradarle, sometiénose a esta exigencia la consecuencia sería, que la información que éste pudiera obtener sería muy pobre.

Por otro lado si no consigue desarrollar ese tipo, la actividad comunicativa se desintegra.

Finalmente, y explorando la última parte del Teorema, tenemos que ante esta situación de rechazo a su necesidad, el entrevistado tratará de asegurar la protección de su autoestima, con el fin de evitar el aumento de ansiedad, se tornará cada vez más cuidados en el sentido de no revelar ninguna de sus inseguridades al entrevistador necesitado de seguridad.

Lo anterior nos ilustra de una manera muy clara, los resultados negativos de una entrevista, cuando los estados de ansiedad por parte del entrevistador no han sido asimilados, que lo conducen a hacer uso de las operaciones de seguridad.

Tipos de resultados de las relaciones interpersonales.

Sullivan señala que los procesos interpersonales que componen la entrevista siguen el patrón general de todos los procesos interpersonales.

Es decir, que dan como resultado una de las tres situaciones subsiguientes:

- Se resuelve, toda la tensión relacionada con la situación ha desaparecido.
- La situación puede ser continuada con tensión y procedimientos encubiertos (la persona continua haciendo la misma cosa, al mismo tiempo empieza a mirar a su alrededor en busca de lo que esta mal para descubrir qué puede hacerse para lograr una solución satisfactoria).
- Los procesos de la situación pueden llevar a lo que nosotros llamamos frustración.

Existen dos estados subsiguientes a la frustración.

El primero se caracteriza por una intensificación de la tensión, reflejando la necesidad que esta afecta.

El segundo la desintegración del dinamismo propiamente dicho y la totalidad del sistema de motivación o disociación.

El concepto de Ansiedad.

El concepto de ansiedad es central en todo este sistema de -

enfoque; ya que es la ansiedad el concepto explicativo general que lleva al entrevistado a crear una impresión favorable de sí mismo.

Por otra parte y más importante aún; es este concepto el que proporciona al entrevistador la mayor comprensión general posible, sobre aquellos movimientos realizados por el paciente que le engañan, ya sea que esos movimientos se encuentran en las declaraciones formuladas por el informante o en la interpretación que el entrevistador da a cuanto oye.

Por lo que resulta conveniente el uso de las transiciones bruscas y acentuadas durante la entrevista, ya que éstas hacen posible la modificación de tendencias comunicativas; -- restrinja o aumente el desarrollo de ansiedad en el entrevistado.

Cuando observamos que el entrevistado esta "en ayunas" respecto a lo que el entrevistador piensa de él, son ocasiones en las que el entrevistado esta sufriendo considerable ansiedad; y como la ansiedad es un estado tan penoso, con frecuencia resulta más fácil para el entrevistado pensar para sí -- que esta leyendo la mente del entrevistador, quien aprecia la situación de manera más realista.

El entrevistador con destreza llega a darse cuenta de que no sabe lo que la persona que tiene ante sí está pensando, sin embargo es más cómodo dejarse llevar por la esperanza de que sabe y obra como si en verdad supiese. La única explicación de esta singular parodia de la capacidad humana es que resulta mucho mejor que sentirse más ansioso.

La pregunta es ¿Porqué la ansiedad ejerce una influencia tan poderosa en las relaciones interpersonales? ¿Porqué surte --

este efecto ubicuo de hacer que la gente obre, podríamos decir, como asnos?

La gente obra de esta manera con la esperanza de no sentirse incómoda. El comportamiento defensivo le ayuda a no sufrir tanta ansiedad, aunque pueda seguir estando terriblemente incómoda cuando los hechos hayan terminado. Es decir, que la ansiedad se instala como la reina señora.

Sin embargo sin la experiencia de la ansiedad uno no podría convertirse en paciente, y sin tal experiencia no es probable que uno se preocupase tanto por las sutilezas de la acción humana para convertirse en un psiquiatra o entrevistador.

Hay que añadir que para que la experiencia de la ansiedad - se torne en una útil herramienta terapéutica, es necesario, imprescindible, identificarlas, llevarlas a la conciencia, - comprender sus orígenes y modalidades y aceptar su realidad como parte de la vida sin temor y vergüenza.

Sullivan descubrió que la ansiedad era común, que tenía sus orígenes en las relaciones de las personas unas con otras, - reaccionando ante éstas con actitudes defensivas o lo que es lo mismo con operaciones de seguridad, las cuales servían para aislar a las personas, mantenerlas a distancia unas de - otras.

Todos los seres humanos aprendemos que no es posible vivir - sin contactos humanos, al mismo tiempo que algunos de estos contactos son peligrosos porque suscitan ansiedad.

Lo que lleva a la persona a acentuar los aspectos peligrosos de los contactos humanos y levantar grandes barreras para -

protegerse contra los mismos constituye la historia de aquellos reconocidos como perturbados mentales, así como de muchos otros cuyas dificultades pueden estar ocultas tras una "fachada convencional".

Al darse cuenta de la íntima relación que existía entre la persona socialmente productiva y la emocionalmente desordenada menos productiva que llegó a considerar a la ansiedad como un lugar común destructivo en el ser humano.

Si se llegara a comprender que un buen número de los desórdenes emocionales, son reflejo de las experiencias de las vidas de quienes los sufren y que muy pocas personas enfocan - siquiera remotamente una plena comprensión de sus posibilidades, y que tal desperdicio es costoso y destructivo para el grupo social en general.

Como consecuencia, Sullivan señala como uno de los mayores obstáculos para la comunicación, la presencia de ansiedad, entendida como una señal de peligro para la persona, en relación a la consideración que personas significativas presentes, puedan tenerle, aunque estas sea tan solo figuras ideales de la niñez. Conduciendo al surgimiento de la culpa.

Las conductas que puede presentar el entrevistado, como consecuencia de la ansiedad son:

- Irritación
- Hablar de otras cosas, a lo que Sullivan le denomina "Desatención selectiva".
- Si el tópico le resulta perturbador hará uso del mecanismo de la resistencia.

Además de la ansiedad, existen algunos obstáculos con los que se enfrenta el entrevistador y que señalo a continuación:

- Siempre existen reservas en la comunicación, cosas que a todos se nos enseñan desde la cuna en adelante que son peligrosas, y que no debemos pensar en ellas, mucho menos hablar libremente sobre las mismas.
- Ninguna persona llega a la presencia de otra, sin una considerable cautela y cierta expectativa de rechazo.
- Comprender que éstos reflejan la ansiedad subyacente a la anticipación de daño, procedente de otro ser humano.
- El impedimento principal de toda comunicación es la ansiedad, por parte del entrevistado es inevitable, la labor del entrevistador es el empleo que haga de su habilidad para evitar una ansiedad excesiva.

Señalando Sullivan tres importantes aspectos para su manejo.

El primero es tratar de evitarla, segundo, esforzarse por limitar su desarrollo. Refiriéndose con esto no al uso de palabras tranquilizadoras, sino a la revisión contratransferencial del entrevistador (a este respecto me referiré más adelante). El tercer aspecto es lograr una empatía con el entrevistado.

- La ansiedad en el entrevistador no puede ser evitada por completo. Es una clara indicación, al menos de que es completamente humano. Y toda vez que la ansiedad este con él vale la pena de que le saque provecho y esto sólo puede hacerlo observándola y estudiándola lo mejor posible. Tratar de identificar la causa aparente de la ansiedad.
- El entrevistado busca en su entrevistador respeto hacia su persona y hacia su sentimiento de seguridad.

Dentro de los detalles técnicos que siempre deben suscitar - considerable atención es el uso de las Transiciones en la en -
trevista, las cuales requieren una continua vigilancia.

Hay tres tipos de Transiciones.

- La Transición suave, se utiliza para pasar poco a poco a -
otro tema.

Es llevar la comunicación paso a paso sin salirse de la -
comprensión de la otra persona, de tal manera que experi--
mente la sensación de que el entrevistador sabe a donde se
dirige, y por lo tanto, sabe lo que esta diciendo.

Es evitar que la persona se bloquee, es decir que se queda
callado y molesto, para ello hay que revisar lo que se di-
ce, en la medida en que la persona pueda expresar todo -
cuanto se le ocurra libremente, se estarán evitando las -
obstrucciones.

- La Transición acentuada.

Ahorra tiempo y aclara la situación.

Se refiere cuando el entrevistador se ha complicado tanto
con el entrevistado -con su sistema del yo- que éste le es
ta informando deliberadamente lo que no es cierto. Aquí -
yo no cambio de toma, pero sí cambio la comunicación al -
mostrar con expresiones de fastidio, de sátira o algo por
el estilo. Yo, dice Sullivan no recomiendo el uso de esta
Transición a otros, cada persona desarrolla yo propio estí
lo, el que emplea cotidianamente con otras persons.

La Transición abrupta es utilizada ya sea para evitar una an

siedad peligrosa, o para provocarla cuando se observa que de otra manera no es posible llegar a lo que se busca.

Es conveniente cambiar el tema, por un momento, cuando éste resulta demasiado amenazante para la persona, se le señala - veo que está usted muy ansioso, podemos dejarlo y pasamos a otra cosa, retomándolo con otro enfoque más adelante. Cuando se tocan temas vergonzosos que provocan mucha ansiedad en el entrevistado, los tranquiliza con frases como estas:

- Se supone que yo debo pensar muy mal de usted, debido a eso?
- ¿Qué hay de lamentable en eso?
o le parece que eso es poco común?

Esto es lo que Sullivan señala como sentimiento de seguridad, mencionado anteriormente.

Como nuestra intención es bajar la ansiedad del entrevistado, no es prudente cortar la entrevista cuando la persona se encuentra demasiado ansiosa, ya que es una forma de intimidarlos y provocar estados de pánico.

Sullivan no habla de la Transferencia, utiliza el término - Distorsión paratáctica que implica la forma en la que la personalidad despliega ante otra algunos de sus más graves problemas. En otras palabras, es un oscuro intento de comunicar algo que verdaderamente necesita ser comprendido por el entrevistador y tal vez finalmente comprendido por el entrevistado también.

Si tales distorsiones pasan inadvertidas, si no son esperadas, si se ignora la posibilidad de su existencia pueden fracasar la mayor parte de los elementos que componen la entrevista.

El factor que lleva al éxito de una entrevista, señala Sullivan, es cuando la persona entrevistada va a aprender algo - que le será útil.

3.2 Transferencia.

Freud descubre que lo que se revive en la transferencia es - la relación del sujeto con las figuras parentales y especialmente la ambivalencia, en este sentido Freud distingue dos - transferencias una positiva la otra negativa, una de sentimientos de ternura otra de sentimientos hostiles.

En "Más allá del Principio del Placer", señala que la reproducción de la transferencia se presenta con una fidelidad no descada, y que tiene siempre como contenido un fragmento de la vida sexual infantil y por tanto del completo de Edipo y sus ramificaciones, cada vez se destacará más la idea de - que en la transferencia se actualiza lo esencial del conflicto infantil. Lo que se transfiere es en esencia la realidad psíquica es decir en el fondo el deseo del inconsciente y - las fantasías con él relacionadas, por otra parte las manifestaciones transferenciales no son repeticiones literales, sino equivalentes simbólicos, de lo que es transferible. (3)

3.3 Contratransferencia.

Considero muy válida la observación que hace Frida Fromm- - Reidmann, a modo de introducción al presente tema, de: "La - necesidad de un psiquiatra de obtener seguridad mediante una virtuosa adaptación a los convencionalismos de su época, y - de una búsqueda de la aprobación de los -buenos y poderosos- Puede ser otro agente que obstaculice su capacidad de escuchar de un modo terapéuticamente válido. Origina el peligro de que considere que el otro debe ajustarse a ellos". (2)

Es decir qué actitudes contratransferenciales estarían interfiriendo en la relación con el paciente y en la ayuda que podría darle, ya que prevalecerán sus propias necesidades y no las de el paciente.

Esta actitud es lo que se le dá el término de Contra Transferencia.

En el diccionario de la panche se manejan las siguientes interpretaciones:

Conjunto de las reacciones inconscientes del analista, frente a la trasferencia de éste.

En muy pocos pasajes alude Freud a lo que él llamó la contratransferencia. En ésta Freud ve el resultado de la influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico; y subraya que ningún analista va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas, lo cual tiene como convenio la necesidad del analista de someterse él mismo a un análisis personal. (3)

En el manual de Psiquiatría clínica Moderna, Kolb señala que la contratransferencia es un fenómeno responsable de muchos errores y fracasos en la Psicoterapia, por actitudes negativas del médico hacia el paciente como ira impaciencia a resentimiento aunque también pueden presentarse en el analista emociones positivas hacia el paciente, amor, deseos sexuales, etc., que interfieren en la efectividad terapéutica del médico.

En su mayor parte, las reacciones de contratransferencia surge en el terapeuta como un resultado de la influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes, del médico; se -

originan en las identificaciones y las proyecciones irracionales del médico mismo. (4)

Sullivan no discute la contratransferencia como tal, pero sí pone gran énfasis en el papel del entrevistador.

Un aspecto importante de ese papel es el hecho de que la observación de uno por el otro, puede estar considerablemente influida por ansiedades no reconocidas, originadas en anteriores relaciones con personas denominadas, distorsiones para tácticas, conocidas en el lenguaje psicoanalítico como transferencia y contratransferencia según sea el caso.

A juicio de Sullivan no hay situación en la cual el entrevistador sea una figura neutral, es inevitablemente un participante y el campo de la acción social se altera con su presencia.

Así el entrevistador jamás podrá observar a su paciente como si él no estuviese ahí y el entrevistado no lo hubiese visto jamás, éste obrará en términos de su pasado e incluyendo al entrevistador.

Es evidente que también surjan las distorsiones contratransferenciales según experimente esta realidad común, estará reflejando sus experiencias anteriores en el vivir.

Para Jorge Devercaux, la contratransferencia es la suma total de aquellas distorsiones en la percepción que el analista tiene de su paciente, y la reacción ante él que le hace responder como si fuera una imagen temprana y obrar en la situación analítica en función de sus necesidades inconscientes, deseos y fantasías por lo general infantiles.

Argumenta que es la contratransferencia y no la transferen--

cin el dato de importancia más decisivo en toda la ciencia - del comportamiento.

Aunque ambos son igualmente conjugados e igualmente básicos, el análisis de la contratransferencia es científicamente más productiva en datos acerca de la naturaleza del hombre.

En resumen, los datos de la ciencia del comportamiento suscitan ansiedades a las que se trata de eludir. Esta maniobra es la causante de casi todos los defectos de la ciencia del comportamiento.

La ciencia del comportamiento se valorará simple, cuando empiece a tratar las propias reacciones del científico, a su material y a su trabajo, como el más fundamental de todos - los datos de esa ciencia. Mientras tanto sólo tendremos la ilusión de la simplicidad.

La personalidad del científico importa para la ciencia por - que explica la deformación del material atribuible a su falta de objetividad, determinada intrapsíquicamente.

La objetividad nace del control creativo de las reacciones - irracionales reconocidas conscientemente, sin pérdida de - afecto, mientras que en las resistencias contratransferencia - les, son negadas las reacciones defensivas inconscientes, e irracionales y el afecto inhibido a tal punto que se produce el aislamiento neurótico.

Este aislamiento no se logra conscientemente y por eso el - científico acosado por la ansiedad lo ve como objetividad - auténticos que, reduce más su capacidad de dominar sus propo - siciones, además las maniobras aislantes aumentan la distan - cia sociopatológica entre el observador y el observado, mien - tras que la objetividad severa la reduce. También tiene im -

portancia el estar consciente, del empleo sublimatorio de - procedimientos científicos, con el fin de reducir la ansie--dad, misma que es movilizadada por los datos de uno permanente, característica general de la sublimación.

En relación a los antecedentes sociales del científico, seña la J. Devereux: En el hombre occidental es bastante difícil de explorar, por que no se interesa en su propia ideología, o tiene poca conciencia de ella. (5)

Retomando el pensamiento de Devereux en relación a por qué - el hombre no se interesa por su propia ideología, además tie ne poca conciencia de ella; y por qué continúa prevaleciendo la ideología de la religión? Muchos filósofos, sociólogos y pensadores han dado respuesta, a través de la historia, sien do Freud el que al descubrir el inconsciente nos remite a - los orígenes. Marcando como punto de partida el Edipo que - dá como consecuencia la aparición del deseo, la culpa y el super yo, aunado a una actitud de dependencia.

Ante la aparición del deseo y la imposibilidad de su realiza ción surge un sentimiento de insatisfacción, que lleva al - hombre a la necesidad de unión, de pertenecer a un grupo o - masa; veamos el proceso.

El niño desea ser el único objeto de amor de la madre, al - percatarse que éste es compartido con otros miembros de la - familia, como los hermanos y el padre, su reacción es, "si - no he de ser yo el preferido, que nadie lo sea"... esta acti tud hostil y al mismo tiempo de desamparo lo obliga a identi ficarse con los demás niños de su comunidad, conformándose - entonces el sentimiento colectivo cuya primera exigencia es, la justicia, es decir, un trato igual para todos.

El mismo deseo impulsa al hombre a pertenecer a una masa co-

mo la Iglesia Católica, la ilusión de una presencia visible o invisible de un padre "Cristo", que ama con igual amor a todos los miembros de su colectividad.

Las manifestaciones de compañerismo que encontramos en la sociedad se deriva de esta envidia primitiva.

Entonces la justicia social significa la renunciación a muchas cosas en forma colectiva, "lo que yo no puedo tener, tú tampoco lo tendrás".

Esta reivindicación de igualdad es la raíz de la conciencia social y del sentimiento del deber. Ejemplo de ello es la angustia de infección de los sífilíticos, que corresponde a la violenta lucha de estos desdichados contra su deseo inconsciente de contagiar a los demás su enfermedad, pues, ¿porqué han de padecer ellos solos la temible infección que tantos goces les prohíbe, mientras que otros se hallan sanos y participan de todos los placeres?

En resumen, el sentimiento de identificación social, es consecuencia de un sentimiento primitivamente hostil. (6)

3.4 La culpa.

Trataremos de exponer en este capítulo, la dinámica y génesis de la culpa y el super yo.

En principio no existe una facultad original para discernir el bien del mal, ya que en ocasiones lo malo no resulta ser nocivo para el yo, al contrario, es algo que éste desea y que le procura placer, luego entonces tiene que haber una influencia externa y ajena que establece lo que es bueno o malo, de esta manera el hombre se subordina a ella.

La pregunta es, ¿cuál es esta influencia externa y porqué se subordina el yo?

Si partimos de la base de que la cultura reposa sobre la renuncia a la satisfacción del impulso libidinal, que existe - desde la primera fase cultural, la del totemismo, al marcar - la elección de un objeto incestuoso como prohibitiva. Es decir que el amor coartado en su fin fue en su origen (y sigue siendolo en el inconsciente humano) sexual. Esta prohibición tal vez sea la más cruenta mutilación que haya sufrido la vida amorosa del hombre en el curso de los tiempos. Además es aquí donde reside la causa de la hostilidad manifiesta hacia toda cultura.

Cabe señalar que la cultura continúa condenando severamente toda manifestación de la vida sexual infantil, sabiendo nosotros que la finalidad es poder contener los deseos sexuales del adulto.

Además, limitando la elección de objeto en el individuo sexualmente maduro al sexo contrario; pasando por alto las discrepancias que presenta la constitución sexual innata o adquirida de los hombres, y privando a muchos de ellos de todo goce sexual. Tolerando únicamente las relaciones sexuales basadas en la unión único e indisoluble entre un hombre y - una mujer, sin admitir la sexualidad como fuente de placer - en sí, sino tan sólo como un instrumento de reproducción humana.

En resumen la cultura ha seguido un proceso análogo a la evolución libidinal del individuo, sustrayendo a la sexualidad gran parte de la energía psíquica que necesita para su yo, en calidad de super yo y asumiendo la función de conciencia moral. La tensión originada por el severo super-yo y el yo

subordinado, lo calificamos de sentimiento de culpa.

¿Porqué se subordina el yo? Por el miedo a la pérdida del amor.

Existen 2 orígenes del sentimiento de culpa.

1.- Miedo a la autoridad (padres, sociedad).

2.- Temor al super-yo

El primero obliga a renunciar a la satisfacción del deseo.

El segundo impulsa además al castigo; dado que no es posible ocultar ante el super-yo, la persistencia de los deseos prohibidos.

El niño al verse privado de sus primeras y más importantes - satisfacciones impuestas por la autoridad, también se ve - obligado por necesidad, a renunciar a esta agresión vengativa, y mediante el uso de los mecanismos; incorpora, se identifica con ella, convirtiéndose en super-yo. Se apodera de toda la agresividad que el niño gusto sanamente habría desplegado contra la autoridad la primitiva severidad del super yo corresponde más a la propia agresión del niño contra el - objeto, que la que el objeto le ha hecho sentir, o la que le atribuye.

Un severo super-yo puede ser una repetición de un prototipo filogenético pues el padre prehistórico seguramente fue terrible, pudiendo atribuírselo la más extrema agresividad.

El sentimiento de culpabilidad se remonta al asesinato del - protopadre; resultado de la primitivísima ambivalencia afectiva frente al padre, pues los hijos lo odiaban pero también

lo amaban, una vez satisfecho el odio mediante la agresión - el amor volvió a surgir en el remordimiento consecutivo al - hecho, erigiendo el super-yo por identificación con el padre dotándolo del poderío de éste, como si con ello quisiera castigar la agresión que se le hiciera sufrir. Estableciendo - finalmente las restricciones a prevenir la repetición del - crimen. (7)

Creo que por fin comprendemos 2 cosas, la participación del amor en la génesis de la conciencia y el carácter fatalmente inevitable del sentimiento de culpabilidad. Mientras esta comunidad solo adopte la forma de familia, el amor se manifestará en el complejo de Edipo, instituyéndose la conciencia y engendrando el primer sentimiento de culpabilidad. Si la - cultura es la vía ineludible que lleva de la Familia a la hu - manidad, entonces a consecuencia del innato conflicto de ambivalencia, a causa de la eterna querrela entre la tendencia de amor y la de muerte, la cultura esta ligada indisoluble - mente con una exaltación del sentimiento de culpabilidad.

Cabe aquí remarcar que el sentimiento de culpabilidad, es el problema más importante de la evolución cultural.
(S. Freud. Malestar de la cultura p. 74-Ed. Alianza).

3.5 La angustia.

La angustia es la liberación del afecto ante un conflicto - pulsional.

La angustia tiene relación con la espera de algo, es decir; con una situación peligrosa, de carácter impreciso, se refi - re a una situación traumática.

Decimos que es peligrosa por ser una situación de impotencia

es decir que es una reacción primitiva a la impotencia del trauma primitiva, ésta reacción (de angustia) se reproduce como señal de socorro en la situación peligrosa. El yo que ha experimentado pasivamente el trauma repite ahora activamente una reproducción mitigada del mismo, con la esperanza de dirigir su curso.

El yo experimenta ante el peligro (impotencia) un dolor que se resiste a cesar; y ante la situación traumática, un estancamiento de la necesidad, que no puede hallar satisfacción.

La situación económica es en ambos casos la misma, y la impotencia motora halla sus expresión en la impotencia psíquica.

Cuando decimos que la angustia es la reacción primitiva a situaciones traumáticas nos estamos refiriendo a: el niño de pecho que al no tener a su madre cerca para satisfacer su necesidad, vive esta primera situación de angustia como pérdida de la percepción del objeto, equiparada a la pérdida del objeto. La pérdida del cariño todavía no entra en cuenta; -siendo hasta más tarde que el niño sabe por su experiencia que el objeto permanece existente pero que también puede enfadarse con él, es en este momento cuando la pérdida del cariño del objeto pasa a constituirse en una condición permanente de peligro y de angustia.

Entonces el dolor a que nos referimos, es la verdadera reacción a la pérdida del objeto; y la angustia, la reacción al peligro que tal pérdida trae consigo.

Otras situaciones traumáticas que podríamos señalar son el Edipo y la castración.

Por qué señalamos que son situaciones de impotencia, por el

estado de indefensión psíquica y física en el que se encuentra el niño.

Ahora bien existe una angustia real ante un peligro conocido y la angustia interna ante un peligro pulsional.

El peligro interior representa también un peligro exterior - si se satisficiera el mismo. Así también un peligro exterior tiene que tener una representación interna para que tenga una significación para el yo.

Esta última nos lleva a tomar actitudes masoquistas, de auto destrucción, al rechazar el yo las exigencias del impulso libidinal.

Luego entonces en la situación traumática contra la que somos impotentes coinciden tanto el peligro exterior como el interior, defendiéndose por igual por medio de la angustia; esta orientación de la actividad defensiva puede desembocar en la neurosis como consecuencia de una imperfección del aparato anímico.

Las fobias, como el miedo a la obscuridad, a la soledad, son reacciones al peligro de la pérdida del objeto.

En síntesis, podríamos decir, que, si el peligro interno es inconsciente, y si éste esta relación con el peligro externo y viceversa, entonces nos encontramos los hombres muy poco - dotados para percatarnos de los peligros que nos amenaza del exterior, en forma consciente.

La angustia señala Kolb es la señal de una amenaza inminente a la personalidad en el contexto de su ambiente social, Sullivan la describe como un estado de tensión que existe cuan

do uno percibe una opinión desfavorable, proveniente de una persona importante, el que sufre la angustia, solo se da cuenta del conflicto en forma vaga, pero sí percibe una aprehensión intensa.

Si la angustia se vuelve más perturbadora puede expresarse en forma de síntomas tales como: depresión, insomnio, irritabilidad, actividad incesante, indecisión paralizante, trastornos psicósomáticos, explosiones de agresividad, ataques de llanto y sentimientos de incompetencia e inferioridad.(4)

3.6 Nuestra actitud hacia la muerte (Freud-1916)

En este artículo Freud señala que los hombres hemos manifestado la inequívoca tendencia a hacer a un lado la muerte, a eliminarla de la vida. Hemos intentado matarla con el silencio. La muerte real no se puede concebir, tan pronto intentamos hacerlo, podemos notar que en verdad sobrevivimos como observadores. Así pudo aventurarse en la escuela anímica esta tesis. En el fondo nadie cree en su propia muerte, o lo que viene a ser lo mismo, cada uno de nosotros estamos convencidos de su inmortalidad.

En cuanto a la muerte del otro, el adulto evitará hablar de esto si el sentenciado puede oírlo, el sólo pensarlo lo hace sentirse mal, a menos que por su profesión, (medico, abogado), tenga que ocuparse de ello. Todavía menos se permitirá pensar en la muerte del otro, si esta se asocia a una ganancia ya sea de libertad, de propiedad o de posición social.

Cuando los casos de muerte ocurren nos conmueven en lo profundo y es como si nos sacudieran en nuestras expectativas. Por lo general destacamos la causa contingente de la muerte, de necesidad a contingencia. Una acumulación de muertes nos parece algo terrible en extremo. Frente al muerto mismo man-

tenemos una conducta particular casi de admiración, como si hubiera llevado a cabo algo muy difícil.

Suspendemos toda crítica hacia él, le disculpamos cualquier desagrado, justificamos que en el discurso funébreo o epitafio se le honre con lo más favorable. Ponemos el respeto por el muerto. Que a este ya no le sirve de nada por encima de la verdad. Y la mayoría de nosotros la volará más, incluso que al respecto por los vivos.

Pero cuando fallece un familiar (padre, hijo, esposo, hermano, amigo), esta actitud convencional desaparece, sepultamos con él nuestra esperanza nuestras demandas nuestros goces, no nos negamos a sustituir al que perdimos. Esta actitud hacia la muerte tiene un fuerte efecto, nuestra vida se empobrece, pierde interés. Cuando la máxima apuesta en el juego de la vida, que es la vida misma, no puede arriesgarse, se vuelve insípida e insustancial.

¿Cómo se comporta nuestro inconsciente frente a la muerte? Igual que el hombre de la prehistoria, es decir inimaginable e irreal, como lo es hoy para cada uno de nosotros. Quizá el heroísmo sea consecuencia de esta negación.

La angustia de muerte que nos domina más a menudo de lo que pensamos, es algo secundario y la mayoría de las veces se origina en relación al sentimiento de culpa y a la pérdida del objeto de amor.

Nuestro inconsciente no ejecuta el asesinato meramente lo piensa y lo desea este sentimiento está gravado de consecuencias todos los días, pues a cada momento puede surgir nuestro deseo ante quienes nos perjudican; podemos decir que se vayan al diablo, pero en nuestro inconsciente deseamos su muerte.

Ante este conflicto de ambivalencia, no surgen como en aquellos tiempos, la doctrina del alma y la ética, sino la neurosis.

La pregunta final que plantea Freud es la siguiente: ¿No sería mejor dejar a la muerte en la realidad y en nuestros pensamientos, el lugar que por derecho le corresponde y sacarla a relucir un poco más nuestra actitud inconsciente hacia ella que hasta el presente hemos sofocado con tanto cuidado? podría verse en unos aspectos como una regresión, pero tiene la ventaja de dejar más espacio a la veracidad y hacer que de nuevo la vida resulta más soportable. (9)

YO añadiría: "SI QUIERES VIVIR LA VIDA, REFLEXIONA SOBRE LA MUERTE".

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Sullivan H. S.
La entrevista Psiquiátrica
Editorial Psique - 1982.
- 2.- Reichmann
Principios de Psicoterapia Intensiva.
- 3.- Laplanche, J. Pontalis V. B.
Diccionario de Psicoanálisis - Labor -
Segunda Edición Revisada 1968.
- 4.- Kolb C. Lowrence
Psiquiatría Clínica Moderna.
La Prensa Médica Mexicana S.A. -1983
- 5.- Devereux George
De la Ansiedad al Método en las Ciencias del Comportamiento
Siglo XXI. Editores S.A. de C.V.
3ª Edición 1985.
- 6.- Freud S.
Psicología de las masas
Obras Completas Tomo 18 - 1920 - 1922.
- 7.- Freud S.
El Malestar de la Cultura.
Obras Completas Amorrortu Editores.
Tomo 21 - 1927 - 1931.
- 8.- Freud S.
Inhibición Síntoma y Angustia.
Obras Completas Tomo 20 (1925 - 1926)
- 9.- Freud S. Nuestra Actitud hacia la Muerte.
Obras Completas . Tomo 14 (1914 - 1916) Amorrortu Editores.

CAPITULO IV

IV.- METODOLOGIA

4.1 PLANTEAMIENTO DE L PROBLEMA.

Que tan efectiva es la técnica de "La Entrevista Psiquiátrica", planteada por H. S. Sullivan, para favorecer una buena comunicación, a través de la cual se proporcione una información, adecuada a las necesidades concretas de la persona, dándose como consecuencia la disminución o eliminación de la ansiedad de la persona que llama al Centro Nacional de Información-CONASIDA.

4.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

- 1) Si partimos de la base de que el Centro Nacional de Información CONASIDA, es, como ya señalamos un centro piloto - cuya finalidad principal es la de proporcionar información sobre cualquier aspecto relacionado con el virus de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y que además, en esos momentos era el único Centro (ahora existe otro) para cubrir las necesidades de toda la población de la República Mexicana; podría entonces señalar como primer objetivo el darle la importancia y la atención que éste servicio merece.
- 2) Si por otra parte nos detenemos a pensar que el VIH virus de la inmunodeficiencia humana está relacionado directamente con la sexualidad, que la práctica de más alto riesgo es la anal, que el 85% de la población mexicana contagiada por este virus, es por contacto sexual.

El problema toma una doble dimensión, por un lado tenemos el contagio del SIDA, por el otro el manejo de la sexualidad, núcleo de toda neurosis, a partir de Freud. Presentando entonces, la población directa o indirectamente afectada, estados de angustia, (presencia de un conflicto pulsional). Siendo nuestro segundo objetivo encontrar la técnica que permitiera la apertura al conflicto y la disminución de la angustia, la información sobre SIDA y los conflictos psicológicos originados por la misma.

- 3) El objetivo es señalar la presencia del sentimiento de culpa como consecuencia de la incorporación de la ley y la presencia del sentimiento de ambivalencia.
- 4) Por otra parte descubrimos que la angustia no únicamente la presenta el entrevistado, sino que también alcanza al entrevistador, por lo que el cuarto objetivo es enfatizar la importancia de la contratransferencia, o distorsiones paratácticas.
- 5) El quinto y último objetivo es dejar asentados los lineamientos, producto de la experiencia adquirida, durante los 6 meses de trabajo al frente de este servicio.

4.3 HIPOTESIS

- 1.- El hecho de ser un servicio que cubre las demandas de toda la República, es necesario se le otorgue la importancia y atención que merece.
- 2.- Al tratarse de una enfermedad que está directamente relacionada al manejo de la sexualidad, con repercusiones psicológicas; era entonces imprescindible utilizar una -

técnica psicoterapéutica por ello la implantación de la "Técnica de la Entrevista Psiquiátrica".

- 3.- Como el manejo de la sexualidad esta directamente relacionada con la incorporación de la ley, la presencia de la ambivalencia y la culpa consecuente, es por lo tanto necesario conocer su dinámica para el manejo adecuado de la misma.
- 4.- Si diferentes niveles de angustia aparecieran en el entrevistador, es necesario revisar los aspectos contratransferenciales o distorsiones que lo están provocando, que en un momento dado bloquean la comunicación.
- 5.- Para poder estar al frente del servicio es necesario contar con la descripción de los lineamientos a seguir para cumplir con el objetivo del Centro Nacional de Información, ser una línea de A.P.T. eficaz.

4.4 VARIABLES.

- V.I.- El sentimiento de seguridad favorecerá la verbalización del problema.
- V.D.- La aplicación de la Técnica de "La Entrevista Psiquiátrica" en el servicio de información por teléfono.
- V.I_T.- La discontinuidad del servicio por descompuesta u otros.

4.5 DEFINICION DE VARIABLES.

V.I.- Variable Independiente.

Si a la persona se el brinda seguridad, ésta podrá más

libremente comunicar su problema, a la vez habrá una -
disminución de angustia y captación adecuada de infor-
mación.

V.D.- Variable Dependiente.

El uso de la técnica de "La Entrevista Psiquiátrica" -
de Harry Stack Sullivan, siguiendo su Técnica, permite,
que se cumpla la variable independiente.

V.I_T.- Variable Intercurrente.

El servicio puede interrumpirse por descomposturas, -
fallas en el sistema o suspensión.

4.6 CARACTERISTICAS DEL ESTUDIO.

El presente trabajo es un estudio de encuesta que presenta -
las siguientes características:

- Observacional.
- Prospectivo.
- Transversal.
- Descriptivo.

4.7 MUESTRA

El criterio que se siguió para determinar la muestra fue el
siguiente:

Este servicio de información por teléfono, como señalé ante-
riormente cubre 2 turnos, seleccionándose 4 hrs., del turno
matutino que es el de mayor demanda; es decir de las 10 a.m.
a las 2 p.m., o sea una tercera parte de la muestra total.

El universo, motivo de este estudio corresponde a toda la po

blación de la República Mexicana.

4.8 INSTRUMENTO DE MEDICION.

Al ser un estudio prospectivo, se diseñó una hoja de captación de datos registrándose la fecha, el sexo y el contenido de la llamada. Se utilizó la escala de medición nominal, para determinar las necesidades a través del tipo de llamada.

La técnica utilizada fue la de entrevista no dirigida.

4.9 PROCEDIMIENTO.

El desarrollo de este trabajo consta de tres etapas.

La primera que va de abril 18 a mayo 18 fue preparación en todos los aspectos, ponerme al día sobre todo lo relacionado con el virus de Inmunodeficiencia adquirida SIDA. A través de la información solicitada iba yo esclareciendo mis propias dudas y adquiriendo más conocimiento y seguridad en su manejo. Fue así como a partir de éste momento enfoqué mi atención en la comunicación, descubriendo poco a poco todas las posibilidades de éste servicio.

El primer factor que detecté en relación a su manejo, fue que si el servicio estaba para proporcionar información a quien la solicitaba, deberían de eliminarse todo tipo de preguntas sobre todo solicitar el nombre, que consideré innecesario para nuestros fines y sí un impedimento muy fuerte para la comunicación; por estar relacionada la enfermedad con el manejo de la sexualidad.

Lo importante era, encontrar la técnica que favoreciera la verbalización del problema, para luego enfocar su contenido (culpa, angustia, conflicto).

Recordemos que el registro era hasta ese momento, anotando nombre, fecha, edad, sexo y motivo de la llamada.

Durante este tiempo fui detectando los diferentes factores - bloqueadores o favorecedores de una buena comunicación, algunas veces producto de mi propia contratransferencia, otras - relacionando la llamada (la comunicación) con una entrevista psicoterapéutica, encontrando que el manejo es el mismo, claro está que en este caso, el factor determinante es el tono; para concluir con la realización del presente estudio:

La tercera etapa, de septiembre 18 a octubre 31. Ingreso de un voluntario y una psicóloga al servicio telefónico; personas que se harían cargo del servicio a partir de esta fecha.

Durante este tiempo se orientó y supervisó el entranamiento.

La entrevista a la que hago referencia a continuación no es una traducción fidedigna de los hechos ya que no fue transcrita inmediatamente. Su contenido sí lo es.

A continuación se desglosa una "llamada tipo" para ilustrar el manejo que se llevó a cabo por ser representativa de un conflicto que con mayor frecuencia se presentó.

Durante el desarrollo de la misma iré haciendo referencia a - la técnica de la Entrevista, quedando entre paréntesis.

En relación al diálogo, marcaré con una "C" al referirme al entrevistador y con una "E" al hablar el entrevistado.

Al contestar una llamada -

- C - Centro Nacional de Información sobre SIDA, buenos días.-
(Tener presente que la comunicación empieza desde el saludo, es importante el tono que se utilice, que invite a la persona a entrar en contacto, eliminar la presencia de ansiedad).
- E - ¿No podría decir cuáles son los síntomas del SIDA?
(Se le regresa con una pregunta directa, centrarlo en su problema).
- C - ¿Tiene usted algún síntoma?
(Obtención de datos) (transición suave)
- E - NO me he sentido muy bien, he bajado de peso, duermo mal,
(Presencia de angustia, buscar el motivo, y darle seguridad)
- C - Siento como si estuviera usted preocupado por algo, ¿a qué cree que se deban estos síntomas?
- E - Bueno, lo que pasa es que yo soy casado, tengo 32 años y tuve una relación con una prostituta, estoy muy preocupado ya no quiero tener relaciones con mi esposa, por temor a contagiarla... pausa
como aquí (se refiere al lugar de residencia) no puedo acudir a nadie pues todo el mundo se conoce, ud. sabe... la gente en provincia como es...
(Angustia interna, sentimiento de culpa, darle seguridad confrontar el conflicto) (Transición abrupta).
- C - ¿Usted se siente muy mal de haber tenido esta relación?
- E - Sí, la situación fue que me fui con unos amigos de parranda, ud. sabe... además estoy recién casado....
(Angustia ante la culpa)

ESTA YESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

C - El haberse tomado esta libertad lo hace sentirse culpable?

E - Si, es verdad, me siento muy culpable...

(Se dió el insight. Ahora es el momento de darle la información que requiere y dependiendo del tono, de la seguridad con la que se maneje, se logrará bajar la angustia. Una vez que se le dieran todas las explicaciones y se le señala que no hay riesgo él responde).

E - Entonces ¿ud., cree que no tengo nada?
(Super - yo severo) (Transición abrupta)

C - Yo lo que creo es que los síntomas que presenta, se deben a la culpa que no lo deja en paz. Tal vez le ayudaría hablar con un psicólogo a este respecto, y si siente dudas, a pesar de la información que le di sería conveniente que se hiciera la prueba, tal vez así se sienta tranquilo.

E - Creo que acudiré a un psicólogo pues me siento muy mal, le agradezco mucho su información, fue usted muy amable muchas gracias.
(El conflicto está ahí, pero ya no nos compete, se marcó y se propuso la vía para su solución. Nos resta dejarle abierta la posibilidad de brindarle nuestro apoyo).

C - Estamos para servirle, puede usted llamar en el momento que lo requiera.

E - Muchas gracias, hasta luego.

Este paciente efectivamente volvió a llamar unas semanas después, se hizo la prueba y decidió entrar a terapia.

Podemos dominar la entrevista de comunicación mejorada, se le brindaron las operaciones de seguridad que permitieron la libertad de expresión, y el problema manifiesto con el conflicto latente.

La demanda fue cumplida.

4.10 JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

Como consecuencia de la pandemia por el VIH virus de la Inmunodeficiencia Humana, se acordó en el 1er. Congreso en Estocolmo (1985), que todos los países tuvieran un Centro de Información y desarrollara sus propios programas de prevención, sugerencia manifestada por Dr. Jonnathan Mann, Director de la Organización Mundial de la Salud, quién brindó la ayuda, tanto técnica como financiera para su creación. Fue así como se crea en 1986 el Comité Nacional para Investigación y Control del SIDA, posteriormente se abre el Centro Nacional de Información -CONASIDA-, se aumentan las campañas de información masiva, televisión, radio, periódicos, revistas, etc. además se duplican los casos cada 7 meses. Con toda esta información, la población empieza a hacer conciencia del problema, incrementándose el número de llamadas, y presencia de angustia.

Lo que personalmente me llevó a realizar este estudio, podría decir que intervinieron varios factores: conforme me fui instruyendo sobre los aspectos de la enfermedad y su relación directa con problemas psicológicos, con aspectos de vida-muerte, con la respuesta social-ideológica, y sobre todo su relación con la sexualidad y su manejo; observaciones que fui registrando a través de las primeras llamadas telefónicas de los artículos en los periódicos y de comentarios directos de las personas, que me llevó a reflexionar más profun-

damente sobre todos estos factores, que de alguna manera estaban presentes y afectaban, bloqueaban la comunicación, tanto del entrevistador como del entrevistado (persona que llama) al dejarse aun lado estos aspectos el servicio no estaba cumpliendo su cometido.

Movida por esta necesidad de cambio, es decir de tomar la enfermedad en forma global que se modificó tanto el registro - de las llamadas como la forma de abordar las mismas:

Tomando en cuenta la presencia de ansiedad en cada caso particular, el entrevistador respondía asumiendo una actitud - de respeto hacia la persona, reasegurándola en su autoestima. De esta manera la persona respondía libremente relatando su problema o sea el motivo real de su llamada. Los cambios - observados fueron inmediatos.

El poder aliviar, aunque fuera en forma mínima los niveles - de ansiedad presentados, con todo lo que esto implica y poder dejar asentados los lineamientos a seguir y los logros - obtenidos, siento que justifica la realización de este estudio.

Por otra parte vislumbré la posibilidad de rescatar los derechos humanos que aunque sé de antemano de la imposibilidad - de ello, me siento en la obligación conmigo misma de poner - mi granito de arena, de luchar dentro de las limitaciones - reales, por una salud mental. Quisiera dejar asentado la importancia que tiene la estructura social en relación con la salud mental. El no reconocer y aceptar la presencia del deseo en todo ser humano y vivir a partir de éste, nos lleva a frases como: "hay que comprender y ayudar al pecador pero no al pecado", conceptos que nos han conducido aparte de la neurosis como señala Freud, a una profunda confusión de lo que somos como seres humanos.

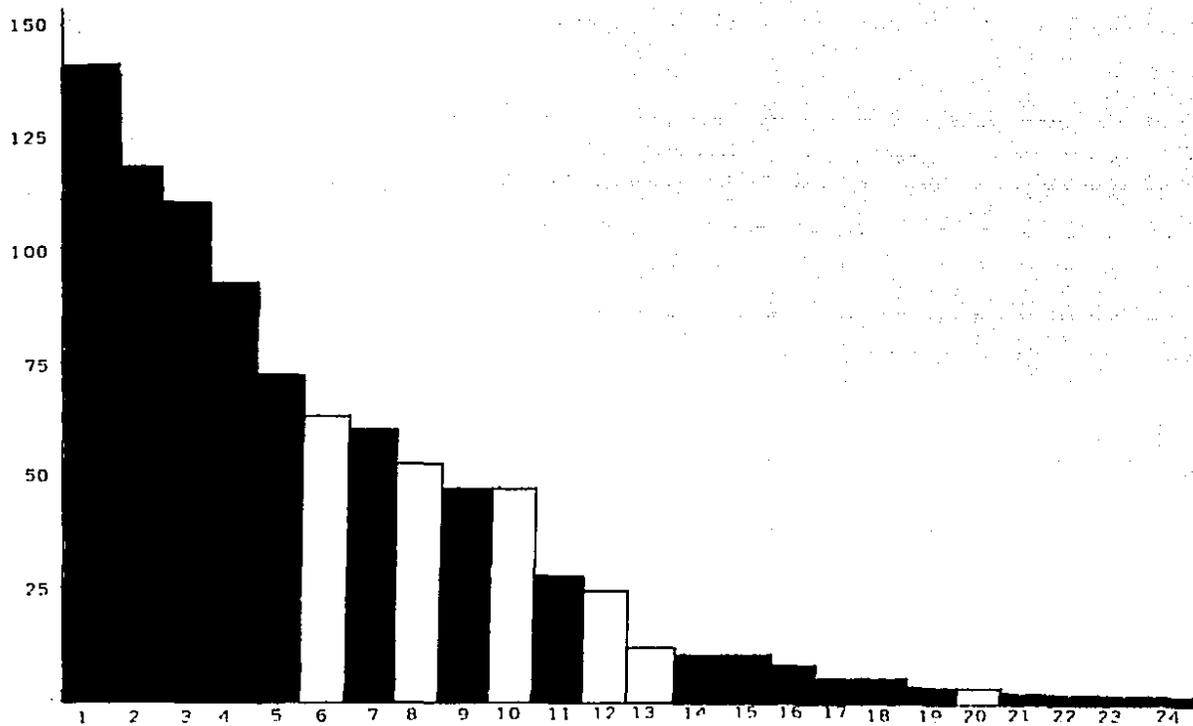
C A P I T U L O V

5.1 RESULTADOS.

El desarrollo de éste trabajo se dividió en tres etapas:

<u>ETAPA</u>	<u>TIEMPO</u>	<u>CONCEPTO</u>
1	Abril 18 a mayo 18	Obtención de información sobre el SIDA - Familiarización con el tipo de llamadas. Los obstáculos a vencer.
2	Mayo 18 a septiembre 20	- Uso de la técnica de la - entrevista, cambio en el registro.
3	Septiembre 20 a octubre 20	Entrenamiento a un voluntario y una psicóloga en el manejo del servicio telefónico.

Al finalizar la segunda etapa se realizó el procesamiento de los datos, quedando distribuidos en 25 rubros, como aparece en el siguiente histograma.



TIPO DE LLAMADAS

	<u>CANTIDAD</u>
1) Viene al Centro	141
2) Resultados	118
3) Información media	110
4) Forma de transmisión	92
5) Información general	71
6) Relación con Prostitutas	62
7) Trabajos escolares	59
8) Relaciones homosexuales	51
9) Foráneas	46
10) Múltiples parejas	46
11) Uson del condón	26
12) Relación bisexuales	23
13) Relación anal con la pareja heterosexual provoca el virus	10
14) Prevención	9
15) Contagio con el Odontólogo	9
16) Bromas	6
17) Contagio por manicure	4
18) Contagio en la alberca	4
19) Por acupuntura	2
20) Relación con extranjeros	2
21) Relación oral con seropositivo	1
22) El perro es medio de contagio	1
23) Peligro al atender un seropositivo	1
24) Que hacer con un niño huérfano de padres seropositivos	1
T O T A L	895

Del total de llamadas 1143, 763 corresponde a hombres y 380 a mujeres, 254 del total corresponden a llamadas internas, - mismas que quedaron excluidas en el histograma. En este mo-

mento todavía no se hacía la distribución de las líneas.

El servicio sufrió una baja importante en las mismas por descomposturas, desde agosto 4 a septiembre 8; arrojando un promedio de 20 llamadas diarias.

Los tipos de llamadas que presentaron diferentes niveles de ansiedad fueron:

- Relación con prostitutas	61
- Relación con varias parejas	46
- Relaciones homosexuales	51
- Relaciones bisexuales	23
- Relación anal con la pareja heterosexual provoca el virus	10
- Relaciones con extranjeros	2
	<hr/>

T O T A L: 193

De acuerdo a los resultados podemos hacer las siguientes observaciones:

- a) Que las llamadas de casos personales con presencia de ansiedad fueron las que arrojaron el más alto índice. (193)
- b) Comparadas con el número de llamadas personales realizadas en la primera evaluación (80 de 3525) contra (193 de 1143) si tomamos en cuenta que en el primer caso, estos corresponden a los 3 turnos, el resultado producto de este estudio representa un número que es mayor.
- c) Que excluyendo las llamadas internas este grupo corresponde al de mayor número de llamadas en comparación con los demás rubros que van de 141 a 1 llamada.

- d) Que cada rubro de los 6 incluidos en este grupo esta relacionado con el manejo de la sexualidad.
- e) Que exista una relación directa entre el SIDA y conflictos intrapsíquicos.
- f) Que la presencia de ansiedad (angustia) es una manifestación de peligro.
- g) Esta manifestación de peligro corresponde al miedo de la perdida del cariño de personas significativas para la persona o miedo a ser castigado.
- h) Que hay presencia de culpa como consecuencia del super-yo - introyectado que vigila nuestros actos.
- i) Así también como producto del super-yo social que reprime y castiga
- j) Culpa que se remonta al complejo de Edipo, el impulso libidinal es coartado en su fin.
Ante cada situación semejante de transgresión de la Ley, la angustia manifiesta, la impotencia y el dolor vividos en este primer momento.
- k) La angustia puede conducirnos al autocastigo.
- l) Que la cultura sigue limitando la elección de objeto, - aceptando unicamente la relación heterosexual como instrumento de reproducción humana, sin admitir la sexualidad - como fuente de placer.

Por lo que es necesario reconsiderar estos factores al estar al frente del servicio de apoyo psicológico.

Entendiendo que todos somos parte de la misma cultura y por lo mismo expuestos a observar las mismas respuestas (de angustia); razón por la cual es imprescindible que las personas que elaboran en este servicio esten en análisis.

Por lo tanto, al hacer uso de la técnica de la entrevista, es indispensable propiciar un ambiente de seguridad en el entrevistado, que el tono que utilicemos al contestar será el vehículo que favorecerá la apertura a una buena comunicación.

Reitero, es indispensable el manejo de la entrevista psiquiátrica por las razones obvias desarrolladas en el presente estudio.

Ahora bien, al no existir otro estudio y por lo mismo bibliografía al respecto, este presenta sus limitaciones, la primera el requerirse de una encuesta a la población para confirmar si realmente la información y su manejo han cumplido su cometido.

Por lo tanto este trabajo se apoya por una parte en la teoría aquí expuesta, por otra en los estudios realizados por diferentes grupos, quienes como ya mencionamos, consideran el servicio de apoyo psicológico por teléfono, de gran utilidad.

Concluyendo, este estudio queda como la fase inicial para posteriores investigaciones.

Quiero además dejar acentados algunos puntos que nos permiten entonces considerar este servicio como el vehículo de mayor importancia, como fuente de información y primer contacto con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Los puntos a que me refiero son los siguientes:

- Al ser anónimo - favorece la apertura a ciertos temas.
- Accesible a cualquier hora del día.
- Se puede acudir al mismo, cuantas veces se requiera, sin sentirse intimidado.
- Favorece la atención personal e inmediata a un gran número de personas, que será imposible cubrir bajo otros medios.
- Accesible al ser manejado desde la casa o el trabajo.
- Medio de soporte social.
- Apoyo psicoterapéutico.
- Aclarar dudas y contradicciones manejadas en los medios masivos de comunicación.
- Proporcionar información veraz sobre la enfermedad.

5.2 LINEAMIENTOS A SEGUIR:

Perfil de la persona al frente de este servicio.

a) Habilidades

- Con sensibilidad
- Capacidad empática
- Intuitiva

b) Actitudes

- De respeto
- Responsable
- Creativa
- manejo de relaciones interpersonales adecuado.

c) Conocimientos

- Del área de Psicología
- Llevar el curso de capacitación
- Ponerse al día en la información sobre el SIDA

- Recibir una instrucción teórico-práctica de un mes de duración, aplicando la técnica de la entrevista psiquiátrica. Y supervisada por la persona al frente del servicio.

Durante este tiempo podrá aclarar sus dudas, corregida, en dado caso, en la aplicación de la técnica. Es importante llevar a cabo esta práctica supervisada ya que el conocimiento teórico es insuficiente.

Características que tiene que tener presente el entrevistador tanto de sí mismo como del entrevistado.

- a) - De parte del que llama
 - Que presenta ansiedad
 - Que le cuesta trabajo hablar de ciertos tópicos
 - La importancia vocal, el tono más que las palabras
 - La agresividad pueden ser reacciones por angustia
 - El bloqueo momentáneo puede deberse a una angustia extrema.
 - Expectativas de rechazo
 - Busca un respeto a su persona
 - Su relación transferencial tendrá como contenido un fragmento de la vida sexual infantil, o sea del complejo de Edipo.
 - La presencia de la angustia es derivada de un conflicto
 - La angustia extrema puede presentar los siguientes síntomas: sudoración, insomnio, irritabilidad, depresión.
 - Está haciendo una demanda
 - Espera recibir algo que le sea útil
- b) Aspectos del entrevistador.

- Conocimiento y manejo de la técnica de la entrevista.
- Tener conocimiento de los puntos señalados, inciso (a) para su manejo adecuado.
- Estar alerta a sus estados de angustia y revisar de don de proceden.
- Manejar la propia angustia dará seguridad al entrevistado
- Evitar todo comentario carente de sentido
- No embarcarse en discusiones referentes a que sí se esta bien o esta mal
- Tiene derecho a que se le suministren los datos pertinente y significativos, nada más.
- Lograr una empatía con el entrevistado
- Bajar los niveles de ansiedad o angustia
- manejo hábil de las transiciones
- Estar alerta a sus respuestas contratransferenciales
- Ser consciente de sus necesidades, prejuicios y valores
- El hombre no cree en su muerte, se vive inmortal
- El hombre ambivalente, fluctuan la diada amor-odio
- Manejar información actualizada
- Poder decir no lo sé, no soy médico o voy a consultarlo o llámeme en unos minutos y le doy la respuesta
- Asumir una responsabilidad de lo que se hace, al mismo tiempo aceptando que no se conoce todo.

CONCLUSIONES

El servicio de Información por teléfono, en el Centro de Información-CONASIDA, iniciado en abril de 1987, logró su cometido al integrarse el uso de la técnica de la entrevista no dirigida, como herramienta indispensable para cubrir los aspectos psicológicos involucrados en relación al SIDA, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Siendo a partir de abril de 1988 que se integra el servicio de Apoyo Psicológico e Informático por teléfono, quedando así cubiertas las necesidades emergentes presentadas por la población en general y logrando cumplir con su objetivo principal, ser un servicio de información eficaz.

Los motivos que indujeron a este cambio fueron; por una parte ante la responsabilidad que representa estar frente a un servicio de orientación e información abierto al público en general a nivel nacional, nos llevó a conocer todos los aspectos relacionados con el mismo, tales como:

- El 90% de las personas contagiadas por el virus VIH en México, fueron consecuencia de relaciones sexuales.
- En la observación cotidiana encontramos la presencia de angustia, no manifiesta, sino inferida por el tono. Situación que generalmente se relacionaba con problemas sexuales.
- De acuerdo a la teoría psicoanalítica la angustia es una señal de alerta, ante un conflicto afectivo.
- Todo conflicto está relacionado con el Edipo, el surgimiento del daseco, la culpa y el super-yo o conciencia moral.
- Ante la presencia del tabu sexual la comunicación se bloqueaba es decir, que existía una dificultad para hablar de este tema, peor aún de aceptar alguna preferencia sexual, cuando éstas -

han sido calificadas contra-natura por siglos, tenga o no veracidad este juicio.

- La presencia de angustia trae consigo sentimientos de culpa y temor a la pérdida del amor del objeto amoroso.
- El comprender la importancia y consecuencias de la incorporación de la Ley, quedaba entendida la respuesta culpígena ante "cualquier tipo de relación sexual", ya que el goce nos está vedado, así como la elección de objeto.

Esta información nos permitió presuponer y entender la presencia de angustia en las personas que se encontraban ante la posibilidad de estar infectadas y que recurren a nosotros solicitando información.

Otro aspecto desarrollado en el marco teórico de este estudio y de gran importancia, por su presencia constante, son los alcances destructivos, que como consecuencia de la culpa desarrollamos los seres humanos, pudiendo aquí inferir que la adquisición del virus, vía sexual, sea una forma de expiación de la culpa de ser homosexual.

Así mismo, hicimos hincapié en la ansiedad del entrevistador, se amplió el concepto de contratransferencia, para no dejar lugar a dudas, de la necesidad emergente de que sea consciente de su propia angustia y de sus orígenes, ya que como señala Sullivan uno de los aspectos que bloquean toda comunicación interpersonal son los estados de ansiedad o angustia, en el entrevistado es normal y hasta conveniente, en el entrevistador también se presentan pero debe estar consciente de ello para saberlos manejar. Es conveniente, por lo tanto estar en análisis para estar en posibilidad de entender y ayudar objetivamente al otro.

Así como pudimos observar respuestas psicológicas en forma individual, las mismas las observamos a nivel social, como pudimos observar a través de los diferentes artículos reproducidos en la primera parte de este estudio.

Situación que nos coloca a la gran mayoría de nosotros dentro de un pensamiento retrogrado, conservador y lleno de prejuicios y - que es de esperarse, ya que como diría Freud, la cultura sigue un desarrollo libidinal semejante al del individuo.

A continuación transcribo un párrafo de "El malestar de la Cultura", de Sigmund Freud, que nos aclara este concepto.:

"Mientras las fuerzas sociales de cohesión, descansen primordialmente en identificaciones mutuas entre los individuos de un grupo, estaremos hablando de una miseria psicológica masiva", de una dependencia sin límites, de una carencia de libertad, de sentimientos de culpa, cada vez mayores y para finalizar de una autodestrucción generalizada.

Más adelante continúa... es mi propósito destacar que el sentimiento de culpabilidad es el problema más importante en la evolución cultural, el precio pagado por el progreso de la cultura en la pérdida de la felicidad por aumento del sentimiento de culpabilidad.

Al explicarles a los pacientes la existencia de este sentimiento inconsciente, se expresa por una necesidad inconsciente de castigo o que solo alcanza a sentirlo como torturante malestar, como una especie de angustia.

Nuestra sugerencia, a partir de lo arriba señalado es que mientras no aceptemos nuestra condición humana Epídica, con la presencia de deseos incestuosos inconscientes, y aprendamos a vivir a par-

tir de la culpa que este deseo nos origina, no podremos atender adecuadamente las necesidades de este servicio ni comprender el significado de angustia de las personas que nos solicitan información y ayuda.

Por lo tanto y de acuerdo a lo anteriormente expuesto, es decir fundamentados en la teoría psicoanalítica, y apoyados en las investigaciones realizadas en el servicio de Hot-Line de otros países aunque no directamente relacionados con el SIDA, pero sí, en cuanto apoyo psicológico se refiere, y por la experiencia de los dos países aquí señalados, Inglaterra y E.U.A., que sí manejan este servicio. Y por último, por la observación desarrollo y resultados del presente estudio, nos encontramos en posibilidad de afirmar que es necesaria e indispensable para el buen funcionamiento del servicio de información telefónica, en los Centros de Información sobre SIDA, la incorporación de la técnica de la entrevista Psiquiátrica de H.S. Sullivan.

Así mismo, asentamos que nuestra hipótesis queda confirmada, que la variable independiente, -el sentimiento de seguridad favorecerá la verbalización del problema-, se cumplió, quedando cubiertos los cinco objetivos señalados para este estudio.