



179

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

20j

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“¿QUIEN LLAMA A TELSIDA?, PERFIL
(CARACTERÍSTICAS PSICO-SOCIALES) DE LAS
PERSONAS QUE LLAMAN A LA LÍNEA DE
INFORMACIÓN SOBRE SIDA”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N:
DULCE MARIA PELAEZ DE LA RIVA
IRMA YOLANDA TOLENTO MACIEL

ASESOR: MAESTRA SOFIA RIVERA ARAGON



MEXICO, D. F.

1995

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.

AGRADECIMIENTOS

A SOFIA RIVERA ARAGON por el tiempo que nos brindó, por sus acertados comentarios y por la motivación que en todo momento nos demostró.

A PATRICIA ANDRADE PALOS por sus invaluable aportaciones para con la presente investigación.

Al HONORABLE JURADO por sus valiosas aportaciones.

A ELVIRA por sus acertadas aportaciones, apoyo y comentarios, gracias por ser nuestra amiga.

A ULISES por darnos siempre todo el ánimo para seguir adelante, así como por sus aportaciones para la realización de esta investigación.

A CONASIDA por el apoyo brindado para poder llevar a cabo esta investigación.

A todos nuestros compañeros VOLUNTARIOS por el ánimo y compañerismo que nos brindaron en todo momento.

A las INSTITUCIONES que nos proporcionaron información sobre sus planes de trabajo.

A BENJAMIN PELAYO por habernos concedido parte de su tiempo compartiendo sus experiencias laborales.

A NANCY RAMOS por su valiosa ayuda.

A JESUS GODINEZ por su valiosa cooperación en la corrección de estilo.

A nuestros supervisores : ELVIRA. JUAN. MAYRA. MABE. BETTY, por el apoyo que siempre nos han brindado en la Línea.

A todo el personal de TelsIDA. por las facilidades otorgadas para realizar este trabajo.

A GONZALO MAULEN por facilitarnos material bibliográfico para realización de la investigación.

A todo el personal de CRIDIS por su valiosa ayuda.

A ENEDINA por su gran ayuda en la búsqueda bibliográfica.

DULCE E IRMA.

DEDICATORIAS

A la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme dado la oportunidad de ser parte de ella.

A mis padres: Francisco Tolento Romero y Flora Maciel Garibay por el apoyo que en todo momento me han brindado, por su ejemplo y enseñanzas a lo largo de toda mi vida.

A mis hermanos por su apoyo incondicional, por motivarme a lograr una de mis metas y por el ejemplo que siempre me han dado.

A mi abuelita María por las muestras de cariño y apoyo que siempre me demostró por que siempre ha sido más que una abuela.

A Dulce mi amiga y compañera de tesis, por que no obstante las diferencias ocurridas durante la investigación supo mantener la armonía logrando con ello la conclusión de esta investigación.

A todos mis amigos y voluntarios de TeLSIDA por que siempre me alentaron a seguir adelante durante la realización de la tesis.

PARA USTEDES

IRMA YOLANDA

DEDICATORIAS

A Dios por haberme permitido lograr una de mis metas.

A mis padres: José Luis y Angelina por haberme apoyado en todo momento y por la educación y enseñanzas que me brindaron a lo largo de toda mi vida.

Al amor de mi vida: Eduardo por que has sido la razón de todas mis aspiraciones.

A mis hermanos: Pepe, Betzy y Cinthy por que en todo momento me han mostrado y dado su apoyo.

A mi amiga de siempre: Irma, por que en todo momento, ante puso nuestra amistad cuando surgieron dificultades durante la realización de nuestro trabajo de tesis.

A mis amigos de hoy y siempre que me han animado para seguir adelante para poder hacer este sueño realidad.

A mis familiares: tíos, primos y a mi abue, por que también me han ayudado siempre para salir adelante en todo lo que me propongo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por que el pertenecer a ella me ha dado una gran satisfacción.

PARA TODOS USTEDES

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dulce', with a long, sweeping flourish extending from the end of the name.

INDICE

INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I EL SIDA COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA	
Antecedentes.....	4
Epidemiologia.....	5
Situación del SIDA en México.....	6
Etiologia.....	8
Mecanismos de transmisión.....	9
CAPITULO II LINEAS DE INFORMACION SOBRE SIDA	
Voz Humana.....	13
Líneas de Información sobre SIDA Regionales.....	13
Líneas de Información sobre SIDA en otros países.....	14
Otras Líneas de Información.....	16
TelSIDA como un Organismo Gubernamental.....	20
Comunicación Social.....	23
Psicología de la Comunicación.....	24
CAPITULO III ASPECTOS PSICOSOCIALES	
Percepción de Riesgo.....	32
Decisión de Realizarse la Prueba.....	32
Impacto ante la Notificación de un Resultado Positivo.....	33
Impacto en la Familia.....	36
Impacto Social del SIDA.....	39
Campañas de Información.....	39
Historia de las Campañas del CONASIDA.....	42

CAPITULO IV COMO FUNCIONA TELSIDA

Estructura de TelsIDA.....	53
Escucha Activa.....	54
Sistema de Cómputo.....	55
Postulados.....	56
Investigaciones en Líneas de Información sobre SIDA.....	59
Investigaciones en TelsIDA.....	63

CAPITULO V METODOLOGIA

Planteamiento del Problema.....	66
Variables.....	66
Definición Conceptual de Variables.....	66
Definición Operacional.....	67
Muestreo.....	67
Muestra.....	67
Tipo de Investigación.....	68
Diseño.....	68
Escenario.....	68
Instrumento.....	69
Procedimiento.....	70
Análisis Estadístico.....	71

CAPITULO VI RESULTADOS

Análisis Descriptivo.....	72
Análisis Inferencial.....	89

CAPITULO VII DISCUSION Y CONCLUSIONES	93
BIBLIOGRAFIA.....	101
Apendice I.....	107
Apendice II.....	110

INTRODUCCION

La presente investigación tiene como objetivo principal conocer las necesidades de información que manifiesta la población mexicana ante la epidemia del SIDA, así como conocer las características (psico-sociales) de las personas que llaman a TeSIDA a fin de poder elaborar un perfil el cual sirva de base para crear nuevas estrategias y políticas de información para la elaboración de campañas masivas de información.

En los últimos diez años, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha avanzado de manera acelerada en todo el mundo, por ello se han realizado grandes esfuerzos de investigación para encontrar un tratamiento o una vacuna eficaces, se piensa que no se dispondrá de ellos por algunos años más. Lo que se sabe, es que la información y/o la educación son las únicas armas con las que cuenta la humanidad para prevenir esta terrible enfermedad y como lo menciona Bayés (1994) especialmente debido a que se conoce perfectamente que el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se transmite a través de comportamientos específicos de tipo sexual y por vía sanguínea.

En nuestro país el comportamiento de la epidemia del SIDA ha sido amortiguado con una tendencia a la estabilización, reportándose hasta el 1 de diciembre de 1994 un total de 20 796 casos acumulados (INDRE, 1994).

Ante la amenaza que ha representado el SIDA y su crecimiento, se han aplicado diferentes medios y canales para hacer llegar la información a la comunidad. CONASIDA estableció como parte de las funciones de los Centros de Información un servicio con las características necesarias para facilitar el acercamiento de aquellas personas que encuentran difícil el contacto cara a cara. Es así como se crea el programa de la Línea Telefónica de Información (TeSIDA) para dar información y orientación de manera anónima, confidencial y gratuita. Este modelo es tomado por los Centros de Información Estatales.

Asimismo, en otros países y como respuesta ante la creciente pandemia del SIDA, se implementa este servicio de "Hot Line" que significa literalmente "línea caliente", es un concepto que en el idioma inglés implica varios significados: una línea directa, una línea abierta, una línea de emergencia, donde la información obtenida nos ayude a resolver rápidamente un problema.

El servicio de líneas de información de tipo comercial ha tenido gran auge en los últimos años ya que se puede consultar desde horóscopos hasta la cartelera cinematográfica, debido a que estos servicios son rápidos y accesibles a toda la comunidad, en este tipo de servicios la gente no se enfrenta a una atención personal, teniendo la facilidad de obtener información sin necesidad de acudir directamente al lugar deseado, siendo éste un medio indirecto para obtener un servicio.

En la Línea de Información TeLSIDA diariamente se reciben llamadas con diferentes temas, donde los usuarios tienen dudas, que van desde la sospecha de saberse infectado, tomar la decisión de hacerse la prueba y el saberse infectado, hasta las fases avanzada y terminal de la enfermedad, el impacto emocional que esto genera puede traducirse en angustia, miedo, temor, depresión e ideas de suicidio, etc. (Bayés, 1994). Así mismo este impacto emocional involucra y afecta directamente a la familia y amigos los cuales se enfrentan a una situación para la cual no estaban preparados, es por ello que en TeLSIDA se atienden llamadas de familiares que están viviendo esta problemática y buscan apoyo para poder enfrentar al SIDA de la mejor manera.

A nivel social, el SIDA ha ocasionado estigmas causando con ello conductas de rechazo hacia quienes se ven afectados por esta terrible enfermedad, ante esta situación la Línea de Información es un facilitador de información para que las personas aclaren sus dudas sin el temor de ser rechazados y que la gente se entere de su situación. A su vez se pueden observar por parte de diversos grupos que de una u otra manera se han visto afectados, una reacción positiva y solidaria brindando apoyo, información y atención a quienes lo necesitan.

Por medio de las campañas de CONASIDA se ha pretendido informar sobre los mecanismos de transmisión y las formas de prevención del VIH haciendo hincapié en que el riesgo es de todos.

En México surge la Línea de Información sobre SIDA ante el problema que representa esta pandemia. TeLSIDA está integrada por personas de la comunidad que de manera voluntaria donan su tiempo y esfuerzo para desarrollar esta labor. El grupo de voluntarios recibe capacitación y entrenamiento para atender la línea profesionalmente.

TelSIDA cuenta con un moderno banco de datos que brinda a los usuarios la mejor calidad en la atención, rapidez e información confiable. Las llamadas recibidas son muy distintas en su contenido y van desde una simple asesoría para realizar una tarea escolar, conocer que es el SIDA, pasando por consultas sobre sexualidad, hasta llamadas de intervención en crisis de usuarios en estados depresivos que tienen dudas sobre su condición serológica.

Se ha observado que la principal vía de contagio es por transmisión sexual (CONASIDA, 1990), en grupos de jóvenes que van desde los 15 hasta los 45 años, ya que en esta edad, se encuentran en plena etapa reproductiva, teniendo capacidad y necesidad de relaciones sexuales más frecuentes. Ante esta situación es importante realizar campañas que lleguen a estos grupos de la sociedad siendo más efectivas para el control y la prevención del SIDA, haciendo a un lado los obstáculos que con anterioridad han enfrentado las campañas del CONASIDA, siendo la información uno de los medios de prevención de la infección del VIH/SIDA.

En el capítulo uno se revisan aspectos y antecedentes del SIDA, el capítulo dos se tratan líneas de información sobre SIDA, así como otras líneas de información, dentro del tercer capítulo se abordan temas sobre aspectos psicosociales que el SIDA desencadena, la estructura y el funcionamiento de TelSIDA se describen en el capítulo cuatro, la descripción de la metodología que se siguió para esta investigación se da en el capítulo cinco así mismo el análisis de resultados se describe en el capítulo seis y por último el capítulo siete trata sobre la discusión y conclusiones.

CAPITULO I EL SIDA COMO PROBLEMA DE SALUD PUBLICA

ANTECEDENTES

El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad producida por un virus nuevo y mortal llamado VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) capaz de instalarse en las células de defensa y permanecer ahí por años antes de manifestarse.

Los primeros casos de SIDA se ubican en Africa y el Caribe antes de 1970, es hasta finales de esta década y al inicio de 1980 cuando la enfermedad entra en Estados Unidos y Europa Occidental, después llega a América Latina y México, en donde se propaga a un ritmo que ha sido impactante para toda la población (CONASIDA, 1989).

El término SIDA fue empleado por primera vez por el Center For Diseases Control (C.D.C.) de Atlanta, Georgia, en septiembre de 1982, 15 meses después de haberse descubierto los cinco primeros casos de enfermos -todos homosexuales- con un cuadro clínico particularmente interesante.

El artículo aparecido con fecha de 5 de junio de 1981 en el "Mortality and Mobility Weekly Report" (MMWR) señala que:

"...en el periodo octubre de 1980 a mayo de 1981, cinco hombres jóvenes, todos ellos homosexuales fueron estudiados mediante biopsia, confirmando la presencia de *Pneumocystis Carinii* en diferentes hospitales de Los Angeles, Calif. Dos de los pacientes fallecieron..."

Todos los pacientes presentaban un cuadro clínico especialmente grave, semejante al observado en pacientes identificados en fecha posterior.

Las características más sobresalientes eran manifestaciones severas (frecuentemente con insuficiencia respiratoria); fiebre y moniliiasis oral. En otros casos, el cuadro clínico incluía un severo episodio diarreico con fiebre y pérdida de peso; en otras ocasiones diversas infecciones oportunistas o un tipo de neoplasia conocido como sarcoma de Kaposi.

En ese periodo comprendido entre 1980 y 1981, el C.D.C. destacó frecuentemente el hecho de que este cuadro se instalaba "en personas previamente sanas".

Todos los pacientes reportaron alteraciones inmunológicas lo que unido a la génesis hasta entonces desconocida contribuyeron a que surgiera la denominación: Síndrome (conjunto de signos y síntomas que caracterizan un cuadro clínico, con diversa etiología u origen).

Para septiembre de 1982 el C.D.C. reportó en EUA: 593 casos de SIDA, lo que significó que en quince meses la cifra de enfermos se duplicó ocho veces detectándose así un padecimiento hasta entonces no visto en personas sin antecedentes previos de enfermedad, y que evolucionaba a la muerte en corto plazo.

El C.D.C. empezó a hablar de AIDS (SIDA en castellano), (Mireles, 1990).

EPIDEMIOLOGIA

Hasta el momento todo tipo de población puede ser afectada: hombres o mujeres; niños o adultos; de diferentes grupos étnicos con ubicación geográfica variable; ocupación diversa y diferente preferencia sexual.

Por lo tanto, no existe ningún grupo especial de personas en relación a las cuales la infección esté limitada, si bien, el riesgo o peligro de padecer la misma difiere, dependiendo de ello las condiciones económico-político-sociales que existan para los diversos grupos de población. (Mireles, 1990).

El Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida menciona que la distribución y la frecuencia de los individuos infectados por VIH y de enfermos de SIDA en una población y un área determinadas, al igual que su evolución en el tiempo, dependen de: 1) el periodo transcurrido desde la introducción del VIH a la población; 2) las condiciones sociales de la población; 3) los hábitos y costumbres sexuales; 4) la drogadicción intravenosa y otros hábitos y costumbres relacionados; 5) la infraestructura sanitaria y educativa existente, así como la capacidad de respuesta de la sociedad ante la epidemia, y 6) la existencia de cofactores que facilitan la transmisión del VIH y el desarrollo del SIDA, como son algunas enfermedades infecciosas.

El riesgo de transmisión en una población depende del número de individuos con prácticas o circunstancias de alto riesgo tales como la sexual, la sanguínea y la perinatal.

La probabilidad de infección en los individuos expuestos a algún factor de riesgo depende de la eficacia de la transmisión: en el caso de la sangre es de cerca de 50%, en la perinatal de 20 a 30%, y en la sexual depende del número de compañeros sexuales, del empleo del condón, de la posibilidad de que exista infección por el VIH en las parejas potenciales y del tipo de práctica sexual (CONASIDA, 1989).

En el manual, "El médico frente al SIDA" se menciona que el análisis de los distintos patrones de transmisión del VIH indican que al principio la transmisión afectaba a los homosexuales con múltiples compañeros sexuales, pero a medida que la epidemia evoluciona la transmisión se da preferentemente en heterosexuales con un número de compañeros sexuales más reducido. La experiencia en algunos países revela que la transmisión por sangre puede ser controlada con medidas energéticas de detección en los donadores. La transmisión perinatal refleja la infección por VIH en las mujeres, quienes la adquieren por vía sexual o sanguínea.

La curva de crecimiento de la infección por VIH en las mujeres y en los niños muestra un aumento más acelerado que el de los hombres y los adultos. El grupo de edad más afectado es el de los jóvenes entre los 25 y 44 años de edad. El principal mecanismo de transmisión en los adultos es el sexual, mientras que en los niños es el sanguíneo.

En todos los países es un padecimiento de predominio urbano, concentrado en las grandes áreas metropolitanas, aun cuando se está extendiendo rápidamente a las áreas semiurbanas y rurales, el foco de transmisión se centra en las grandes ciudades.

SITUACION DEL SIDA EN MEXICO

El Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos publica que el panorama general de la epidemia del SIDA en México ha presentado tres tipos de tendencia, a fines de 1986 el incremento fue lento, de 1987 a 1990 el crecimiento fue de tipo exponencial y a partir de 1991 el crecimiento se ha amortiguado con una tendencia a la estabilización. Sin embargo, el comportamiento de la epidemia es la conjunción de varios tipos de epidemias en donde las diferentes velocidades de crecimiento están determinadas en las diferentes localidades, municipios o entidades por: a) antigüedad de los primeros casos autóctonos de SIDA; b) modos de transmisión preponderantes; c) disponibilidad de susceptibles; y d) adopción de medidas preventivas específicas.

El Registro Nacional de casos de SIDA acumulados hasta el 1 de diciembre de 1994 cuenta con 20,796 casos, con una estimación real al corregir la subnotificación y el retraso de 31,900 casos, los cuales se distribuyen de la siguiente manera (INDRE.1994):

REGION CENTRO

Entidad	No. de casos acumulados
D.F.	6344

REGION CENTRO ORIENTE

México	2728
Puebla	1154
Veracruz	827
Morelos	480
Guanaajuato	294
Tlaxcala	145
Hidalgo	131
Querétaro	109

REGION CENTRO OCCIDENTE

Jalisco	2623
Guerrero	585
Michoacán	551
Sinaloa	265
Nayarit	235
Sn. Luis Potosí	208
Durango	124
Aguascalientes	84
Zacatecas	80
Colima	73

REGION NORTE

B. Calif. Norte	634
Nvo. León	598
Coahuila	341
Tamaulipas	311
Chihuahua	232
Sonora	195
B. Calif. Sur	70

REGION SUR

Yucatán	411
Oaxaca	307
Chiapas	192
Quintana Roo	105
Tabasco	104
Campeche	54

De acuerdo a las tablas anteriores se observa que el mayor número de casos de SIDA se concentra en el Distrito Federal, lo que hace pensar que este fenómeno va en relación directa con la densidad de población, siguen los estados de México y Jalisco. Las entidades federativas con menor número de casos de SIDA son Campeche, Colima y Baja California Sur (INDRE, 1994).

Es importante mencionar que existe un subregistro y retraso en la notificación. La estimación del número real de casos de SIDA en México es superior a los 31,900 al corregir por subnotificación y retraso en la notificación.

ETIOLOGIA

Inicialmente se pensó que el SIDA se debía al efecto de ciertos estimulantes (poppers) utilizados comúnmente por los homosexuales o a la acción de algún factor presente en el esperma. Sin embargo en el otoño de 1983 el Dr. Robert Gallo del Instituto Nacional del Cáncer (INC) en los Estados Unidos, señaló que el SIDA podía deberse a un agente infeccioso viral relacionado con el HTLV descubiertos por él en 1980.

Pensó que esta enfermedad era infecciosa por ser transmitida a través de la sangre, sospechó que era de origen viral por el hecho de que podía transmitirse por filtrados de la sangre (factor VIII empleado en el manejo de individuos hemofílicos) y sugirió que estaba emparentado con los HTLV: los linfocitos T colaboradores o CD4, cuyo número se encontraba notablemente reducido en los pacientes con SIDA. Posteriormente, el grupo de investigadores franceses dirigidos por el Dr. Luc Montagnier del Instituto Pasteur de París demostró que el agente causal del SIDA era efectivamente un virus pero que éste no pertenecía a los oncovirus, como los HTLV, sino a los lentivirus como los VISNA (Stanislawski, 1989).

En 1983 el Dr. Luc Montagnier y su grupo de colaboradores publicaron un informe en el cual señalaron haber identificado un retrovirus en el ganglio de un paciente con un cuadro clínico previo al SIDA, al cual denominaron LAV: sin embargo no pudieron en esos momentos establecer su relación con el agente causal del SIDA (Stanislawski, 1989).

Al año siguiente, en 1984, el Dr. Gallo y sus colaboradores publicaron diversos trabajos en los cuales afirmaron que el virus descubierto por ellos, al que denominaron HTLV-III, era el agente causal del SIDA.

Esto lo lograron debido a que desarrollaron una línea de células que eran capaces de ser infectadas por el virus sin ser destruidas y que permitía la replicación viral durante mucho tiempo. Este hallazgo ha permitido obtener grandes cantidades del virus para su estudio y para la fabricación de la prueba de laboratorio que permite detectar a los individuos infectados por dicho virus (Stanislawski, 1989).

En 1986 el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus, recomendó que al agente causal del SIDA se le denominara Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), señalando con ello la acción del virus y su huésped específico (Stanislawski 1989).

MECANISMOS DE TRANSMISION

El Dr. Sepúlveda en su libro "SIDA, Ciencia y Sociedad en México" explica que el virus del VIH sólo puede transmitirse por contactos directos de fluidos de persona a persona: a) Porque al ponerse en contacto con el medio ambiente se inactiva. b) Porque siempre se encuentran en los fluidos corporales que se intercambian durante el contacto sexual, o al pasar de un individuo a otro, sin ponerse en contacto con el medio ambiente.

Las puertas de entrada del virus son, en orden de frecuencia descendente, las mucosas rectal y vaginal, el torrente circulatorio y transplacentaria, y en mucho menor grado la mucosa oral.

Los mecanismos por medio de los cuales se puede transmitir el VIH son:

- a) Sexual
- b) Sanguíneo
- c) Perinatal
- d) Transplante de tejidos u órganos

• Vía Sexual

Cuando existe intercambio de líquidos corporales, tales como semen, secreciones vaginales y sangre entre una persona infectada y otra sana ya sea en relaciones homosexuales o heterosexuales (Aridjis, 1988).

El Ministerio de Salud de Chile menciona algunas formas de relaciones sexuales que propician la transmisión del virus VIH. Estas son:

- *Penetración anal
- *Penetración vaginal
- *Contacto de la boca con genitales

Quienes tienen relaciones sexuales con muchas personas presentan más posibilidades de contagiarse con el VIH.

Las personas que tienen relaciones sexuales con quienes a su vez han tenido parejas sexuales diferentes, o que han usado drogas intravenosas, también tienen más posibilidades de contagiarse con el VIH. (Ministerio de Salud, 1990).

• Vía sanguínea

El Ministerio de Salud de Chile menciona que el VIH se encuentra en gran cantidad en la sangre de quienes están infectados. Por este motivo, si alguien recibe sangre de una persona infectada tiene muchas posibilidades de contagiarse.

Las personas que utilizan drogas intravenosas y comparten las agujas y jeringas con otros tienen muchas posibilidades de contagiarse con el VIH, por que es muy fácil hallar residuos de sangre en las agujas o en las jeringas que, si no son desinfectadas entre una persona y otra, pueden transmitir el VIH, además de otros virus como por ejemplo, el que provoca la hepatitis B.

Las personas que sufren pinchazos o cortes con otro tipo de instrumentos contaminados con la sangre de una persona infectada pueden contagiarse. Así como el uso de instrumentos contaminados que perforan la piel en medicina, práctica dental, la acupuntura, tatuajes etc. Por esto, los instrumentos deben ser desinfectados con métodos como: la esterilización con auto clave, productos químicos como benzal, hipoclorito de sodio, isodine, etc. entre una persona y otra o ser desechados (Ministerio de Salud, 1990).

Debido al riesgo que implica el recibir una transfusión sanguínea, en México se establece por decreto presidencial, el 27 de mayo de 1987, la Norma técnica para la disposición de la sangre humana y sus componentes con el fin de hacerse las pruebas para detectar sangre contaminada por el VIH antes de ser utilizada (Secretaría de Salud, 1990),.

* Vía Perinatal

Una madre con VIH puede contagiar a su hijo durante el embarazo, parto o, durante la lactancia. (Aridjis, 1990).

- a) Durante el embarazo, por el paso del VIH a través de la placenta.
- b) Durante el parto, por la contaminación con sangre al pasar el bebé por la vagina, debido a que las mucosas de los ojos y la boca quedan expuestas al contacto con la sangre; se sabe que el nacimiento de un bebé por medio de una intervención cesárea no evita la posibilidad de que el bebé se contagie.
- c) Por la leche materna durante el amamantamiento al bebé, aunque suele ser poco frecuente.

* Transplante de tejidos u órganos

El VIH se transmite por transplantes de hígado, corazón, páncreas, hueso y posiblemente en injertos de piel a niños por donadores infectados de VIH. En la mayoría de los casos, los transplantes ocurrieron antes de que el donador fuera positivo al VIH pudiendo ser posible esto alrededor del año 1985.

La posibilidad de que el VIH haya estado en un órgano o en un tejido transplantado de un donador infectado depende del tipo de injerto y sus procesos. La transmisión del VIH por trasplante sólo ha sido reportada por injertos ricos en sangre, tales como órganos sólidos, médula osea y médula de los huesos. Sin embargo, el VIH ha sido aislado en tejidos de córnea; la transmisión por trasplante de córnea no ha sido reportada aun cuando el VIH haya sido transmitido a receptores de otros injertos del mismo donador (Lyle, Peterson, Simonds, y Koistinen, 1993).

Si bien más de 60 000 órganos y 1 millón de tejidos injertados han sido transplantados en Estados Unidos desde 1985, solo cuatro casos de donadores positivos han sido publicados en el mundo entero. La escasez de casos reportados de transmisión del VIH de órganos donados con resultados negativos a las pruebas, indican que la posibilidad de riesgo es muy baja (Secretaría de Salud, 1990).

CAPITULO II LINEAS DE INFORMACION SOBRE SIDA

VOZ HUMANA

Voz Humana es un grupo de la sociedad civil que nace en 1990 como servicio de línea telefónica de información y orientación sobre SIDA. A partir de 1995 deja de funcionar como línea de información, este grupo actualmente ofrece asesoría legal y capacitación a personas y/o grupos en todo lo relacionado con VIH/SIDA, información, orientación y apoyo al público que lo solicite, con especial énfasis en la defensa y promoción de los derechos humanos de quienes viven con el VIH o SIDA. El servicio es gratuito, confidencial y anónimo (Licea, 1993).

Este grupo trabaja con voluntarios que reciben capacitación en forma continua para estar en condiciones de informar, orientar y apoyar eficazmente a la población que solicite sus servicios al teléfono 772-0778 únicamente lunes, miércoles y viernes de 19:00 p.m. a 21:00 p.m.

Voz Humana también ofrece cursos, talleres, pláticas y conferencias acerca de temas como: elementos básicos de la sexualidad humana, comunicación familiar, consecuencias sociales del SIDA, Sexo seguro, SIDA y derechos humanos, salud reproductiva, así como prevención de otras enfermedades de transmisión sexual.

LINEAS DE INFORMACION REGIONALES

En mayo de 1989 el CONASIDA (Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA) en colaboración con la San Francisco AIDS Foundation realizó el primer curso de entrenamiento y capacitación formal para operadores voluntarios en el que participaron 50 personas de las cuales 16 pertenecían a los Comités Estatales para la Prevención y Control del SIDA (COESIDAS). Esto sirvió para poder llevar a cabo este programa de información vía telefónica sobre SIDA, que ya se tenía planeado.

Las líneas de información y orientación sobre SIDA regionales se hacen llamar SIDATel, y actualmente prestan servicio:

*Nayarit

horario de servicio de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs.

*Michoacán
horario de servicio de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs.

*Chihuahua
horario de servicio de lunes a viernes de 8:00 a 14:30 hrs.

*Guanajuato
horario de servicio de lunes a viernes de 8:00 a 21:00 hrs.

*Guadalajara
horario de servicio de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs.
y los sábados de 8:00 a 14:00 hrs.

Los servicios que prestan estas líneas de información son asesoría pre/post prueba, consejería a familiares, atención a personas con VIH/SIDA, información sobre VIH/SIDA, apoyo psicológico, consulta médica, asesoría legal, canalización a hospitales, así como capacitación a voluntarios.

LINEAS DE INFORMACION SOBRE SIDA EN OTROS PAISES

En el manual "TelSIDA Información Básica para Voluntarios", se menciona que en los Estados Unidos las líneas de información (Hot-lines) han sido utilizadas por varias décadas. Tradicionalmente, las líneas de prevención de suicidios han proporcionado un excelente servicio a la población de muchas ciudades norteamericanas, en el que personas en estado de crisis pueden pedir auxilio rápidamente a quienes tienen los medios para ayudarlos. Con el tiempo, han surgido una gran variedad de líneas de información con distintos objetivos, en los que más que resolver una crisis, lo que se desea es obtener información clara y resumida sobre un tema específico.

También en Latinoamérica y otros países Europeos surgen este tipo de líneas, era de esperarse que una vez iniciada la lucha contra el SIDA se pensara automáticamente en el uso del teléfono como un medio para proporcionar información. En 1982, con una diferencia de unas semanas, la San Francisco AIDS Foundation y la organización Gay Men Health Crisis de Nueva York iniciaron hot-lines que se han convertido en los modelos iniciales de este servicio, tanto en otras ciudades de los Estados Unidos como en otros países.

La idea de un servicio de información vía telefónica sobre el SIDA implica crear un estado intermedio entre las líneas que son únicamente de información. Por un lado, el objetivo principal es proporcionar información y referencia a otros servicios. Sin embargo, dadas las implicaciones sociales y psicológicas de esta pandemia, es muy común que se reciban llamadas donde las personas expresan sentimientos de miedo, pérdida, ansiedad y en ocasiones verdaderas crisis emocionales.

SAN FRANCISCO AIDS FOUNDATION

Esta fundación inicia sus actividades en abril de 1982, bajo la iniciativa de líderes comunitarios y médicos como respuesta a la epidemia del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), dando información básica sobre el SIDA e información sobre servicios disponibles a aquellas personas que en ese entonces parecían tener mayor riesgo de contraer el virus: los hombres homosexuales (Carrillo E., Carrillo H., 1989).

Para el otoño del mismo año comienza a operar la línea telefónica siendo atendida por voluntarios, contando ya con reconocimiento nacional por su información exacta y actualizada sobre SIDA (Carrillo E., Carrillo H., 1989).

Actualmente esta línea proporciona el servicio en dos idiomas: inglés y español los 365 días del año, con un horario de 9:00 am. a 21:00 pm. de lunes a viernes. Sábados y domingos de 11:00 am. a 17:00 pm.. En seguida se mencionan las Líneas de Información sobre SIDA en otros países, que al igual que TelSIDA proporcionan información y orientación:

ATLANTA, USA

Es una línea de información que proporciona resultados de las pruebas de detección de anticuerpos contra el VIH vía telefónica, brinda también los servicios de intervención en crisis y asesoría emocional tanto a personas seropositivas como a familiares de los mismos o a quienes soliciten el servicio.

TAILANDIA

El funcionamiento de la línea se caracteriza por transportarse a diferentes escuelas permaneciendo en ellas una semana, a fin de atender las necesidades de los estudiantes en su propio ambiente. La información que proporcionan es orientación sexual, pláticas en escuelas, educación en sexualidad y uso de condón.

AUSTRALIA

Esta línea de información tiene una experiencia de 30 años en servicio con la línea de prevención en suicidios. Proporcionan ayuda para la intervención en crisis y trabaja con voluntarios.

ITALIA

Esta línea proporciona información sobre el SIDA. empezó a operar en 1987, actualmente cuenta con una red de servicio en todo el país.

SAN FRANCISCO USA

La especialidad de esta línea es la de dar asesoría a personal de salud y a personas que cuidan a pacientes o familiares. Trabaja en forma independiente de las autoridades de salud.

SAN FRANCISCO USA

Esta otra línea proporciona información sobre tratamientos a personas infectadas por el VIH/SIDA, ayuda a los pacientes a tomar decisiones sobre sus tratamientos junto con el médico, dan asesoría médica en relación a las enfermedades oportunistas así como asesoría para que los usuarios participen en forma activa en sus tratamientos.

OTRAS LINEAS DE INFORMACION

SAPTEL

Esta línea surgió en 1985 con el nombre de SAPT (Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono), durante los terremotos del 19 y 20 de septiembre del mismo año en México. Debido a la magnitud de este fenómeno la población de esta ciudad manifestó severas crisis emocionales, ya que se enfrentaron a situaciones tales como: pérdida del hogar, de familiares, de trabajo así como de bienes materiales (Cerón, 1989).

Este servicio se estableció en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y estuvo a cargo de alumnos y profesores de la misma facultad.

En su primera etapa el sistema estuvo en servicio del 20 de septiembre al 30 de diciembre de ese mismo año. atendido los primeros quince días por profesores y alumnos, con un horario de 24 hrs.

El Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono reabre sus servicios con el nombre de SAPTEL siendo un programa de la Federación Mundial de la Salud Mental y la Cruz Roja Mexicana, iniciando sus actividades el 12 de octubre de 1992, proporciona asesoría psicológica a todas aquellas personas que sufren alguna crisis de tipo emocional. En aquellos casos en los cuales el trastorno es más serio se canalizan a centros especializados en salud mental. Las llamadas son atendidas por personal voluntario y prestadores de servicio social de la carrera de Psicología, el servicio cuenta con 6 guardias al día distribuidas de la siguiente manera: 5 diurnas de 4 horas cada una y 1 nocturna de 8 horas, los 365 días del año, estas guardias son supervisadas por un coordinador que distribuye las llamadas recibidas y auxilia a los terapeutas en la solución de conflictos (Cerón, 1989).

Los terapeutas reciben un curso de capacitación durante tres meses, así como un seminario de supervisión de casos una vez por semana con un especialista en la materia, que ayuda a separar su situación como terapeuta de la problemática de la persona que llama en crisis.

Para solicitar atención a la línea de Apoyo Psicológico por Teléfono es necesario llamar al conmutador de la Cruz Roja Mexicana al número 395-1111.

LOCATEL

Locatel es un servicio de atención ciudadana el cual ofrece asistencia en: localización de personas y vehículos extraviados, urgencias médicas, consulta sobre servicios públicos, fugas de agua, desechos, baches, etc., las 24 horas del día, este trabajo se realiza en coordinación con más de 550 instituciones públicas y privadas del Distrito Federal.

Esta línea de información surgió en el año de 1978 como una asociación civil, iniciándose con un programa de localización de personas y vehículos extraviados. En 1983, pasa a formar parte del Departamento del Distrito Federal y para el año siguiente se implementa el programa de avisos, fugas de agua, baches, desechos y servicios de urgencias médicas. En 1985 se crea el programa de consulta sobre servicios públicos donde se proporcionan datos como: direcciones, teléfonos, horarios de servicios, etc. cabe mencionar que este programa es el que mayor demanda tiene por parte de los usuarios.

El funcionamiento interno de Locatel. se divide en cuatro áreas:

* Operación: esta área se conforma por 180 operadores, los cuales se dividen en 4 turnos, cubriendo las 24 horas del día, los 365 días del año.

* Seguimiento: se atienden aquellos casos que fueron reportados y cuya localización se llevó a cabo.

* Análisis de Cómputo: se procesan todas las llamadas atendidas durante el día.

* Análisis de Información: en esta área se establece el enlace con otras instituciones, a fin de recopilar los datos de las personas que han sido atendidas en las mismas.

A 15 años de servicio. Locatel continúa atendiendo a más 17 mil personas al día. La solicitud del servicio es a través del número 658-1111, que cuenta con 40 líneas.

TELSANGRE

En 1990, se crea el programa Telsangre para proporcionar información y orientación sobre la donación altruista de sangre y la existencia de productos sanguíneos en el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, a fin de ponerlos a disposición de hospitales particulares que no cuentan con bancos de sangre así como con aquellas instituciones médicas que no tengan en existencia cierto tipo de sangre o productos derivados de la misma (Secretaría de Salud, 1994).

Esta línea de información funciona los 365 días del año, las 24 horas del día, cubiertas por dos turnos: el primero de ellos inicia de 7:00 am. a 22:00 pm., siendo atendido por personal de trabajo social, el segundo turno da servicio de 10:00 pm. a 7:00 am., siendo atendido por quienes laboran en el área del Banco de Sangre, cabe mencionar que se cuenta con apoyo de médicos y químicos para atender aquellas llamadas que requieran de una atención más especializada. Cuenta con dos números telefónicos directos: el 598- 2752 y el 598- 9272 (Secretaría de Salud, 1994).

Anualmente se reciben aproximadamente un total de 3000 llamadas, tanto de familiares de pacientes que necesitan de transfusiones como de médicos que solicitan algún tipo de sangre o producto derivado de la misma con la que no cuentan en su Banco de Sangre, así como aquellas llamadas de personas que desean hacerse pruebas tales como la de detección de VIH y de donadores altruistas (Secretaría de Salud, 1994).

08 EMERGENCIA

Es un servicio de atención ciudadana, que atiende demandas de auxilio de aquellas personas cuyas vidas o patrimonio estén en peligro (incendios, asaltos, robos de autos, etc.). El 08 establece contacto con instituciones médicas, policíacas y estaciones de bomberos; mismas a las que se tendrá acceso inmediato con sólo marcar dos dígitos.

El servicio computarizado de emergencia 08 surgió en 1992, derivado de Locatel, posteriormente se crea un fideicomiso a fin de poder recaudar fondos que serán empleados para reforzar y ampliar los equipos de emergencia.

En un principio fue sometido a piloteo en la Delegación Benito Juárez observándose una gran aceptación por parte de los vecinos de la misma.

El 08 emergencia se puede solicitar por teléfono, ante la junta de vecinos en la Delegación Política correspondiente o bien por promoción telefónica que ofrece el mismo. El costo por el servicio es de N\$ 7.00 mensuales con cargo al recibo telefónico.

El horario de servicio es las 24 hrs. del día los 365 días del año, cubierto por operadores asalariados los cuales reciben capacitación de primeros auxilios, protección civil, etc. Cada turno cuenta con 10 operadores auxiliados por un supervisor.

La llamadas de emergencia son recibidas mediante un sistema de cómputo el cual permite a los operadores conocer de inmediato el número telefónico del origen de la llamada, así como también el nombre y domicilio del suscriptor, para que en no más de 30 segundos sean despachadas las unidades de auxilio aún cuando el solicitante no pudiera hablar. Todas las llamadas son grabadas en un sistema con capacidad para 30 a la vez, a fin de dar seguimiento y constatar que se haya resuelto satisfactoriamente la emergencia.

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL (S. O. I)

El Centro de Integración Juvenil se funda en 1969 como asociación civil, con la finalidad de dar orientación e información a todas aquellas personas que tienen problemas en el consumo de drogas, o bien a aquellos que buscan orientación para ayudar a un familiar o amigo.

Actualmente existen 32 Centros de Integración Juvenil en el interior de la República y 17 en el área metropolitana que brindan atención personalizada. Debido al acelerado incremento del problema en el consumo de drogas surge la necesidad de crear una línea que informe y oriente de manera rápida sobre que hacer ante un problema de drogas, es por eso que en 1972 se crea la línea de Servicio de Orientación e Información sirviendo como enlace entre los usuarios de drogas y los Centros de Integración Juvenil cubriendo un servicio profesional con el objetivo de ayudar a buscar solución a su problema. Sus labores inician con una jornada de 8 horas diarias de lunes a viernes. Debido a la demanda de llamadas durante los dos primeros años de existencia fue necesario ampliar el servicio las 24 horas del día, los 365 días del año.

Esta línea presta servicio en tres turnos: matutino, vespertino y nocturno, atendidos por 5 operadores con la profesión de psicólogos, los cuales reciben capacitación sobre como manejar los problemas de farmacodependencia. Atienden en los números telefónicos 534- 3434 al 35.

TELSIDA COMO UN ORGANISMO GUBERNAMENTAL

La Lic. Carrillo, menciona en su artículo TELSIDA: Más que un servicio informativo (Gaceta CONASIDA No. 2, 1990) que, ante la amenaza que representa el SIDA y su crecimiento, se han aplicado diferentes medios y canales para hacer llegar la información a la comunidad. La mayoría de ellos implican el contacto cara a cara ya sea a través pláticas y conferencias, la búsqueda de información documental o asesoría individual.

Sin embargo, para algunas personas es difícil solicitar información o pedir asesoría directa de las organizaciones especialmente creadas para ello, debido fundamentalmente a la estigmatización que se ha creado en todo lo relacionado con la palabra SIDA y por que la mayoría de los aspectos de la epidemia están relacionados con la intimidad de la vida sexual, familiar e interpersonal. Estos temas son con frecuencia difíciles de discutir por los sentimientos de pérdida y ansiedad que se producen al enfrentar la sexualidad y muerte.

Ante este panorama se estableció, como parte de las funciones del Centro de Información del CONASIDA, un servicio con las características necesarias para facilitar el acercamiento de aquellas personas que encuentran difícil el contacto directo. Un servicio anónimo, confidencial y gratuito en el que la persona encuentre respuestas a sus dudas, que le permitan hacer a un lado sus temores e ignorancia alrededor del SIDA, que le proporcione asesoramiento y referencia de servicios de apoyo en una línea telefónica de información.

La Línea de información TelSIDA, como parte de la Secretaría de Salud comenzó a funcionar desde el inicio de las actividades del Centro de Información sobre SIDA en 1987, de manera informal y como parte integral del Centro de Información. El trabajo realizado resultó suficiente en el sentido de remitir a los usuarios a las instancias y opciones correspondientes, luego de haber resuelto sus demandas informativas que se centraban en información básica y general: qué es el SIDA?, cómo se transmite?, cuál es su origen?, etc.

La formalización del trabajo de la línea se inició en abril de 1988, con personas entrenadas para atender las demandas de la población. Se comenzaron a registrar datos que permitieran establecer un cálculo estadístico y de referencia a través de la evaluación de las características de los usuarios.

En enero de 1989, se consolidó la estructura de la línea con el establecimiento de un programa formal de trabajo que contenían las políticas de información, el perfil y actitudes de los operadores, y las estrategias de comunicación para interrelacionarse adecuadamente con los usuarios.

Es así como el concepto de TelSIDA se establece, con el incremento de aparatos y líneas telefónicas, proporcionando al servicio una estructura más sólida, organizada y formal.

El 10 de julio de 1989, se empieza a difundir masivamente este servicio, en las campañas de información de CONASIDA lanzadas a través de los medios de comunicación, dándolo a conocer al público ya bajo el nombre de TelSIDA, observándose un incremento en el número de llamadas con respecto a los años anteriores.

En 1990 el logro más importante fue el desarrollo de una plantilla de voluntarios permanente y suficiente para cubrir y enriquecer las necesidades del servicio. Al inicio se contaba con la participación de 5 voluntarios y a la fecha se han entrenado 538, cabe mencionar que este grupo está conformado por personas que tienen la misma disposición de ayuda a los demás, y cuyas ocupaciones divergen entre sí.

Como servicio de información TeLSIDA se consolida en 1992 con la instalación del sistema computarizado de información sobre SIDA, este sistema permitió ubicar con mayor certeza múltiples variables psicosociales, culturales y educativas ofreciendo con ello mayor rapidez en la consulta de información especializada sobre SIDA, que demandaban cada vez más los usuarios.

Este avance significativo permitió actuar con mayor rapidez, homologar criterios, ser más certeros en las respuestas y por lo tanto elevar el nivel de profesionalización del servicio a través de la escucha activa.

Las llamadas que se reciben en TeLSIDA son de temas muy diversos. Algunas personas se interesan solamente en conocer los síntomas, las formas de transmisión, cómo prevenir o bien sobre los últimos avances en tratamientos. En estos casos la llamada toma unos cuantos minutos; sin embargo hay otras que pueden llevar más de una hora por que aunque la persona que llama hace una pregunta inicial, se observa que detrás de ella hay más de lo que se quiere averiguar o enfrentar, estableciendo con ello una asesoría emocional, más que dar respuesta a una sola duda.

Las llamadas recibidas en la línea son registradas en un formato estructurado que permite recabar información sobre los temas que más le interesa tratar a la población, esto permite recabar datos para poder hacer un análisis cualitativo y así poder detectar las necesidades de información que la comunidad manifiesta. Así mismo se lleva a cabo un análisis cuantitativo que permite saber el número de llamadas recibidas por hora, día, semana, mes y año.

Al unir estos dos análisis permite saber los temas más tratados por las personas que llaman a TeLSIDA, definiendo con ello los lineamientos de trabajo a seguir.

Actualmente TeLSIDA proporciona el servicio de lunes a viernes con horario de 9:00 a.m. a 9:30 p.m. y fines de semana de 10:00 a.m. a 4:00 p.m. al número 207- 4077 con 7 líneas.

Es importante mencionar que en México, durante los últimos 3 años los servicios mediante la línea telefónica, han tenido gran auge debido a los avances tecnológicos de esta industria. La demanda cada vez es mayor por ser un medio rápido y accesible para cualquier persona. Es así como han surgido líneas telefónicas comerciales donde el público puede llamar y escuchar desde chistes, resúmenes de telenovelas, noticias deportivas, sexo por teléfono, compras de artículos para el hogar, consulta de la cartelera cinematográfica, horóscopos, etc.

Cabe destacar lo relevante que resulta el servicio de la línea de información TelSIDA para la comunidad ya que el tener acceso de manera rápida a la información sobre la enfermedad del SIDA, ayuda a poder educar, informar, orientar y concientizar a la población, siendo este uno de los medios para poder controlar el avance de la epidemia, de igual manera lo es, la comunicación ya que es un componente primordial para elaborar y difundir la información que ayude a la prevención del contagio por el VIH/SIDA.

COMUNICACION SOCIAL

Según Hovland, comunicación: "es el proceso por medio del cual el individuo transmite estímulos para modificar el comportamiento de otros". (Citado en Santoro, 1980).

El Poder Informativo se deriva de la capacidad del propiciador para proporcionarle al sujeto información que le convenga de que el cambio requerido es bueno. Si puede proporcionarse tal información, entonces el ímpetu para el cambio se vuelve independiente del propiciador.

A fin de que el poder informativo sea eficaz, el mensaje debe presentarse de manera convincente.

Rasgos primordiales de los Procesos de Información Masiva: la publicidad, rapidez de la transmisión y el carácter temporario de la información. Estos tres rasgos son sobre todo propios de la información que se difunde durante la influencia propagandística y sólo parcialmente son propios del proceso de comunicación masiva que se lleva a cabo durante la influencia educativa y la transmisión de disposiciones oficiales del gobierno.

a).- La publicidad de la transmisión de las comunicaciones se logra debido a que el contenido que se transmite en la comunicación masiva, aumenta en muchas veces gracias a los recursos técnicos y se hace accesible a un enorme público sin limitaciones de ningún tipo.

b).-La rapidez de la transmisión resulta importante por que las comunicaciones deben llegar al público lo más velozmente posible, en todo caso antes de que el adversario político o ideólogo dé su versión sobre el mismo acontecimiento.

c).-La información adquiere carácter temporario a causa del acelerado cambio de los acontecimientos sobre los cuales al público le interesa recibir información.

A fin de elevar la eficacia de los procesos de información masiva, el contenido y la forma de las noticias se adecúan no solamente a los fines de la influencia que se ejerce, sino también a las necesidades psíquicas del público, que pueden ser permanentes o momentáneas.

La periodicidad en forma de ordenamiento temporal de la difusión de las noticias por el canal crea en el destinatario la firme seguridad de que va a tener las noticias necesarias sobre los acontecimientos y su evaluación; esto le permite estructurar su conducta de acuerdo con el respaldo que espera del comunicador.

La actualidad de las noticias que contienen lo nuevo e importante para el destinatario lo ayudan a conservar y consolidar el vínculo psíquico con el entorno social y a asociarse más fácilmente con otras personas.

PSICOLOGIA DE LA COMUNICACION

La comunicación es una de las formas de interacción entre los hombres en el proceso de su actividad. Siendo un proceso de intercambio de noticias que contienen los resultados del reflejo de la realidad por los hombres, la comunicación constituye una parte inseparable de su existencia social y un medio de formación y funcionamiento de su conciencia tanto individual como social (Predvechni, Kon y Platónov, 1992).

El rápido incremento de la cantidad y de la complejidad de información que la humanidad está elaborando -científica, política, estética, emocional- satisface la necesidad, cada vez más claramente sentida por los hombres, de conocimientos, valoraciones y opiniones sobre un conjunto incesantemente creciente de problemas. Sirven para satisfacer esta necesidad las comunicaciones obtenidas sobre todo de otras personas, que trabajan profesionalmente dentro de diversas organizaciones y crean, elaboran, clasifican, conservan y difunden la información que se convierte en material de la comunicación (Predvechni, Kon y Platónov, 1992).

Algunos tipos de comunicación están mediatizados por los roles sociales. Esta comunicación se denomina formal, en esta se incluyen características de la personalidad de los hombres que en ella intervienen como portadores de determinados roles sociales.

La forma opuesta de comunicación, la informal, se caracteriza por que en ella desempeñan un papel mucho mayor los aspectos vinculados a la transmisión de unos u otros significados no fijados en fórmulas verbales, sino ligados al sentido que se les da personalmente. En realidad lo que ocurre es que para transmitir a otra persona un estado, una disposición de ánimo, un deseo personal, no es forzoso en absoluto dar a todo eso la forma de signos verbales. Este tipo de comunicación, a diferencia de la signica, puede ser denominada **significativa**. En relación con el concepto de comunicación significativa se deben introducir también los conceptos de definición, identificación y empatía. El escucha puede interpretar de distinto modo el contenido de la comunicación. Puede comprender lo que se le dice, tomar conciencia del contenido objetivo de la información, pero, al mismo tiempo, nada cambiará en el contenido de sus actitudes hacia el mundo circundante. En este caso se suele hablar de **definición**: la cual es característica de la comunicación signica, en particular de la formal. Luego puede proceder como si se pusiera en el lugar del interlocutor. En este caso la personalidad del escucha experimenta algún cambio: al asumir el "papel" de otro hombre, adopta también, aunque parcialmente, el sistema de sus actitudes hacia los demás hombres, fenómenos o acontecimientos, y un sistema de valores nuevo para él. Esto es la **identificación**, y esta ligada al proceso de adopción de un papel social o rol por eso (dado que los roles siempre forman un sistema dentro de determinado grupo social) es, a fin de cuentas, el acto de acceso al grupo social, de incorporación al mismo.

Por último, la **empatía** se da en el caso en que el escucha (el lector, el espectador) parece vivir, actuar y sufrir junto con el héroe del libro, del espectáculo o del filme. El mecanismo de la empatía subyace en la influencia psicológica del arte. La empatía puede llevar a una posterior identificación, pero no es forzoso que así sea. La empatía se produce también en la comunicación significativa habitual cuando el escucha, sin compartir forzosamente los sentimientos de sus interlocutores, es capaz de comprenderlos.

El acto de comunicación, independientemente de que sea formal o informal, signico o significativo, tiene una misma estructura psicológica y, por añadidura, muy compleja. La comunicación comienza por el hecho de que el hombre experimenta cierta necesidad, que por lo común está fuera de los marcos de la comunicación propiamente dicha, en la esfera de la actividad a la cual sirve esa comunicación. por consiguiente, la comunicación en el sentido psicológico, siempre es un proceso de solución de una tarea comunicativa.

Este proceso, a su vez, se divide en varias etapas sucesivas. Se inicia nuevamente a partir de la orientación, pero esta a su vez en las condiciones de la tarea comunicativa, puesto que lo que diga y cómo lo diga depende de dónde, con quién y en qué circunstancias establezca la comunicación. La orientación en las condiciones de la tarea comunicativa incluye ubicarse en la situación externa de la comunicación, en sus objetivos en la personalidad del interlocutor y en otros aspectos. El carácter de la orientación se modifica en los diferentes casos de comunicación.

Al ir orientándose, el que habla planea su comunicación, imaginando (por lo común inconscientemente) qué es precisamente lo que dirá. Luego, también por lo general inconscientemente, elige los medios concretos, sobre todo verbales (lingüísticos), que va a utilizar, o sea, decide cómo va a hablar. Y sólo después de esto se lleva a cabo la comunicación en sí: habla. Pero tampoco aquí termina el acto de la comunicación: el que habla debe controlar la efectividad de la comunicación, debe establecerse el vínculo inverso, el cual le indica que el contenido y los medios de comunicación que ha elegido lograron su finalidad y sirven a la actividad que está realizando.

Las funciones sociales de la comunicación en la sociedad moderna pueden ser divididas desde el punto de vista teórico en dos categorías: sociales propiamente dichas, orientadas a satisfacer las necesidades de la sociedad en su conjunto o de algunos de sus grupos durante su funcionamiento e interacción y psico-sociales, vinculadas a las necesidades de personalidades individuales que son miembros de la sociedad (Predvechni, Kon y Platónov, 1992).

La colaboración de la ciencia con la técnica hizo surgir un medio de comunicación esencialmente nuevo, que constituye un flujo unilateral de comunicaciones, destinado a un público relativamente anónimo, numéricamente grande y muy heterogéneo. Se ha dado en llamarlo comunicación de masas. La esencia de este proceso consiste en la difusión sistemática adecuadamente organizada de comunicaciones preparadas de un modo especial para un público disperso, empleando medios técnicos para emitir la información (Prensa, radio, televisión, cine, grabaciones, videotape). En los procesos de información masiva se difunden comunicaciones que contienen una información claramente orientada a afirmar los valores espirituales, las normas morales, y jurídicas de determinada sociedad o de una parte cualquiera de la misma, con el fin de ejercer influencia ideológica sobre el estado anímico, las opiniones, valores, decisiones y conducta de considerable cantidad de personas (Predvechni, Kon y Platónov, 1992).

El funcionamiento de los canales concretos de comunicación masiva se caracterizan por una orientación de valor determinada a los comunicadores. Esta orientación con respecto a valores clasistas, políticos, estéticos y otros -en última instancia, ideológicos- que el público comprende bien, provoca un agrupamiento preciso del público potencial y que constituye un factor del aumento o disminución numérica del público real. La permanente recepción de información de determinado canal actúa como factor independiente de influencia de los procesos de información masiva sobre la personalidad, porque la comunicación que se obtiene del canal "de uno", habitual, resulta más significativa e importante que la recibida a través de un canal que no se considera "de uno", no es el habitual ni el merecedor de confianza (Predvechni, Kon y Platónov, 1992).

Estos aspectos se manifiestan con particular claridad en la práctica de la propaganda, que constituye la forma funcional primordial de la comunicación masiva. En el proceso de la influencia propagandística se operan sucesivas modificaciones dinámicas en la mente del público, las cuales, acumulándose cuantitativamente conducen a una nueva cualidad, es decir, a una opinión distinta sobre los problemas de importancia social, a acciones distintas e inclusive a toda una conducta distinta (Predvechni, Kon y Platónov, 1992).

Esa influencia llega a ser posible cuando en las comunicaciones que se transmiten existen informaciones de dos tipos: la información básica, que contiene significados valorativos en primer lugar, y la información complementaria cuya función consiste en llevar la percepción del hombre a un estado favorable para admitir la información básica. Como incluye elementos de novedad, claridad, contrastes, concreción, interés, o, por el contrario, de uniformidad, aridez, monotonía, inexpresividad, hipocresía, la información complementaria despierta en la psique de los hombres las correspondientes emociones -positivas o negativas-, lo que determina en considerable medida el curso y el resultado de la reelaboración psíquica de la información básica (Predvechni, Kon y Platónov, 1992).

Investigar los procesos de la información masiva desde el ángulo psico-social significa comprender cuáles son precisamente las formaciones en la conciencia de los hombres que se modifican como resultado de la percepción y posterior reelaboración psíquica de la información, cómo influyen esas modificaciones en el estado de conciencia de los hombres y su conducta. La investigación psicossocial de este proceso, debe dar respuesta, en última instancia, al interrogante de cómo, de qué manera, por medio de qué mecanismos psíquicos se modifica, bajo la influencia de los factores externos en general y de los factores comunicacionales en particular, "mi actitud hacia mi medio" (Predvechni, Kon y Platónov, 1992).

Karl A. Slaikeu en su libro "Intervención en Crisis" menciona que la moderna intervención en crisis por teléfono empezó en los últimos años de 1950, se convirtió en la columna vertebral del movimiento de prevención suicida, y creció rápidamente en el contexto de la actividad social en 1960. Aunque no fue el primer servicio de consejería telefónica de 24 horas. (la New York City's National Save-A-Life League estableció una en 1906), el desarrollo de las primeras técnicas y cómo usar el teléfono en las intervenciones para salvar vidas, se atribuye a Los Angeles Suicide Prevention Center (McGee, 1974).

Lester (1977), sintetiza las características más importantes de la consejería telefónica, citando:

En primer lugar el aumento del control del paciente relacionado con el contacto telefónico. Este no sólo inicia la interacción terapéutica o de ayuda cada vez que lo desea, sino también tiene libertad para terminarla en cualquier momento.

Una segunda característica es que mantiene al paciente en el anonimato. Hecho que la identidad escudada facilita más la autorrevelación y disposición por parte de muchos usuarios.

Tercera, los consejeros también son anónimos, hecho que facilita la transferencia positiva. Los indicios visuales están ausentes, existe una muy buena oportunidad para ellos cumplan la fantasía del usuario de que sería el consejero ideal en una situación cara a cara.

Cuarta, el consejero telefónico reduce la dependencia del usuario del consejero individual, y lo transfiere a la clínica o servicio de consejería. A la mayoría de los usuarios sólo se les pide su nombre, y la dependencia está en desacuerdo con un consejero particular.

Quinta, la consejería telefónica, es única por su accesibilidad. La mayoría de la gente tiene teléfono (o fácil acceso a uno) y el costo por su uso es bajo. La accesibilidad es importante para los pacientes en crisis, en especial, para los suicidas u homicidas, y quienes no son capaces de abandonar sus hogares (ancianos o incapacitados físicamente).

Por último, se puede disponer de la consejería telefónica en cualquier momento, día o noche. Casi todos los servicios están abiertos las 24 horas durante todo el año, lo que significa que la asistencia está disponible, con el tiempo de espera mínimo.

Otros aspectos del progreso característico de las operaciones de la consejería telefónica incluyen:

1. el uso del personal voluntario, no profesional para trabajar en los teléfonos. (McGee, 1974; Rosenbaum y Calhoun, 1977).
2. Grabar las llamadas para ayudar en la supervisión e investigación.
3. Registro exacto, que permita tener en cuenta la contabilidad de la institución (número y tipos de llamadas durante cada mes) para facilitar la planeación en los momentos del máximo de llamadas y como ayuda para mejorar los servicios a los usuarios frecuentes (McGee, 1974).

4. Crear redes con otras instituciones comunitarias para facilitar la referencia de los usuarios (Hoff, 1978; McGee, 1974).

5. Seguimiento de los usuarios algunos días después de la llamada al centro.

Los cambios más sorprendentes en la operación de los centros de consejería telefónica van hacia un enfoque más activo del descubrimiento del caso con una visibilidad mayor y la disponibilidad de los programas (Motto, 1979), y el uso de la operación de consejería telefónica como enlace básico que proporciona a los ciudadanos acceso a todos los servicios humanos en la comunidad (Haywood y Leuthe, 1980).

Es importante recordar que en la consejería telefónica, el principal vehículo para lograr el contacto con un paciente es la voz del consejero que no sólo incluye lo que dice, sino cómo lo dice. Debe ser calmado y alentador.

Los consejeros entrenados para este servicio, deben escuchar sus voces grabadas y recibir retroalimentación de otros compañeros sobre el impacto del tono de voz, velocidad, lo mismo que cuando hablen con el usuario en crisis. En vez de involucrarse con el pánico del usuario (con frecuencia se refleja en un tono alto y rapidez en el habla), los consejeros entrenados deben aprender a responder con habla atenta, calmada y controlada.

Se debe prestar atención al diferente papel que juega el silencio en el consejero telefónico como contrario a las discusiones cara a cara (Blumenthal y cols., 1976; Slaikeu, 1977). Sin indicios no verbales como gestos faciales y movimiento corporal en una silla, por ejemplo, el silencio en el teléfono es mucho más ambiguo para el consejero y para el usuario. ¿el silencio significa que el usuario piensa productivamente sobre lo que se le ha dicho, o que no sabe qué decir o cómo decirlo? Se puede ayudar a los usuarios reacios a hablar con expresiones breves, reflexivas, empáticas del trabajador, que demuestren el cuidado y deseo de entender la situación.

Puesto que casi todos los contactos de la consejería telefónica involucran usuarios que no conocen previamente a los consejeros, por lo general existe información antecedente que facilita la comprensión del problema del usuario. El consejero debe confiar en la descripción narrativa del problema que hace el usuario registrando cada parte. Una táctica útil es formular preguntas abiertas-finales como: ¿Qué sucedió recientemente que le hace las cosas más difíciles ahora? o " Cuénteme más sobre lo que le está afectando recientemente". Estas y otras preguntas como quién, qué, dónde, por qué, cuándo y cómo pueden formularse sin que parezcan amenaza y tener el potencial para obtener información sobre las dimensiones del problema del usuario.

Una de las ventajas de la consejería telefónica es que, puesto que el usuario no puede observar a los consejeros, ellos pueden tomar nota del proceso de la conversación.

El hecho de que una persona llame a la línea telefónica de urgencia o al servicio de consejería telefónica, proporciona algún indicio sobre las dificultades para llegar a las soluciones de la crisis. Los usuarios con frecuencia, agotaron sus recursos personales y sociales (Caplan, 1964; Speer, 1976), o de alguna manera creen tener disponibles (familia, amigos, compañeros de trabajo), que no entienden o por alguna otra razón no deben involucrarse en el problema en ese momento. Muchos momentos de la táctica telefónica del consejero consisten en conseguir que el usuario reconsidere una solución que haya sido probada sólo a la ligera o rechazada inmediatamente.

La distinción entre las intervenciones facilitadoras y directivas, es importante, en especial en la consejería telefónica, puesto que da las pautas para si ésta involucrará o no a otras partes (familia, amigos, otras instituciones) en la crisis del usuario. Se debe requerir el acuerdo directivo (mortalidad alta, o usuario incapaz de actuar en su propio beneficio), entonces el acceso del consejero telefónico a otros recursos comunitarios es crítico. La acción directiva puede clasificarse desde la llamada del consejero a un miembro de la familia hasta tener un equipo móvil que visite al usuario en su hogar o enviar a una unidad de rescate cuando las consecuencias sean un intento suicida.

En los primeros días de la consejería por teléfono el seguimiento sirve para beneficio del usuario y también puede ser una ayuda moral motivante para los trabajadores telefónicos, en forma de retroalimentación sobre como se ha recibido su ayuda.

CAPITULO III ASPECTOS PSICO-SOCIALES

PERCEPCION DE RIESGO

La infección por el VIH supone un impacto emocional considerable, a lo largo de todo el proceso que va desde la sospecha de encontrarse contagiado, la decisión de hacerse la prueba de anticuerpos y el conocimiento de un diagnóstico de seropositividad, hasta las fases avanzadas y terminal de la enfermedad. Este impacto emocional puede traducirse en angustia, depresión, ideas de suicidio, etc. (Bayés, 1994).

Las personas que llegan a concientizar la posibilidad de infección por el VIH/SIDA, debido a que se han expuesto a situaciones de riesgo (relaciones sexuales sin uso de condón, transfusiones sanguíneas, compartir agujas o jeringas), deciden iniciar una búsqueda de información a centros especializados en el tema ya sea en Instituciones gubernamentales o privadas a fin de recibir una asesoría y aclarar sus dudas e inquietudes determinando así, si debe o no realizarse la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH (CONASIDA, 1994).

En algunos de los casos las personas no llegan a percibir su riesgo hasta que reciben información especializada en el tema del SIDA, o bien hasta que llegan a enterarse de un caso cercano, en la familia o de algún amigo o conocido que ha sido afectado por el SIDA.

DECISION DE REALIZARSE LA PRUEBA

Las personas que han decidido practicarse la prueba de anticuerpos contra el VIH, manifiestan varias razones entre las que se pueden mencionar: curiosidad por saber si son portadores del VIH debido a que tuvieron prácticas de riesgo en el pasado, por el temor de sentirse infectados e infectar a su pareja, por la angustia que sienten al presentar malestares físicos, por tener la certeza de que su exposición al riesgo fue con una persona infectada o enferma de VIH/SIDA, etc.

El proceso de decisión para realizarse el examen llega a producir en las personas: ansiedad y sentimientos de angustia que muchas veces se puede manifestar por nerviosismo, alteraciones en el sueño, cambios cognoscitivos, cambios de ánimo, pérdida del deseo sexual y somatización de las enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA (CONASIDA, 1994).

IMPACTO ANTE LA NOTIFICACION DE UN RESULTADO POSITIVO

Morin y cols. (1984), Abrahams y cols. (1986) refieren que una persona que se sabe infectada por el VIH, se ve alterada en su capacidad de ajuste emocional, debido a que tiene que afrontar el miedo que provoca el saber que no existe cura alguna para el SIDA y que probablemente no la haya en 10 ó 20 años, por lo que el miedo básico a la muerte surge con una fuerza casi incontrolable, así como el miedo a la agonía; desesperación asociada a los aspectos degeneracionales de la enfermedad, a la disminución del soporte social-familiar; al aumento de la dependencia; a que el círculo social se entere; al aislamiento; a la estigmatización; a la pérdida de estatus ocupacional, financiero; a la pérdida de la autoestima; a perder el atractivo físico; lo que origina un sentimiento de culpa; así como interés y confusión sobre opciones para el tratamiento médico. Por lo que el paciente y el médico que se enfrentan al SIDA tienen que confrontarse con tres aspectos: la sexualidad, el contagio y la muerte, que tienen como marco de referencia situaciones socioculturales, psicológicas y médicas que involucran al individuo, a la familia y a la comunidad, debido a que el ser humano siempre tiene que estar dentro de un contexto. (Citado en Buendía, Guemes y Ortega, 1993).

Los pacientes con infección por VIH presentan diversos aspectos pertenecientes al marco de lo social, los cuales desencadenan reacciones psicológicas en torno a la ansiedad y la depresión, pero también en el marco individual a un nivel puramente psicológico donde partiendo del hecho de que la respuesta humana está determinada por factores internos y externos que conforman la personalidad, se va a encontrar toda una gama de reacciones psicológicas (Septúveda, 1989).

Kübler Ross (1970) describe la existencia de rasgos de personalidad observables en la mayoría de los pacientes con enfermedades terminales. Estas fases también son perceptibles en pacientes infectados por VIH. (Citado por Rossy y cols, 1989; Ostrow y cols, 1990 en Buendía, Guemes y Ortega, 1993).:

La primera fase es conocida como negación: En ella el paciente trata de evitar el dolor psíquico de saberse infectado; mantiene sus actividades y conductas usuales, lo que implica que continúe con actividades de alto riesgo, dando por descontado que puede presentar síntomas físicos y/o psicológicos, por lo que trata de evitar el contacto con cualquier especialista. Cuando el paciente ha elaborado el impacto inicial, empieza a hacer preguntas, las cuales deben ser contrastadas de manera adecuada, es decir informando sobre su situación física real y evitando dar falsas esperanzas. Las reacciones emocionales usuales del SIDA incluyen choque, negación, culpabilidad, temor, enojo y tristeza. Una de las complicaciones más graves del SIDA es el impacto en las relaciones de apoyo. Los pacientes en estado de crisis tienen dificultad para retener información y pueden distorsionar lo que se les dice de su enfermedad.

En la segunda fase de cólera: El paciente se vuelve iracible y difícil, desplaza su angustia, envidia y agresión a las personas que lo rodean; esta agresión puede ser dirigida hacia individuos en particular o hacia la población en general, culpándolos de ser responsables de su enfermedad, cuestionándose constantemente "¿por qué yo?". Otros pueden manifestar su enojo continuando con un comportamiento sexual promiscuo, poniendo en peligro la vida de otros así como la de ellos mismos, estos pacientes pueden exhibir también temor y depresión en lugar de enojo. Los rechazos sociales son evidentes y agravan la situación. Al ocurrir cambios en la autoestima, la identidad y los valores, además de los distanciamientos y represión por parte de familiares y la comunidad, se pueden presentar intentos de suicidios. No obstante que los pacientes se muestran dispuestos a las intervenciones psicosociales, también puede ocurrir el distanciamiento grave, una reacción peligrosa de aislamiento en la cual los pacientes rehusan afrontar la enfermedad y rechazan amigos, familiares y médicos.

La tercera fase es la del pacto: En esta fase el paciente generalmente pacta con alguna forma sobrenatural de existencia o fuera de su realidad inmediata, maneja concientemente parte de su conflictiva interna y pide un tiempo para intentar hacer cambios en su vida. Cuando esta fase termina, el individuo entra en franca depresión, analizando sus pérdidas. La fórmula subjetiva es: "Lo he perdido todo, ahora el mundo no tiene sentido, estoy infectado". Cuando los pacientes obtienen un resultado positivo, tratan de influir sobre las personas de su entorno para que les devuelvan la autoestima perdida, demostrando su desdicha y forzando su afecto. Así existe una permanente necesidad de suministros afectivos que puedan elevar su autoestima.

Algunos pacientes presentan ideas suicidas; éstas no surgen en el momento de conocer su resultado positivo, sino que aparecen en el transcurso del tratamiento, cuando empiezan a morir por SIDA amigos o personas que creen haber infectado o bien al percatarse de que son excluidos de la sociedad.

Finalmente surge la fase de aceptación: En la que el paciente empieza a elaborar el duelo o la relación entre su realidad presente como enfermo y las pérdidas sufridas. Podrá nuevamente dependiendo de su historia personal, hacer cambios estructurales en su aparato psíquico que le permitan incorporarse a la vida diaria con nuevos hábitos de conducta, enfrentando de una nueva manera los desafíos del mundo externo. Los pacientes aprenden a aceptar las limitaciones que el SIDA les impone, se percatan de que aún pueden manejar sus vidas reaccionando a la enfermedad con más razonamiento que emoción. Estos pacientes examinan las fuentes de dolor y placer y reexaminan el dolor del coraje, la determinación, el afecto y el cariño hacia otros y logran aprender la calidad en lugar de la cantidad de tiempo en sus vidas. Algunos pacientes incluso pueden abocarse a la espiritualidad en busca de esperanza y desahogo (Buendía, 1993).

Ciertos pacientes encuentran satisfacción en actividades comunitarias y altruistas y se involucran en proyectos y metas previamente ignoradas. Otros se vuelven más responsables de su propia salud, algunas veces experimentando incluso con dietas macrobióticas, prácticas de meditación, etc. (Sector Salud y CONASIDA 1988).

Miller (1989) reporta diferentes reacciones psicológicas vinculadas a las fases anteriormente descritas, algunas de ellas son: crisis ante la información del diagnóstico y la muerte, miedo y ansiedad por el pronóstico incierto y el curso de la enfermedad, depresión por el inevitable deterioro físico, y por las limitaciones que supone la enfermedad, culpa por haber sido vulnerable a la infección, ira y frustración por la incapacidad de superar el virus. Cada una de estas fases tiene una representación y un significado diferente para cada paciente. EL significado tendrá que ver con los recursos psicológicos, físicos y sociales de cada individuo.

En términos generales, los pacientes infectados por el VIH pasarán por estas fases, no todos siguen este orden riguroso descrito por Kübler Ross; pueden tener regresiones importantes a fases anteriores (Rossey y cols., 1989; Ostrow y cols., 1990), (citado en Buendía y cols., 1993).

IMPACTO EN LA FAMILIA

La familia constituye, por lo general, la organización mínima fundamental tanto de pertenencia como de referencia para el ser humano; así mismo, es la base del reconocimiento social del individuo.

Una de las principales funciones de la familia, consiste en acondicionar a sus miembros a las normas y pautas vigentes en su respectiva civilización; en consecuencia, "la familia opera en todo tiempo y lugar como el mejor instrumento de transmisión de las tradiciones y convenciones a imprimir en los hijos" (Fromm, 1974).

Licea (1993) señala en su artículo la "Familia y el SIDA" que las repercusiones sociales en que se encuentra enmarcado el SIDA, tienen repercusiones a nivel individual y familiar en quienes padecen dicha enfermedad. Un porcentaje alto de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA, tiene o han tenido relaciones homosexuales, siendo ésta una actividad estigmatizada -que sale al descubierto cuando el paciente se enferma-, y si no se tiene una pareja estable o si la familia no estaba enterada de estas prácticas sexuales, para el paciente es un enfrentamiento negativo que tiene que soportar, aunado al diagnóstico de sentirse "contagioso". La familia es un soporte social muy fuerte para el seropositivo o enfermo; de la familia depende indirectamente el desarrollo de las manifestaciones clínicas de los pacientes.

Existen pacientes homosexuales con y sin vínculos familiares; con o sin pareja estable; pacientes bisexuales con familia heterosexual; pacientes transfundidos con familia nuclear y pacientes sin pareja y sin vínculos con la familia de origen.

Con el SIDA, la familia sufre un gran impacto, por que se enfrenta a una situación para la que no estaba preparada, por lo que es necesario que los miembros de la familia también reciban tratamiento. Existen familias donde las relaciones interpersonales se dan en un espacio muy limitado, por lo que el impacto de lo que le ocurra a un miembro es muy fuerte y tiene repercusión para todos los demás. Otras familias tendrán un espacio vital más amplio y serán capaces de sobre llevar con más éxito la enfermedad.

Otra variable que interviene, y la más importante, en la reacción de la familia, depende de cuál fue la fuente de contagio. Si ésta fue por vía sexual y por relaciones homosexuales, la reacción de la familia es diferente a la que se presentará si el contagio fue por transfusión de sangre.

La aparente estabilidad familiar también se rompe cuando se trata de una familia nuclear heterosexual, en la que el seropositivo o enfermo ha tenido prácticas bisexuales. En algunos de estos casos, la esposa se siente doblemente engañada, al no poder competir con un hombre.

Todo lo anterior, se debe al comportamiento de la familia frente a la sexualidad, que parece caracterizarse por los siguientes elementos: falta de comunicación e información, clandestinidad, complicidad, insatisfacción en la vida sexual para la mujer, doble moral, morbosidad generalizada.

Por otro lado, aunque el seropositivo o enfermo no representa ningún peligro de contagio en la vida cotidiana familiar, excepto en las relaciones sexuales sin condón, la familia siente un gran miedo de contagio, por lo que muchos pacientes son abandonados en los hospitales o se les niega participación en las actividades familiares; pero además, debido a la gran desinformación hay casos notificados de contagio familiar, porque no se llevaron a cabo las condiciones mínimas necesarias para evitarlo.

Aunque la cultura e institucionalización dominante proponen valores propios de la familia nuclear pequeño burguesa, el SIDA como enfermedad ha sacado a la luz otros tipos de familia, sobre todo las formadas por parejas homosexuales, tanto masculinos como femeninos, la de madres solteras y familias extensivas, todas ellas con distintos valores y actitudes.

El marco social en que está envuelto el SIDA es la estigmatización, rechazo, discriminación y culpabilización de los afectados, por lo que la familia prefiere ocultar la enfermedad o tomar los mismos valores que la sociedad y entonces abandona al enfermo. Otro aspecto de esta problemática es que la familia entera es rechazada por la sociedad, debido sobre todo a la falta de información completa y oportuna de la enfermedad.

El SIDA plantea a los individuos muchos cuestionamientos acerca de sus valores familiares y sociales, porque es una enfermedad que traspasa los límites médicos.

Como no hay una composición o concepto único de familia, tampoco hay una forma única en que las familias responden al VIH/SIDA. Las diferencias en cuanto a la cultura, la dinámica de las reacciones personales y los sentimientos íntimos llevan a cada familia a ayudar a sus miembros a hacer frente a la enfermedad en forma diferente. Sin embargo, lo cierto es que la familia desempeña un papel indispensable para la salud de sus miembros, tanto para educarlos y protegerlos de la enfermedad como para el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado durante la enfermedad (Asociación Estadounidense para la Salud Mundial, 1994).

IMPACTO SOCIAL DEL SIDA

Es indudable que el VIH/SIDA confronta a la sociedad con aspectos de la vida por los que al mismo tiempo ha luchado y negado: la enfermedad, la muerte y la sexualidad. El estigma social, que asocia al aspecto infecto-contagioso causa conductas de rechazo, haciendo difícil el brindar apoyo en todos los aspectos al afectado. La situación anterior produce tensión emocional en las personas con el problema y a quienes le rodean. Los prejuicios y la estigmatización social inciden en diversos aspectos contra las personas infectadas o enfermas de SIDA, siendo frecuente el rechazo, en el ambiente laboral y escolar así como en los derechos humanos en general. Por lo cual Kraus (1994) afirma que el SIDA ha permitido que la sociedad reavive uno de sus más arraigados vicios: la discriminación. Es así como para él, el SIDA representa una doble enfermedad: una biológica y otra social, que emana de la descomposición social. Ante esta problemática, en nuestro país se ha presentado una cartilla de los derechos humanos para personas que viven con VIH/SIDA (Godínez, 1994).

Jonathan Mann (1994) sugiere que el SIDA es fundamentalmente humano y profundamente social, y debe ser abordado desde esta perspectiva social. Por lo cual, ante el VIH/SIDA es indispensable que la sociedad abandone los prejuicios y el estigma que utiliza como defensa contra el SIDA, es necesario tomar conciencia de que el SIDA es un problema de amplio espectro al cual somos vulnerables. Sólo de esa toma de conciencia puede surgir la solución, al solidarizarnos con los infectados y responsabilizarnos de nuestro propio comportamiento. (Citado en Godínez A., 1994).

Por otra parte, se da una reacción social positiva ante el SIDA, es la movilización y la unión entre las personas que, de una u otra forma, han tenido que ver con esta enfermedad. La solidaridad que ha nacido entre ellos es notable. Diversos grupos de homosexuales, madres de hijos afectados, estudiantes, personas dedicadas a la prostitución -entre otros-, han formado redes de apoyo, de comunicación, talleres de información y de atención a pacientes (CONASIDA, 1993).

Rhodes (1994) menciona en su artículo "Expansión social del VIH, educación de los compañeros y cambios de la comunidad: desarrollos y dilemas", que la infección por el VIH y su consecuencia, el SIDA, representan un difícil reto para la educación para la salud ya que, por una parte las conductas a modificar son muy íntimas y algunas socialmente no aceptadas y, por tanto, es muy difícil hablar de ellas con extraños. Por otra parte, se dan con más frecuencia en personas que por pertenecer a grupos marginados del conjunto de la sociedad difícilmente hacen uso de los servicios sociosanitarios.

El conocimiento de la comunidad, de las relaciones entre sus elementos y sobre todo de las redes sociales, puede ayudar a conseguir el refuerzo de las prácticas seguras existentes y el cambio de las que implican riesgo, sobre todo si se cuenta con la colaboración de los elementos en puestos clave de la red social.

El cambio comunitario se consigue mejor cuando los esfuerzos no se dirigen a cada una de las personas que componen una comunidad de forma individualizada sino a personas y grupos determinados que ocupan puestos claves dentro de la red social, que constituya la estructura de esa comunidad.

En el caso del VIH/SIDA, este enfoque comunitario es especialmente importante por las dificultades que el ambiente psicosocial impone al individuo, tanto en forma de presión social dada la cohesión interna que suele darse en los grupos marginados, como de rechazo y falta de apoyo social del resto de la comunidad. El SIDA es cosa de todos y las acciones educativas deben dirigirse a toda la sociedad para que esto se reconozca, de tal manera que las actitudes de discriminación hacia los afectados se convierten en apoyo tanto del entorno inmediato (parejas, familiares, amigos) como del más amplio (aporte de recursos, legislación, normas sociales, etc.).

CAMPANAS DE INFORMACION

Una de las principales características de la época contemporánea la constituyen los medios de comunicación masiva: La televisión, el radio, el cine y el periódico, entre otros; los cuales al interactuar con instituciones sociales, juegan un papel primordial en la socialización del individuo, determinando las formas en que este debe comportarse, relacionarse y/o de interpretar su realidad (Guerrero, 1993).

Los medios de comunicación masiva tienen las siguientes funciones:

-Información: almacenar, someter a tratamiento y difundir las noticias, datos, hechos, opiniones y mensajes necesarios con el fin de entender de un modo inteligente las situaciones o fenómenos de cualquier índole y estar en condiciones de tomar las medidas pertinentes.

-Socialización: constituir un fondo común de conocimientos e ideas que permita a todo individuo integrarse a la sociedad en la que vive; fomente la cohesión social y la percepción de los problemas para lograr una participación activa en la vida pública.

-Motivación: estimular las actividades individuales o colectivas dirigidas a la consecución de objetivos comunes.

-Debate y diálogo: presentar e intercambiar los elementos de información para facilitar el acuerdo o aclarar los puntos de vista sobre los asuntos de interés público, en la resolución de todos los problemas locales, nacionales e internacionales.

-Educación: transmitir los conocimientos que contribuyen al desarrollo del espíritu, la formación del carácter y la adquisición de conocimientos en todos los momentos de la vida.

-Promoción Cultural: difundir las obras artísticas y culturales para preservar el patrimonio del pasado, ensanchar el horizonte cultural y la capacidad creadora.

-Esparcimiento: por medio de signos, símbolos, sonidos e imágenes, difundir actividades recreativas: teatro, danza, arte, literatura, etc.

-Integración: facilitar el acceso a la diversidad de mensajes que necesitan todas las personas para conocerse mutuamente.

Se puede observar, que las funciones descritas anteriormente están ligadas a todas las necesidades de los individuos: al desarrollo personal, la identidad cultural, el respeto a la dignidad humana, el lograr una mayor productividad en el trabajo, una mejor salud, etc.. Así mismo, es preciso mencionar que las características, funciones y contenidos de los mensajes a transmitirse por los diferentes medios de comunicación, son elaborados con base en la ideología y fines que persigan los difusores de dichos mensajes. Por lo cual, los medios de comunicación de masas pueden reflejar las opiniones, suscitarias o contribuir a la formación de actitudes en los individuos. (Guerrero, 1993).

El Lic. Pego en su trabajo titulado "Historización de las Campañas" del CONASIDA periodo 1987-1995 menciona que la condición de eventualidad que caracteriza a toda enfermedad nueva dificulta el generar y tener planes y programas de prevención adecuados; aludiendo el caso particular de la pandemia del VIH/SIDA. En México, los esfuerzos iniciales para dar respuesta institucional a esta nueva enfermedad condujeron a la creación, en 1986, del Comité Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), cuyo primer objetivo fue evaluar la situación nacional en lo concerniente al impacto social del SIDA y la infección por el VIH.

El CONASIDA nació esencialmente orientado hacia un carácter normativo cuyo propósito fue establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención, control y para coordinar la planificación, el diseño, la implantación, la operación y la evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas para la prevención del VIH/SIDA en el territorio nacional.

Las campañas del CONASIDA tienen como objetivos: a) Informar sobre los mecanismos de transmisión y formas de prevención del VIH haciendo hincapié de que el riesgo es de todos, desestigmatizando a grupos específicos y afectados. b) Asimismo el diseñar mensajes que hagan conciencia en la población de la necesidad de adoptar una actitud positiva y comprometida con los afectados por el VIH, motivando un compromiso para con ellos y tratando de generar una respuesta activa por parte de la sociedad a fin de evitar mayores contagios; c) Diseñar campañas educativas y de capacitación a nivel grupal y personal, reconociendo que son estas actividades las que con el tiempo pueden conseguir cambios en las conductas, actitudes y practicas de riesgo.

d) Elaborar campañas dirigidas a grupos con características específicas, no aptos a recibir mensajes generales (mujeres, trabajadores, jóvenes, adolescentes, homosexuales, bisexuales, trabajadoras del sexo comercial, sus clientes, representantes de la prensa, etc.). e) Descentralizar la producción de los mensajes y actividades a regiones, reconociendo con esto la diversidad geográfica, cultural y étnica de los habitantes de México. f) Fomentar la educación sexual en los jóvenes y adolescentes, a fin de prevenir la infección del VIH/SIDA, así como las enfermedades sexualmente transmisibles.

HISTORIA DE LAS CAMPANAS DEL CONASIDA

-MITOS PRECAUCIONES: esta campaña por ser la primera en la prevención del SIDA y por responder a las demandas informativas del público, contó con el apoyo de las instancias que determinaron su transmisión: la Secretaría de Salud, la Dirección General de Radio, TV, Cinematografía, RTC y los propios medios de comunicación a los que les parecía atractiva y novedosa esta información.

El objetivo general fue didáctico y estuvo orientado a dar a conocer las formas en que se transmite el virus del SIDA y sus formas de prevención. Asimismo se pretendió eliminar algunos mitos y rumores generados por la desinformación ante esta problemática

-CASTIGAME: Este promocional utilizó la figura de la conocida actriz de televisión y cine, Lucía Méndez, en el hablaba abiertamente de la posibilidad de tener relaciones sexuales casuales y para evitar el riesgo de infección, la actriz proponía como alternativa el uso del condón.

CONASIDA, La Secretaría de Salud y RTC, dieron su aprobación para que esta campaña fuera transmitida, sin embargo la empresa Televisa poseedora del contrato de exclusividad de la artista no dió su aprobación argumentando que el mensaje podía dañar la imagen de una de sus más importantes estrellas y que en caso necesario actuarían a los tribunales para interponer una demanda para impedir su transmisión, el poder del consorcio se impuso mostrando desde entonces indicios de la difícil e irregular relación que de aquí en adelante sostendría el CONASIDA con los medios masivos de comunicación.

-El Día Nacional de la Información sobre el SIDA, promovido por la personalidad de Hugo Sánchez tuvo como mensaje "hay que estar bien prevenidos siguiendo la información"

-La campaña IMPACTO Y REFERENCIAS EPIDEMIOLOGICAS tuvo como objetivo general: introducir la noción del riesgo de adquirir el VIH/SIDA y sensibilizar a diversos sectores de la población para fomentar el cambio de actitudes a través de la presentación del comportamiento epidemiológico de la enfermedad. La frase: "No cree que debería informarse?, Información es prevención", hacía un llamado a la participación social y a la búsqueda de información para detener la epidemia. Es importante mencionar que a partir de ésta, se da el número telefónico de TeSIDA (la línea telefónica del Consejo), como referencia para obtener mayor información.

-PARTICIPACION SOCIAL presentó a personajes reales que ponían ejemplos de actividades concretas en la lucha contra el SIDA y convocaban a sumarse a los esfuerzos colectivos, usando la frase "Y tu qué estas haciendo?" teniendo como objetivo sensibilizar a la población y promover la movilización así como la participación social según su ocupación y edad.

En esta campaña se incorporó la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para que las campañas de comunicación masiva, aparte de brindar información básica sobre SIDA, promovieran la movilización y la acción.

-LOTERIA-METRO esta campaña se basó en elementos de la cultura popular mexicana y retomando el aire tradicional de las frases y dichos populares mediante el juego de la Lotería mexicana, para vincularlos con mensajes informativos y preventivos de diferentes aspectos del VIH/SIDA. La frase: "El SIDA no es cuestión de suerte, sino de vida o muerte". Los materiales gráficos fueron colocados principalmente en las instalaciones del Sistema Colectivo Metro, repitiéndose ésta de manera excepcional para el siguiente periodo.

Esta campaña tuvo una pre-evaluación, donde se utilizaron grupos focales con una guía de entrevista. Los entrevistados fueron reclutados en diversas estaciones del Metro de la Ciudad de México, incluyendo hombres y mujeres entre 14 y 50 años, de clases socioeconómicas B,C,D y E.

Los resultados obtenidos de esta pre-evaluación fueron los siguientes:

-La noción de una campaña basada en el juego de la Lotería gustó mucho a los entrevistados y manifestaron que la idea era "muy buena" ya que esta era "una forma agradable y chistosa de hablar de un tema difícil", aceptando "que los hacía pensar en una realidad".

-El hecho de que se utilizaran personajes múltiples de la Lotería como "La dama", "El valiente", "El catrín"... hacían pensar que el SIDA les podía dar a todos.

-Los textos que se utilizarían para esta campaña se apreciaban como suficientes, necesarios, útiles y claros.

-La frase promocional, unida a la idea de la Lotería hizo pensar en responsabilidad.

Asimismo, esta campaña tuvo una post-evaluación que se llevó a cabo cuarenta y cinco días después de retirada de las instalaciones del Metro. se entrevistó a 500 sujetos. Dentro de los resultados más relevantes se encontró:

-El uso de la Lotería como estrategia de comunicación para informar y prevenir contra el SIDA fue adecuado.

-La imagen de la campaña fue preventiva, los usuarios concientizaron que a ellos les puede dar SIDA y conocieron las medidas preventivas.

-La estrategia fue atractiva y si provocó identificación con el usuario.

-Los usuarios del Metro calificaron la campaña como "aclaratoria", ya que les dispó muchas dudas y les dio herramientas para prevenirse.

-Los usuarios si estuvieron en contacto con la campaña, hay congruencia con el nivel de recordación, los textos y gráficos, la exposición espontánea fue alta y la comprensión correcta.

-En cuanto a la atracción de la campaña por nivel de escolaridad se puede decir, que entre más alto es el nivel escolar más aceptación y comprensión tuvo la campaña. A los usuarios con nivel escolar de primaria y menos, la campaña les pareció poco atractiva. Se observó que el exceso de información en los carteles resultó poco adecuada, pues soló fue atendida por personas con alto nivel de escolaridad, no así por aquellos con nivel escolar bajo causando en ellos mayor impacto el material gráfico.

-Las tres variables con mayor impacto fueron el condón, las medidas preventivas y el SIDA es muerte.

-En cuanto a los anuncios en la T.V., el personaje del borracho en el Spot de "La sirena" presentó mayor penetración que en "El valiente" (CONASIDA, 1989).

A partir de esta campaña la Dirección General de Radio, Televisión y Cinematografía de la Secretaría de Gobernación decidió emitir un comunicado oficial sobre el particular, de remitir los spots del CONASIDA a horarios AAA, que son los de más difícil acceso para la población, a partir de las 11 de la noche y hasta las 6 a.m.. Esto debido a que de aquí en adelante la mayoría de los mensajes promocionales para medios masivos del CONASIDA asocian necesariamente la prevención del SIDA con el ejercicio de la sexualidad.

A nivel mundial se desarrollaron campañas de comunicación sobre SIDA que utilizaron por vez primera, el miedo como técnica persuasiva para inducir a la población a modificar conductas, actitudes y hábitos que la pusieran en riesgo de contraer el VIH. Los efectos sociales generados por este tipo de campañas, contrario a lo que se esperaba, únicamente causaron una reacción de cambio de conducta inmediatista ante el impacto del SIDA. En términos generales los receptores mostraron una tendencia muy marcada a incorporar cambios de conductas y/o actitudes efímeros y generados por este miedo impactante y sensacionalista.

Ante la brutalidad y fuerza de las imágenes de este tipo de campañas desarrolladas en muchos países del mundo, se produjo el llamado "efecto avestruz" que consiste en activar los mecanismos de negación psicológica individual y colectivos ante la aparición de un peligro serio o de un problema relacionado con la muerte y en alejar, por miedo, la noción y la percepción del riesgo de poder infectarse del VIH/SIDA. El resultado de este proceso psicológico fue que la población olvidó los mensajes preventivos y regresó a sus hábitos y prácticas de riesgo.

Es importante mencionar que el 7 de diciembre de 1989 la oficina de la Procuraduría General de la República recibió una demanda del grupo civil Pro-Vida, caracterizado por ser un grupo conservador representante de la Iglesia católica; en contra de CONASIDA. Dicha demanda presentó cargos por promover la promiscuidad en las campañas de comunicación, al recomendar condones como medida preventiva contra el VIH/SIDA.

Como respuesta social, diversos sectores de la comunidad expresaron su indignación ante la intolerancia de este grupo y difundieron centenares de artículos periodísticos, editoriales, caricaturas, espacios en Radio y Televisión, reforzaron la necesidad de difundir una información clara para la prevención de la infección por el VIH.

-En 1989, con motivo del primer día mundial del SIDA utilizando el lema MUJER Y SIDA, en México es difundida una campaña utilizando este lema y tuvo como objetivo complementar la estrategia global de educación para la prevención dirigida a los diferentes tipos de mujeres. Intentó generar la reflexión sobre las diferentes problemáticas socioculturales de la mujer mexicana y establecer su relación con el VIH/SIDA.

Luego de la campaña MUJER Y SIDA se observa que durante un año CONASIDA no tiene campañas en los medios de comunicación masiva por lo que en 1991 no se vieron spots del SIDA, dañando seriamente la imagen corporativa del consejo, traduciendo por lo tanto en la disminución de la demanda de servicios por parte de la población.

-Posteriormente se difundió la campaña VENDAS cuyo objetivo fue promover la comunicación sobre SIDA y sexualidad entre padres e hijos valorando con ello la prevención de la infección por el VIH en beneficio de la salud integral de la familia.

Para el período 1992-1994 se diseñó la campaña Plan de Medios de comunicación y tuvo como objetivos:

1.- Establecer un diagnóstico situacional de la relación contexto-socio-cultural/impacto epidemiológico-social del fenómeno SIDA en México.

2.-Sensibilizar y promover la participación de las distintas poblaciones para reforzar y ampliar las labores de educación y comunicación directa que realiza el CONASIDA.

3.-Establecer las políticas del CONASIDA en materia de comunicación educativa y social en el nivel masivo.

Una vez considerados estos objetivos, sale al aire en los medios masivos de comunicación la CAMPAÑA PUENTE, que recuerda a la población la existencia del SIDA y que hay una institución oficial para atender la problemática correspondiente. Así la nueva campaña respondió a la avidez informativa de la sociedad, presentando una visión general de qué es, cómo funciona y cuales son los servicios que ofrece el CONASIDA.

-La CAMPAÑA PUENTE pretendió involucrar a los diferentes sectores sociales para que desde sus lugares participaran activamente en la lucha contra el SIDA en la forma y medida que estimaran conveniente. La campaña puente en su segunda fase se caracterizó por infundir a la población el respeto a la diferencia, la tolerancia y el apoyo como condiciones necesarias para prevenir la enfermedad, dar cuidado y condiciones de vida dignas y adecuadas a quienes han sido afectados por el VIH/SIDA, los spots plantearon problemáticas específicas y fueron por orden de aparición en televisión:

1.- APERTURA SOCIAL/CARLOS Y AMELIA: Este spot se diseñó para crear climas de apertura social que permitieran hablar de sexualidad y SIDA. La frase de esta campaña fue: "Asegurate, habla de SIDA con tu pareja". Es importante mencionar que a partir del lanzamiento de la Campaña Puente, se utiliza la línea de información (TelSIDA) como un instrumento de medición de la opinión pública.

2.- DERECHOS HUMANOS/SEROPOSITIVO: Este segundo promocional aborda la discriminación de la que son objeto las personas que viven directamente afectadas por el mal. Esta campaña contó con un mayor número de impactos e incluso con mejores horarios lo que hace suponer que al no haber una mención alusiva sobre la relación SIDA/Sexualidad, podría según RTC, ser vista por todo tipo de públicos. La frase fue "Tus derechos son mis derechos. ¡informaté más".

3.- APERTURA SOCIAL/ADOLESCENTES: Se abordó de una manera clara y honesta la visión que tienen los jóvenes de clase media sobre la enfermedad. En éste spot se dan a conocer las diferentes opciones para la prevención respetando las diferencias ideológicas, culturales y educativas: abstinencia sexual, retardo en el inicio de las relaciones sexuales, fidelidad mutua o el uso del condón. la frase: "Cada quien es como es. Hay opciones para todos. La decisión es tuya."

Esta campaña tuvo una pre-evaluación cuyos objetivos fueron, detectar las reacciones espontáneas que los diferentes grupos manifiestan ante la exposición del material:

*Grado de aceptación/rechazo

*Nivel de identificación

*Determinar el nivel de eficacia de cada uno de los mensajes en cuanto a la comprensión del contenido, el cumplimiento del objetivo propuesto en cada uno y obtener elementos explícitos que permitan ajustar el diseño de los mensajes de acuerdo a las características de las audiencias-objetivo.

Se utilizó un estudio cualitativo para captar opiniones espontáneas de los grupos, sus orígenes y el significado que le atribuyen al mundo, así como las expresiones corporales, a través de una observación cuidadosa, con el fin de obtener la información que permitiera conformar el panorama integral de actitudes hacia los mensajes, objetivo del estudio.

Los grupos focales utilizados se distribuyeron de la siguiente manera:

- *Apertura social: mujeres adultas y hombres adultos.
- *Derechos humanos: funcionarios de salud, empresarios, directores de centros educativos y comunicadores.
- *Adolescentes: padres, madres y educadores (as) (conservadores), padres y educadores (liberales).

Conclusiones:

*La comunicación, la confianza y la seguridad son aspectos fundamentales en la educación sexual tanto de los padres como de los jóvenes.

*Estos mensajes generan la discusión acerca de la conciencia del hombre en las cuestiones sexuales. En este campo la mujer se considera la responsable y la que toma la iniciativa en el cuidado de la relación y sus consecuencias. Por eso "es bueno que estos mensajes pongan énfasis en tratar de educar al hombre", para que adopte un papel participativo en la toma de decisión de aquellos aspectos que atañen a su vida íntima, de pareja y familia.

*Se encontró una escasa información en torno a las cuestiones de SIDA y abiertamente solicitan más información.

*Se tiene la idea de que el condón ya no es tanto una cuestión de prevención del embarazo, sino una preocupación para no contraer el SIDA.

*Hay una preocupación particular por las mujeres embarazadas y sus hijos (Ecopsa, 1991).

-MANOS Y OBJETOS: esta campaña tuvo como objetivos: a) Eliminar resistencias culturales y psicosociales que favorecieran la prevención del SIDA a través de la creación y fomento de la comunicación, la discusión, la información y el análisis de la problemática VIH/SIDA en los grupos sociales a los que se dirigió. b) Fomentar la noción del riesgo de contraer el VIH/SIDA.

En esta campaña se utilizaron símbolos directos estableciendo una relación entre la imagen y el audio para promocional el uso de condón.

Para esta campaña los promocionales de televisión fueron, en orden de aparición:

1.- ESCUELA: cuyo objetivo fue propiciar la interacción y la discusión sobre aspectos preventivos y de sexualidad entre educadores (padres y maestros), con los alumnos (adolescentes y pre-adolescentes).

2.- MITOS: en este spot se presenta a un grupo de jóvenes realizando una tarea de información sobre SIDA en la que se discuten algunos mitos sobre las formas de transmisión del VIH/SIDA.

3.- SANGRE SEGURA: su objetivo fue difundir el concepto de sangre segura y propiciar la exigencia de la etiqueta de garantía en casos de emergencias en clínicas y hospitales.

4.- OFICINA: pretendió generar un clima de apertura social que permitiera hablar de SIDA en cualquier lugar, particularmente en los centros de trabajo.

5.- FUTBOL: el objetivo de este fue fomentar la solidaridad, el apoyo y la comprensión hacia las personas afectadas por el VIH/SIDA. Cabe mencionar que este promocional contó con la suerte de que, de manera paralela a su transmisión se estuviese efectuando el Campeonato Mundial de Fútbol en los Estados Unidos.

6.- CAFETERIA: Al igual que el promocional de oficina pretendió generar climas de apertura social que permitieran hablar del SIDA en cualquier lugar.

El objetivo de la evaluación para "Manos y Objetos" fue el de determinar el nivel de eficacia de cada uno de los mensajes en cuanto al cumplimiento del objetivo de cada spot y la captación del mensaje por parte de la audiencia y la acción a la que motiva.

La evaluación de la campaña se basa en los resultados obtenidos en el trabajo con 13 grupos focales entre 6 y 10 personas que expresaron sus puntos de vista sobre la campaña.

A cada grupo se le mostraron 2 spots, grupos con nivel socioeconómico B y C, dado que es el tipo de público al que está dirigido el mensaje. Los grupos de edad con los que se trabajó fueron: 15 a 17, 18 a 25, 26 a 35 y de 36 a 50, en los cuales se presenta un mayor grado de incidencia de la enfermedad y de infección por VIH.

Resultados obtenidos en esta evaluación:

*Las enfermedades que despertaron mayor preocupación fueron: el cólera, las enfermedades respiratorias y digestivas. El Sida se mencionó como una de las principales preocupaciones en casi todos los casos.

*Se observó preocupación por aquellas personas, infectadas que contagian a otros por venganza o por ignorar que están infectadas. Se acrecentó el nivel de ansiedad justificando la falta de prevención, al depositar en el otro, el no tener control sobre las propias posibilidades de contagio, ya que aún cuando personalmente se hiciera todo para prevenir la enfermedad, nunca se estaría seguro.

*El Sida está relacionado con lo incurable, como enfermedad mortal, y esto también provoca en los grupos un alto grado de ansiedad, representada por silencio, enojo y molestia por el tema y en ocasiones demasiadas verbalizaciones que parecen no tener fundamento.

*Tanto los padres como los hijos expresan la necesidad de comunicarse mutuamente.

*Mujeres y hombres manifiestan tener confianza en sus parejas, existiendo en las mujeres firmemente el valor de la fidelidad como forma de control, los hombres expresan como seguridad "tener relaciones sexuales con sus mujeres es lo más seguro". Ellos plantean su rechazo al uso del condón, pues, generaría desconfianza en sus parejas, por otro lado ellas piensan que sus maridos no las engañan.

Para los hombres el SIDA ha venido a significar una limitación de la libertad, y ambos padres de mayor edad muestran preocupación en la salud de los hijos .

*La mayoría de los encuestados, expresaron que la posibilidad de prevención está dada en saber con quién se relacionan (hija de familia, conocido, saber quién es, etc.). La expresión "el otro es el que infecta y al que le da SIDA" establece una frontera entre lo "conocido" y lo "desconocido" quedando difusa la percepción de riesgo.

*A menor edad (15-17) la percepción de SIDA es más indefinida, no hay una preocupación por la falta de información. Los hombres tienen miedo a las prostitutas como grupo de contagio y las mujeres expresan miedo a los hombres con muchas parejas.

Conforme aumenta la edad de los grupos, aumenta el nivel de conceptualización aparente sobre salud, enfermedad, SIDA, etc.. lo cual está relacionado con el nivel de experiencia y de información.

Los grupos de edad (36-50) hablan de salud preventiva y sin embargo en todos los grupos predomina la concepción de que los susceptibles con mayor riesgo son los homosexuales, prostitutas y bisexuales.

En las mujeres (15-17 y 19-25) existe preocupación ante el SIDA y por la posibilidad de embarazo, cuando se habla de medidas preventivas se habla de cuidados con espumas, anticonceptivos y condones.

Los grupos mencionan a CONASIDA asociada a TeSIDA. Generalmente se le relaciona con un lugar donde van los enfermos, infectados, seropositivos y familiares de enfermos (Ipsos- 1993).

Para el período 1994-1995 del Plan de Medios de Comunicación se realizaron cuatro spots de televisión.

1.- DERECHOS HUMANOS: promueve entre la población en general una visión de respeto y solidaridad hacia los afectados por el VIH/SIDA, la promoción en la búsqueda de sus derechos humanos. El mensaje de este promocional fue: "La gente con VIH tiene los mismos derechos que tú. Respeta y defiende los derechos y la vida de las personas que viven con el VIH/SIDA. El conocimiento y el respeto a los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA nos hace mejores seres humanos".

2.- SIDA Y TRABAJO: promueve la prevención en las relaciones casuales dentro y fuera del lugar de trabajo. su mensaje fue dirigido a trabajadores, especialmente a obreros y oficinistas. El mensaje del promocional fue: "El SIDA te puede dar a ti. En cualquier relación sexual protégete del SIDA. La protección no te aleja de la diversión".

3.- SEXUALIDAD: su objetivo es promover la búsqueda de información de los diferentes aspectos de la sexualidad incluyendo temas relacionados con el SIDA y el aprendizaje para la toma de decisiones en el ejercicio de la sexualidad, dirigido a pre-adolescentes y adolescentes. El mensaje: "La sexualidad es proceso natural e integral que no debe dar pena hablar con amigos, padres y profesores. La sexualidad es algo que se aprende y hay que estar preparado para ejercerla con toda la información posible."

4.- MUJER Y SIDA: el objetivo de este promocional es remarcar que todas las mujeres sexualmente activas están en riesgo de contraer el VIH/SIDA. Pretende alertar la capacidad de la mujer, participación en la toma de decisiones con respecto al ejercicio y forma de vivir su sexualidad, así como también del derecho a decidir sobre su cuerpo. La frase fue: "Mujer, a ti también te puede dar SIDA".

Esta campaña tuvo una evaluación con grupos focales, donde se obtuvieron los siguientes resultados:

*No connota valores negativos.

*El SIDA resulta un tema que genera múltiples frenos y resistencias, ya que al encontrarse centrado dentro de la sexualidad, comparte los miedos y tabús que esta temática siempre ha despertado.

*Los entrevistados en general tienen una preferencia por los mensajes "fuertes".

*Esta campaña funcionó en el sentido, de que no sólo proporciona información, sino que también proporciona elementos para generar un cambio de actitud, en este caso destacaron dos mensajes: "Mujer y trabajo" los cuales implicaron al sujeto y cuestionaron de manera importante sus actitudes hacia el SIDA (Arrieta y Arevalo, 1994).

Con base en los datos descritos se puede observar, que el diseño y producción de las campañas educativas no se realizaron bajo un plan sistemático y específico; sino que fueron elaboradas de manera parcial, respondiendo a las necesidades informativas de diversos sectores de la población.

A lo largo de todas las campañas del CONASIDA hubo periodos de ausencia de campañas educativas en los medios masivos de comunicación. No obstante las campañas de información difundidas lograron despertar cierta motivación en la sociedad por conocer más de esta enfermedad, así como sobre los servicios que ofrece el CONASIDA como órgano oficial para atender y canalizar demandas informativas en torno a este padecimiento.

CAPITULO IV COMO FUNCIONA TELSIDA

Debido a la creciente epidemia del SIDA, a nivel mundial se crean diferentes organismos destinados a la vigilancia epidemiológica. En México durante 1986 se creó el Comité Nacional de Prevención del SIDA con el objeto de evaluar la situación del SIDA, establecer los criterios para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y el control de la enfermedad, así como coordinar la implantación de normas, pautas y actividades de control adecuadas. (CONASIDA, 1992).

En Agosto de 1988 se crea por decreto presidencial el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, contando con representación de instituciones del sector salud y de los sectores público, social y privado (CONASIDA, 1992).

CONASIDA es un organismo descentralizado de la Secretaría de Salud, que cuenta con una Dirección Ejecutiva, constituida por cuatro direcciones que son:

- * Dirección de Servicios a la Comunidad.
- * Dirección de Investigación.
- * Dirección Administrativa.
- * Dirección de Documentación y Comunicación.

A esta última pertenece la subdirección de TelsIDA la cual se divide en cuatro áreas:

1.- Información que su vez se subdivide en:

- * Documentos e información: recopilación de información documental sobre todo lo referente al tema del SIDA.
- * Fichas de información: dicha área resume toda la información en fichas a fin de facilitar el acceso, sirviendo como auxiliar en la información que se proporciona en la línea.
- * Respuestas a dudas: se reciben, analizan y se da respuesta a todas aquellas dudas que surgen en la línea al momento de dar información.
- * Referencias: se encarga de actualizar los datos de las diferentes instituciones que de alguna manera proporcionan servicios relacionados a la atención VIH/SIDA.

2.- Voluntariado: en esta Area se lleva a cabo el reclutamiento y selección de voluntarios, así como la coordinación de horarios para cubrir la línea telefónica y la organización de módulos de información solicitados por instituciones al CONASIDA.

3.- Evaluación: es donde se analiza la efectividad de las campañas, así como el impacto de las mismas. Evaluando las necesidades de la comunidad.

4.-Capacitación: se encarga de planear cursos o pláticas para los voluntarios, sobre temas relacionados al SIDA con el fin de tener una actualización en el manejo de la información.

ESCUCHA ACTIVA

En el manual de entrenamiento: TeLSIDA, Información Básica para Voluntarios se menciona que una de las técnicas que se utilizan en la línea de información TeLSIDA, es la "escucha activa", la cual a través de el tiempo que tiene la línea de prestar el servicio informativo ha sido muy útil para manejar diferentes tipos de llamadas.

En la línea telefónica existen gran variedad de demandas por parte de las personas que llaman: conocer síntomas, saber qué es el SIDA?, otras personas quieren conocer los últimos avances en tratamiento, información sobre servicios de apoyo, otras más requieren una orientación y consejo específico por angustia, miedo o ansiedad. Por ello la necesidad de que los operadores deben manejar las estrategias para identificar lo que el interlocutor (usuario de TeLSIDA) necesita.

"Escuchar activamente" significa escuchar cuidadosa y acertadamente (muchas veces hasta escuchar entre líneas). En la línea de información, la comunicación se da solamente a través de la conversación, por lo que escuchar con cuidado es el único acceso que tenemos para conocer aquello que él/la interlocutor/a necesita y está demandando (Carrillo E., Carrillo H., 1989).

Lo importante en la línea de información es aprender a escuchar, y no en preocuparse en cómo decirle a la persona todo lo que se supone debería saber. Es muy importante estar seguro de cuales son las inquietudes de la persona antes de iniciar un bombardeo de información que lejos de lograr un propósito confunda a la persona (Carrillo E., Carrillo H., 1989).

A algunas personas les resulta muy difícil hablar directamente de las cosas que les preocupan y prefieren solicitar cualquier información con la esperanza de encontrar respuestas a sus dudas. La mayoría de los aspectos del SIDA están relacionados con la intimidad, en relación a la vida sexual, familiar, interpersonal, etc. Estos temas son con frecuencia difíciles de discutir, además de que en ocasiones las personas no pueden explicarse a sí mismas qué es lo que les preocupa, por el miedo a enfrentar su sexualidad, así como la posibilidad de pérdida y la posibilidad de morir (Carrillo E., Carrillo H., 1989).

La responsabilidad del operador de la línea de información es cuestionar al interlocutor de manera sensible sobre aquellos aspectos que no quiere tocar. Además de ayudarlo a enfocar mejor sus preguntas que en ocasiones son muchas y sin sentido, en las cuales la persona no dice lo que realmente siente (Carrillo E., Carrillo H., 1989).

SISTEMA DE COMPUTO

Este sistema está diseñado para poder registrar de manera rápida y eficaz cada una de las llamadas recibidas, el diseño del mismo es accesible a cualquier persona aún sin conocimientos de computación.

Para que un voluntario tenga acceso al banco de datos de TeSIDA debe asignarse una clave y ser dado de alta dentro del sistema, donde tendrá acceso a fichas de información, referencias y documentos.

El sistema permite checar turnos de voluntarios en cuanto a horas y días, logrando con ello una mejor organización para evitar dejar descubierta la línea.

Las llamadas recibidas en TeSIDA son registradas en un formato estructurado (apendice I) que incluye:

1. Descripción de la Persona: en este apartado se puede indicar el sexo, práctica sexual, con riesgo, sin riesgo, VIH+, con SIDA, familiar-amigo VIH+/SIDA, persona conocida VIH+/SIDA y desconocido.
2. Contenido de la Llamada: Es aquí donde se registra todos los temas que fueron tratados por el usuario, ejemplo: vías de transmisión, mitos, prevención, asesoría emocional, información documental, asuntos legales, prueba, valoración de riesgo, etc.
3. Evaluación de la Campaña: Los datos que aquí se registran son los siguientes: Cómo se enteró del teléfono, región de la que está llamando, ocupación, edad, estado civil, grado de escolaridad, habló de SIDA y cual fue el tema que hizo que surgiera el comentario.

4. Comentarios, dudas y sugerencias: Este apartado permite al voluntario registrar comentarios, dudas y sugerencias, relacionados con diferentes temas: Derechos humanos, evaluación del servicio, quejas, referencias, etc., surgidos a través de la llamada.

POSTULADOS

A continuación se enlistan los lineamientos internos de TeLSIDA, los cuales fueron denominados postulados:

1.- Contesta siempre con amabilidad y respeto, como con nuestros mejores amigos, haciendo uso de las herramientas que nos proporciona el concepto de "escucha activa".

2.- Respeta el anonimato y la confidencialidad de nuestros interlocutores.

3.- No aceptes invitaciones, proposiciones, o ligues en las llamadas que recibas de TeLSIDA.

4.- Cuando recibas llamadas morbosas o para molestar, verifica la intención de la llamada y sólo cuelga, recuerda que no vale la pena confrontar a las personas que le dan ese uso a la línea, si es constante la llamada de determinado usuario, puedes comentarle que la línea es un servicio serio y de emergencia, además de que hay muchas personas esperando hacer uso de nuestro servicio.

5.- Para los puntos 3 y 4 toma aire, haz uso de tu sentido común, y ante todo recuerda que lo que decimos en el teléfono determina la imagen de todo el servicio al exterior.

6.- En cada una de las llamadas explora las verdaderas inquietudes de la persona al teléfono.

7.- Proporciona respuestas claras y concisas, con amabilidad ante todo.

8.- Se honesto/a en tus respuestas.

9.- Si no sabes alguna información, o tienes dudas, no te muestres inseguro en el teléfono y pregunta al supervisor en turno. También te pedimos que describas tu duda en la sección de dudas del sistema de cómputo para seguimiento de esa información, y tu recibirás una respuesta o comentario en correo y en novedades en cuanto se tenga la información.

10.- Si deseas puedes proporcionar tu nombre al interlocutor, como te sientas mejor, acuerdate que puedes crear más confianza, pero no des tu apellido, te pedimos que no proporciones tus datos personales ni los de tus compañeros.

11.- Si no es necesario, no proporciones la dirección de TeLSIDA.

12.- Recuerda que cuando estés en llamada no debes interrumpirla, por atender una llamada personal.

13.- En cuanto llegues a tu turno revisa y lee los anuncios en el pizarrón y en el panel de novedades de información, así como los notisidas acumulados. Al entrar en el sistema revisa las novedades que aparecen, y las de fechas anteriores si no las has leído, ya que resumen información importante de todos los días.

14.- Verifica en el pizarrón quien es el supervisor en turno para que con el refieras tus dudas y comentarios de momento.

15.- No contestes precipitadamente las llamadas, sin dar oportunidad de contestar a tus compañeros.

16.- Registra cada una de las llamadas que recibiste con sus claves correspondientes en el formato.

17.- Conserva tu clave de entrada al sistema totalmente personal, no la compartas con nadie, porque todo lo que suceda bajo tu nombre es tu responsabilidad. Cambia tu clave cada vez que el sistema te lo pida.

18.- Si estás dentro del sistema y decides tomar un descanso largo, procura salir del mismo para que nadie pueda ocupar tu clave.

19.- Al salir del sistema verifica tus horarios de los próximos catorce días, si los confirmas solo sales; y si hay algún cambio pide al supervisor que lo realice.

20.- Si te sientes indispuerto/a o tienes algún problema por lo cual no puedes contestar llamadas, sólo avisa al supervisor en turno.

21.- Revisa continuamente el panel de información en donde exponemos publicaciones recientes e invitaciones a cursos y eventos.

22.- Consulta constantemente las secciones de consulta y referencias con el fin de familiarizarte con la información y las referencias, (no tenemos toda la información capturada en el sistema poco a poco la hemos ido complementando, pero ya puedes hacer consultas).

23.- En ocasiones no contamos con alguna información o referencia de apoyo, o quizá cambian y se actualizan, en este caso coméntalo con el supervisor en turno y anótador en la sección de dudas para que el responsable de esa área haga los cambios.

24.- Cumple con el horario que te asignaste, si tienes cambios avisa por lo menos con 24hrs. antes, para buscar quien cubra tu horario y la línea no se quede descubierta.

25.- Respeta los horarios de tus compañeros, en especial si no tienes un horario fijo. Sólo en caso de que falten podrás cubrir su lugar.

26.- Mientras cubras tu turno procura permanecer en tu lugar de trabajo.

27.- Cuando estés en la línea procura guardar silencio, no permitas que nuestro interlocutor escuche risas, cotorreos, etc. Recuerda que nuestro servicio es serio y ante todo las personas que llaman merecen tu respeto.

28.- No comas ni fumes en los cubículos. Recuerda que es un lugar de trabajo, si deseas puedes hacerlo en el espacio destinado a ello (la cocineta). Cuando utilices vasos, platos o cualquier utensilio de la cocina déjalos limpios para que podamos conservar una buena imagen de nuestro lugar de trabajo.

29.- No maltrates el mobiliario, equipo de teléfonos y computadoras de TeLSIDA, es el lugar donde trabajas, considéralo tuyo también. Recuerda que luchamos mucho por contar con equipo adecuado y confortable.

30.- Procura que al asistir a cubrir tu turno no traigas acompañantes para que no corras el riesgo de que la vigilancia no le permita la entrada. Si deseas que alguien ajeno al voluntariado visite nuestras instalaciones comunícalo al supervisor en turno con anticipación para que le permitan la entrada. Procura que no sean visitas sociales, pues toma en cuenta que el espacio es reducido y que es una área de trabajo y se necesita silencio para concentrarse.

31.- Porta siempre tu gafete en un lugar visible para que no tengas problemas al entrar.

32.- Acude a las juntas de unificación de criterios, tu participación es esencial para que te mantengas actualizado, además de que tus opiniones, comentarios y experiencias son muy valiosos para enriquecer la reunión.

33.- Asiste a conferencias, talleres, cursos, etc. sobre la problemática del SIDA y temas relacionados para actualización, los cuales serán de gran valor para la información que proporcionamos en la línea.

34.- Para que todos tengamos criterios y políticas comunes de información es muy importante que tus aportaciones lleguen al resto del equipo, a través de las preguntas, dudas y comentarios que hagas por escrito o con los supervisores. No dudes en preguntar, compartir o sugerir. Ante todo pensamos que es la clave de que TeLSIDA mejore cada día la calidad del servicio y a la vez la calidad humana de sus integrantes.

Estos postulados fueron estructurados con base en políticas de información a seguir en la línea, el objetivo de los mismos, fue que la línea creciera cada día caracterizándose por brindar un servicio: anónimo y confidencial el cual permita a la persona hablar con confianza y sin inhibiciones y así pueda tener la tranquilidad de que el voluntario que le conteste no lo juzgue por sus actitudes y pensamientos.

Cabe mencionar que estos "postulados" también fueron estructurados con base en las necesidades y sugerencias de los mismos voluntarios que conforman el equipo de TeLSIDA.

INVESTIGACION EN LINEAS DE INFORMACION SOBRE SIDA

* Chavé, Juvet, Erismann y Francioli realizaron un estudio en 1991, denominado "La labor de la línea de información sobre SIDA en el Centro Hospitalario de la Universidad de Vaudois: Quién llama y por qué?". De enero de 1989 a diciembre de 1990, 7653 llamadas telefónicas fueron atendidas por esta línea de información. La mayoría de las llamadas recibidas fueron de público en general (82%), 12% fué de trabajadores de la salud y el 6% de personas infectadas por VIH. Encontraron que las principales razones para llamar fueron:

- información acerca del examen (público en general)
- información sobre estudios científicos (trabajadores de la salud)
- información para solicitar apoyo médico y social (personas VIH positivas).

* Shtun, Lum y Hillier llevaron a cabo una investigación en Ontario, Canada (1989), sobre: Hablar de prevención!, línea de información sobre SIDA del Ministerio de Salud. El objetivo fue promover un servicio telefónico comprensible para los residentes de Ontario como parte del programa multimedia de educación del SIDA, se utilizó un staff de 35 operadores bien entrenados dando servicio 7 días a la semana, 14 horas diarias, cabe mencionar que esta línea ofrece los servicios de información epidemiológica, transmisión, prevención acerca del virus del VIH, intervención en crisis y referencia de servicios. Los resultados obtenidos fueron en cuanto a las características de los usuarios:
-sexo: 54% hombres, 42% mujeres y 4% desconocido.
-preferencia sexual: 16% homosexuales, 4% bisexuales, 47% heterosexuales y 33% desconocido.
-edad: 39% entre los 19 años, 26% de 20 a 29, 16% de 29 a 39, 7.5% de 39 o más y 11.5% desconocido.

* Hausser, Burnand, Glauser y Gutzwiller llevaron a cabo en 1986, una investigación cuyo título es "Sida: información como un medio de prevención", cuyo objetivo: Es la información objetiva para los grupos expuestos y para el público en general la única vía posible en la prevención del SIDA. Un cierto número de información y acciones de soporte como consecuencia de la aparición del SIDA en Suiza. La línea de información del SIDA en el centro es una de estas acciones que tiene como objetivo orientar la información de acuerdo a la demanda y examinar la utilidad de esta información brindada, se hace una evaluación de las llamadas (octubre 23 de 1985 y el 31 de marzo de 1986).

De un total de 535 llamadas, 317 pidieron cita para examen o consulta, o información documental, 218 (41%) se refirieron al médico, 39% de las llamadas provenían de personas que estaban directamente preocupadas (enfermos, con un resultado seropositivo, pertenecientes a grupos de riesgo). 11% de las llamadas eran de trabajadores de la salud y 47% de público en general, 56% de las llamadas trataban de la transmisión de la enfermedad (sexual, sangre e indirecta), 22% tenían que ver con el examen de detección, 22% referentes a los síntomas.

De acuerdo con el reporte de un médico del Centro, el 55% de los casos tienen información adecuada, sin embargo, se encuentra un considerable número de ideas falsas que generan miedo irracional.

Esta línea de información da apoyo, soporte y comprensión principalmente a aquellos que pertenecen a un grupo de riesgo, este tipo de servicio se brinda más que el de información acerca de la enfermedad. la existencia de este servicio informativo está justificado pero se contempla más que como parte integral como una estrategia global de promoción de información.

* Tumbarello, Giuliani, Benedetti, Pezzotti, Valdarchi y colaboradores llevaron a cabo en 1989 un proyecto denominado "Una voz nacional para informar respecto a la infección del VIH: Línea de información sobre SIDA en Italia. Debido a la variedad de problemas relacionados con la epidemia del SIDA, es urgente dar información calificada y consejería. En junio de 1987, el Ministerio de Salud de Italia estableció una Línea de información que actuaba junto con el Centro Nacional de SIDA. A través del análisis de 39 000 llamadas recibidas durante el primer año de actividad, se obtuvieron datos certeros acerca del impacto emocional que el SIDA causa en la población italiana y los problemas que ocasiona: 67% de los usuarios pertenecen al grupo de entre los 20 y 39 años, la relación hombre-mujer es de 2 a 1. Se encontraron relaciones interesantes entre el contenido de la llamada y el sexo, la edad y el tipo de usuarios. La gran mayoría de las preguntas acerca de conceptos básicos y nociones acerca de la infección por VIH son cuestionadas por personas que no tienen riesgo. Durante el primer año el porcentaje de preguntas realizadas por personas con riesgo aumentó y las preguntas que se realizaban se volvieron más específicas.

* Benedetti, Zaccarelli, Giuliani y colaboradores en 1989 realizaron una investigación: "La línea de información italiana sobre SIDA: proporciona información al público". El servicio empezó a mediados de junio de 1987 y para finales de 1988 se habían recibido más de 51 000 llamadas aproximadamente 100 diarias, después de las primeras "olas" de llamadas. Dos tercios de los usuarios eran hombres. Las preguntas que se recibieron en su mayoría eran de transmisión (32% de hombres y 26% de mujeres), pruebas de detección (17%), síntomas (11%) y mitos (9% de los hombres, 18% de mujeres). Una tercera parte de los usuarios están en bajo riesgo, la mayoría eran seropositivos, 2% eran usuarios de drogas intravenosas.

* Van Daele, en 1989 realizó una investigación llamada: "La línea de información sobre SIDA Flanders: resultados de 1988". Teniendo como objetivos: 1.- Informar y dar apoyo a las personas y si es necesario referirlas a organizaciones especializadas para solicitar servicios y 2.- Saber quién llama y cuáles son sus necesidades, para poder ayudar a la elaboración de campañas de prevención.

En 1988, se contestaron 1 987 llamadas, aproximadamente las mismas que en 1987. Para permitir que más gente llamara se amplió el horario de servicio a partir de septiembre de 1989.

El 70% de los usuarios son hombres, 28% mujeres. Se encontraron dos sub-grupos importantes: personas que visitan prostitutas y homosexuales masculinos. La mayoría de los usuarios tienen entre 26 y 40 años. Personas de menos de 25 años llamaron durante el año pasado. Pocas veces hubo llamadas de prostitutas y drogadictos intravenosos. Muchas personas llaman por que creen que han tenido alguna actividad de riesgo, por lo tanto muchas preguntas tienen que ver con transmisión sexual y el examen de detección. La cantidad de personas que se aplicó el examen es baja, la mayoría de estos son personas que visitan prostitutas y homosexuales. El grupo de personas que visitan prostitutas están más familiarizados con el uso del condón que los homosexuales y heterosexuales. Sin embargo, en un alto porcentaje de miembros de todos los grupos, no utilizan el condón, por lo que, es necesario realizar campañas efectivas al respecto.

* Parsons, Bell y Gilchrist efectuaron una evaluación de la línea de información sobre SIDA British Columbia, en 1991, observando que durante las primeras 15 semanas de operación, al final de 1987, 6470 usuarios marcaron para recibir un mensaje grabado y 5500 fueron atendidas por operadores. La mayoría de los usuarios estaban en alto riesgo de contraer la infección, eran hombres entre 20-29 años y vivían en Vancouver.

La respuesta fue claramente afectada por las actividades de promoción y la campañas en los medios masivos.

* Morlet, Guinan, y Diefenthaler realizaron una investigación a la cual denominaron "El impacto de la muerte en la campaña nacional educativa sobre SIDA en el Centro y línea de información sobre SIDA (de la calle de Albion), dicho trabajo se efectuó en 1988. Observaron que el programa de educación referente al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) causó un crecimiento dramático del número de personas heterosexuales que acudieron a hacerse el examen de detección en el centro ubicado en la calle de Albion.

Hubo también un incremento marcado en el número de drogadictos intravenosos que se presentó a hacerse el examen, sin embargo a pesar de este incremento el porcentaje de personas dentro de este grupo que acuden a hacerse la prueba sigue siendo bajo.

No se presentó incremento en el número de homosexuales (hombres) que se presentaron a hacerse el examen. El incremento en el número de llamadas telefónicas recibidas en la línea de información del Centro se presentó en las llamadas de usuarios que solicitaban el examen más que en las llamadas de personas que solicitaban información acerca de las prácticas de sexo seguro. Por lo tanto se ve que la campaña cumplió con su objetivo principal: alertar a la población con vida sexual activa acerca de los riesgos de la propagación del virus, por parte de los grupos de riesgo a la población en general. Sin embargo, queda claro que futuras campañas de educación necesitan dirigirse a grupos de alto riesgo como el de los drogadictos intravenosos.

En TeLSIDA se han realizado las siguientes investigaciones:

* "La línea de información sobre SIDA: modelo para un país en desarrollo", el objetivo de esta investigación fue conocer la participación de México con la experiencia en la línea de información y la respuesta de la comunidad a través de las campañas de televisión. Se encontró que el número de llamadas se incrementó en un 1253% en relación con el primer periodo de 1990, encontrando cambios significativos en el contenido de las llamadas y en las características de los usuarios. También se encontró un incremento en la participación de voluntarios. (Carrillo E., Tovar M., Cipriano B. y cols., 1990).

* "Una herramienta alternativa de evaluación para la respuesta de intervención en los países en vías de desarrollo", teniendo como objetivo el desarrollar una herramienta de evaluación económica y efectiva con fines de intervención educativa, en particular para medir el impacto de las campañas en los medios masivos. Los resultados obtenidos durante el segundo semestre de 1993 al ser lanzada la campaña en los medios masivos, culminaron con un incremento de 181% en el número de llamadas, así como cambios en el contenido de las llamadas y en el perfil de los usuarios esto en relación con el tema de campañas. (Carrillo E., Tovar M., y cols., 1993).

* "Desarrollo de un sistema de cómputo para optimizar el servicio que brinda TeLSIDA". Cuyo objetivo plantea mantener la calidad del servicio que se proporciona en la línea de información telefónica sobre SIDA, incrementando la rapidez en la solución de dudas e información respecto a los servicios de apoyo de información especializada, con el fin de satisfacer eficazmente la demanda del público que llama a TeLSIDA, los resultados obtenidos en esta investigación fueron que el sistema de cómputo ha facilitado el proceso de búsqueda, consulta, captura de información y actualización de operadores voluntarios por lo que la calidad del servicio se vio notablemente mejorada.

Por otro lado permitiendo la calidad en la información y la comunicación con el numeroso grupo de voluntarios, así como la elaboración de evaluaciones estadísticas relacionadas con las llamadas que se reciben. Este sistema se puede utilizar en cualquier servicio de información y orientación al público con respecto al tema. (Pérez U., Carrillo E. y cols., 1993).

* "Quién llama a TeSIDA y qué preguntas hacen, un análisis retrospectivo", cuyo objetivo fue conocer las dudas sobre SIDA de los usuarios y establecer cómo éstas han ido cambiando en su contenido para tener indicadores que nos ayuden a monitorear las necesidades de información en la población en la actualidad, observándose que existe un cambio importante en el contenido y demanda de cada una de las llamadas recibidas desde la creación del servicio a la fecha. En un principio se plantearon preguntas más generales y en la actualidad el público tiende a formular preguntas más especializadas (Díaz M., Carrillo E., y cols., 1993)

TeSIDA no surge de manera estructurada o planeada, sino de manera informal, conforme al incremento de la problemática del VIH/SIDA en nuestro país y a las necesidades de información que demandaba la población y hasta la fecha continúa demandando. Tanto el equipo físico como humano que conforman a la línea, se caracterizan, el primero por ser accesible y facilitar la búsqueda de referencias e información de manera rápida y el segundo por que los voluntarios que contestan la línea cuentan con la disposición de ayudar a aquellos que necesitan de una mano amiga o de alguien que los escuche, ayudando a disminuir su angustia y sus miedos generados por la desinformación. Otro aspecto importante de mencionar en cuanto al grupo de voluntarios es la diferencia en profesiones que cada uno de ellos ejerce, hecho que hace aun más enriquecedor el trabajo que en la línea se realiza.

Este servicio tiene como propósito fundamental proporcionar información con fines educativos, preventivos, asesoría emocional y de referencia con respecto al VIH/SIDA, por lo cual su importancia es fundamental debido a que facilita el que las personas se acerquen de manera indirecta y como paso inicial a pedir la información que personalmente no se atrevían a solicitar por los temores creados que implica la relación existente entre sexualidad y SIDA, es por eso que TeSIDA es el primer contacto en el que se puede hablar sin inhibiciones sobre sus inquietudes y temores al establecer un diálogo confidencial entre el usuario y el operador.

TelSIDA aparece en las campañas masivas de comunicación como la primera imagen del CONASIDA, propiciando un acercamiento hacia los servicios que ofrece esta institución, promoviendo así la búsqueda de información, la participación social y el emprendimiento de acciones concretas (modificación de conductas) para la prevención del SIDA.

Actualmente las llamadas recibidas del interior de la república pueden ser recibidas por operadora cargando el costo al CONASIDA. Es importante mencionar que el servicio de lada 800 proximately entrará en funcionamiento ampliando más su servicio al interior república.

A manera de conclusión se puede decir que la importancia de esta investigación radica en conocer quiénes son las personas que solicitan el servicio de la línea, qué características tienen, por qué son estas personas las que llaman, qué las diferencia de las que no solicitan el servicio, qué impacto han causado las campañas informativas en ellos, qué fue lo que los impulsó a llamar, etc. Al conocer la respuesta a todas estas incógnitas es posible determinar cuales son las necesidades informativas que esta teniendo la población mexicana ante el fenómeno VIH/SIDA.

CAPITULO V METODOLOGIA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha avanzado de manera acelerada en todo el mundo, por ello se han realizado grandes esfuerzos de investigación para encontrar un tratamiento o una vacuna eficaces, pero se piensa que no se dispondrá de ellos por algunos años más. Se sabe que la información es uno de los medios disponibles hasta el momento para prevenir esta terrible enfermedad y no obstante que, existe difusión de información y de que mucha gente identifica que es el SIDA, conoce más o menos las formas de contagio, así como las de prevención, hace muy poco por cambiar sus conductas y comportamientos frente al VIH/SIDA. La presente investigación tiene como objetivo principal el conocer las necesidades de información que tienen los usuarios de la línea de información sobre SIDA (TelSIDA), esto con el fin de poder crear nuevas políticas de información para la elaboración de campañas masivas de información, por lo cual se plantean las siguientes interrogantes: ¿cuál es el perfil (características psicosociales) de las personas que llaman a la Línea de Información sobre SIDA TelSIDA? y si ¿existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a conductas de riesgo?, y asimismo conocer cuál es la relación entre las características psicosociales con la ocupación y la escolaridad.

VARIABLES

1.- Variable Dependiente: El perfil (características psicosociales) del usuario que llama a TelSIDA.

2.- Variables de Clasificación: Sexo, Ocupación y Escolaridad.

DEFINICION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Perfil (características psicosociales): Traducción gráfica (gracias a ejes graduados) de un conjunto de resultados obtenidos ya sea por un individuo (perfil individual), ya sea por un grupo (perfil medio del grupo), en una serie (batería) de test. (Mialaret, 1984).

Sexo: Condición orgánica que distingue el macho de la hembra, lo masculino de lo femenino. (Salvat, 1991).

Ocupación: Que hacer, labor en la que uno emplea el tiempo, cargo, oficio o profesión. (Diccionario Enciclopédico, 1986)

Escolaridad: F. conjunto de los cursos que un estudiante sigue en un colegio (Larousse, 1975).

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Hombre: Asignación dada a la persona que habla a TelSIDA, por el tono de voz escuchado y por el tipo de información que proporciona al llamar. Sin preguntar directamente.

Mujer: Asignación dada a la persona que habla a TelSIDA, por el tono de voz escuchado y por el tipo de información que proporciona al llamar. Sin preguntar directamente.

Perfil: Definición de características psicosociales básicas que distinguen a unas personas de otras al solicitar información a TelSIDA sobre sus situaciones de riesgo, medidas de prevención del VIH/SIDA, nivel de conocimientos sobre el tema del SIDA, estado emocional en que se encuentra momento de llamar, así como su postura con respecto a su sexualidad ante el VIH/SIDA.

Ocupación: Actividad principal a la que dedican su tiempo de trabajo las personas que llaman a TelSIDA.

Escolaridad: Nivel máximo de estudios que tienen los usuarios de TelSIDA.

MUESTREO

El tipo de muestreo que se utilizó para esta investigación fue no probabilístico de tipo intencional, donde se atendieron las llamadas de personas, recibidas en la Línea de Información sobre SIDA (TelSIDA) que cubrieran el rango de edad preestablecido de 15 a 35 años, por que la mayoría de las personas que llaman están entre estas edades.

MUESTRA

La muestra que se utilizó para la realización de esta investigación fue de 215 sujetos, 115 hombres, 100 mujeres que tuvieran entre 15 y 35 años de edad.

TIPO DE INVESTIGACION

Fue un estudio de campo con carácter descriptivo, lo cual concuerda con lo que define Campbell: "Los estudios de campo son investigaciones o interacciones, entre variables sociológicas, psicológicas y educacionales en estructuras sociales reales... generalmente el investigador en este tipo de estudios valora las consecuencias de una intervención o tratamiento que ocurre en el momento en que realiza su estudio, pero que no ha sido introducida por él, y en otras le interesa conocer el estado actual de un fenómeno sin interesar sus causas..." (1970).

Algo que es importante mencionar es que la población estudiada fue tomada en el momento de llamar a la Línea de Información sobre SIDA, siendo este su ambiente natural, sin ser prefabricado por las investigadoras.

DISEÑO

Se aplicó el diseño de una muestra de acuerdo a las necesidades de la investigación. La muestra estuvo constituida por hombres y mujeres.

ESCENARIO

La aplicación del instrumento se realizó en las instalaciones de TelSIDA, la cual cuenta con un área especial para atender las llamadas recibidas diariamente, ésta consta de 5 cubículos con su respectiva línea telefónica y terminal de cómputo donde cada operador puede atender sus llamadas. Así mismo se contó con suficiente luz e iluminación.

INSTRUMENTO

Para la elaboración del instrumento se llevó a cabo un piloto, donde las preguntas se elaboraron pensando en no herir la susceptibilidad de los usuarios y con base en la experiencia que las investigadoras han adquirido durante su voluntariado. Las áreas contempladas fueron pensadas con el fin de obtener la información suficiente que permitiera conocer por qué los usuarios llaman a TeSIDA y cuáles son sus necesidades reales de información. El instrumento (apéndice 2) estuvo compuesto por 5 preguntas abiertas ya que no había la opción de poder aplicar más, por que, no es lo mismo tener una atención cara a cara en la cual se puede incitar a la persona a seguir contestando un mayor número de preguntas, evitando así que en la línea telefónica el usuario corte la comunicación en cualquier momento, ante un gran número de preguntas. A continuación se describen cada una de las áreas que se exploraron con su pregunta correspondiente:

* **Percepción de riesgo:** se exploró si el usuario de TeSIDA, se había expuesto a situaciones de riesgo, así como saber sus verdaderas inquietudes al llamar.

1.- Desea hacerse el examen porque se lo exigen para cubrir algún requisito o por decisión personal?.

- Ha tenido usted alguna situación de riesgo que le preocupe?

* **Prevención:** saber si el motivo de la llamada es para conocer aspectos de profilaxis para el padecimiento del SIDA y sus consecuencias.

2.- La información que usted requiere es para cuidarse de la infección del virus del SIDA?

* **Conocimientos:** esta área exploró el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, de los usuarios de la línea.

3.- Que información tiene usted del SIDA?

* **Emocional:** en la cual se exploró la forma en que las personas expresaban sus sentimientos (llanto, miedo, cólera, etc.).

4.- Después de la información que le acabo de proporcionar, cómo se siente usted en este momento?

* **Sexualidad:** Es aquí donde se explora la postura del usuario con respecto al ejercicio de sus relaciones sexuales y la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

5.- Cree que su vida sexual ha cambiado a raíz de que usted se entera que existe esta enfermedad?

Asimismo se elaboró una ficha de identificación donde se incluyeron datos sociodemográficos tales como: edad, ocupación, estado civil, región, escolaridad.

Cabe mencionar que el sexo y la práctica sexual del usuario, no se cuestionaron directamente, la información se obtuvo por los datos que él mismo relataba a lo largo de la llamada.

Se incluyeron dos preguntas que están contempladas para la evaluación de la campañas de CONASIDA: * Ha platicado del tema del SIDA con alguien en las últimas dos semanas?, * Por qué surgió el tema de platica?

PROCEDIMIENTO

La aplicación del piloteo se llevó a cabo durante dos semanas donde se seleccionaron cinco preguntas para el instrumento, cubriendo las áreas descritas anteriormente, algunas de las cuales se respondieron a lo largo de la llamada sin necesidad de que ellos lo supieran, habiendo otras preguntas donde si se le pedía al usuario su participación, haciéndole la aclaración de que las preguntas al final de la llamada eran para realizar una encuesta con el fin de llevar a cabo una investigación temporal y que su participación era de forma voluntaria. La aplicación se llevó a cabo durante los meses de octubre y noviembre de 1994, en el turno matutino de 9 a.m. a 2 p.m.. Es importante mencionar que se consideraron las llamadas de personas cuyas edades fluctuaran entre los 15 y los 35 años donde el tema principal de la llamada era obtener informes sobre dónde realizarse un examen del VIH/SIDA, es aquí donde las investigadoras intervenían para saber si realmente estas personas habían incurrido en prácticas de riesgo.

ANALISIS ESTADISTICO

El análisis estadístico que se utilizó para esta investigación fue el paquete estadístico spss pc versión 4, en el cual se incluyen dos sub-rutinas a) La de frecuencias la cual permitió realizar un análisis descriptivo a fin de conocer las características generales de la muestra estudiada. b) la chi cuadrada que sirvió para efectuar un análisis inferencial el cual permitió observar las diferencias estadísticamente significativas, en la variable sexo, la edad y la escolaridad sobre todos los ítems aplicados.

CAPITULO VI RESULTADOS

Para el análisis de datos de la presente investigación se utilizó el paquete estadístico SPSS PC versión 4, el cual incluye dos subrutinas: a) La de frecuencias las cuales permitieron realizar un análisis descriptivo a fin de conocer las características generales de la muestra estudiada, esto con base en los datos socio-demográficos obtenidos durante la aplicación del instrumento, y b) La chi cuadrada sirvió para efectuar un análisis inferencial, el cual permitió observar si existen diferencias estadísticamente significativas, en la variable sexo sobre todos ítems aplicados.

a) ANALISIS DESCRIPTIVO

Se aplicó un instrumento a una muestra no aleatoria de 215 sujetos de las personas que llaman a la Línea de Información sobre Sida, 115 hombres representando el 53.5% y 100 mujeres representando el 46.5%. (Ver Tabla 1).

TABLA 1.
GENERO

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOMBRES	115	53.5
MUJERES	100	46.5
TOTAL	215	100.0

En la Tabla 2, se observa que la edad de la mayoría de las personas que llaman es de 23 años representando el 10.7% de la muestra, con una desviación estandar de 4.82 y rango de 15 a 35 años, lo cual indica que a TeSIDA llama más gente joven.

TABLA 2.
EDAD

GRUPOS DE EDAD	EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15-21	15	2	.9
	16	2	.9
	17	7	3.3
	18	13	6.0
	19	16	7.4
	20	13	6.0
	21	8	3.7
22-30	22	14	6.5
	23	23	10.7
	24	17	7.9
	25	17	7.9
	26	16	7.4
	27	10	4.7
	28	12	5.6
29	10	4.7	
31-35	30	12	5.6
	31	2	.9
	32	3	1.4
	33	5	2.3
	34	7	3.3
	35	6	2.8
TOTAL		215	100.0

Por otro lado se encontró que la mayoría de los sujetos cuentan con nivel medio de escolaridad en un 45.1% del total de la muestra, (Ver Tabla 3).

**TABLA 3.
NIVEL DE ESCOLARIDAD**

GRUPOS	ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BASICA	PRIMARIA	8	3.7
	SECUNDARIA	26	12.1
MEDIA	BACHILLERATO	97	45.1
SUPERIOR	LICENCIATURA	80	37.2
	POSGRADO	4	1.9
	TOTAL	215	100.0

Así mismo se encontró que el mayor número de llamadas recibidas son del Distrito Federal con un 86.0%, en comparación con las llamadas recibidas de Provincia representadas con 14.0%. (Ver Tabla 4).

TABLA 4.
REGION

REGION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DISTRITO	185	86.0
PROVINCIA	30	14.0
TOTAL	215	100.0

En cuanto a la ocupación, en el caso de los hombres se encontró que en su mayoría son empleados en diversos giros, ocupando el 41.7% del total, por otro lado, la mayoría de las mujeres son estudiantes con un porcentaje de 29.0% (Tabla 5a y 5b).

TABLA 5a.
OCUPACION HOMBRES

HOMBRES	FRECUENCIA	%
PROFESIONISTA	4	12.2
ESTUDIANTE	36	31.3
EMPLEADO	48	41.7
EL HOGAR	3	2.6
MAESTRO	2	1.7
ARTISTA	2	1.7
COMERCIANTE	6	5.2
OBRAERO	2	1.7
DESEMPELADO	2	1.7
TOTAL	115	100.0

TABLA 5b
OCUPACION MUJERES

MUJERES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PROFESIONISTA	13	13.0
ESTUDIANTE	29	29.0
EMPLEADA	24	14.0
AMA DE CASA	14	14.0
SECRETARIA	12	12.0
MAESTRA	2	2.0
ENFERMERA	1	1.0
ARTISTA	1	1.0
EMPLEADA DOMESTICA	2	2.0
DESEMPLEADA	1	1.0
TOTAL	100	100.0

En la Tabla 6 se puede observar que la mayoría de los sujetos tienen el estado civil de soltero, lo cual está representado por el 75.3%.

**TABLA 6.
ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	162	75.3
CASADO	43	20.0
DIVORCIADO	3	1.4
UNION LIBRE	6	2.8
SEPARADO	1	.5
TOTAL	215	100.0

En cuanto a la práctica sexual se puede inferir que la mayoría de los sujetos son heterosexuales representados por el 62.8% (Ver Tabla 7).

**TABLA 7.
PRACTICA SEXUAL**

PRACTICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HETEROSEXUAL	135	62.8
HOMOSEXUAL	11	5.1
DESCONOCIDO	69	32.1
TOTAL	215	100.0

Con respecto al ítem ¿Ha platicado de SIDA con alguien y por qué surgió el tema? se observó que el 54.4 % de las personas reportaron no haber hablado del SIDA hasta el momento de llamar a la línea de información por lo tanto no hablaron del tema (54.4%), no obstante los que sí lo hicieron fue con amigos (20.5%), el tema surgió por que les preocupaba, representados por el 21.9% del total de la muestra (Ver Tabla 8 y 9).

TABLA. 8
¿HA PLATICADO DEL SIDA CON ALGUIEN EN LAS DOS ULTIMAS SEMANAS. CON QUIEN?

X	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMIGOS	44	20.5
PADRE	2	.9
MADRE	3	1.4
PAREJA	24	11.2
MAESTROS	5	2.3
FAMILIA	3	1.4
PADRE Y MADRE	1	.5
CON SU JEFE	2	.9
PERSONAL DE SALUD	8	3.7
HERMANOS	3	1.4
TIOS	1	.5
PRIMOS	1	.5
NO HABLO CON NADIE	117	54.4
CONOCIDO	1	.5
TOTAL	215	100.0

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

TABLA 9.
¿PORQUE SALIO EL TEMA?

X	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PREVENCION	23	10.7
INFORMACION	13	6.0
ME PREOCUPA	47	21.9
TEMA DE MODA	10	4.7
SOLUCIONAR PROBLEMA	4	1.9
SIN RESPUESTA	117	54.4
POR INVESTIGACION	1	.5
TOTAL	215	100.0

El 87.9% de las personas que llaman a la línea reportaron que desean hacerse el examen por decisión personal, mientras que el 5.6% no expresó deseos de hacerse el examen. (Ver Tabla 10)

TABLA 10.
¿DESEA HACERSE EL EXAMEN POR QUE SE LO EXIGEN PARA CUBRIR UN REQUISITO O POR DECISION PERSONAL?

X	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DECISION PERSONAL	189	87.9
PARA CUBRIR UN REQUISITO	8	3.7
NO EXPRESO DESEOS DE HACERSE EXAMEN	12	5.6
NO HE PENSADO EN EL	4	1.9
ES PARA OTRA PERSONA	2	.9
TOTAL	215	100.0

El 29.3% reportó haber tenido relaciones sexuales sin el uso del condón con una pareja heterosexual. Sin embargo un 24.2% menciona haber tenido la misma situación de riesgo, haciendo énfasis en que éste fue con una pareja ocasional. Así mismo un 21.9% de las personas manifestó haber tenido relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional desconocida. Es importante mencionar que ninguno de los sujetos de la muestra reportó haber tenido relaciones sexuales con el uso del condón tanto con pareja heterosexual como con pareja homosexual. Tabla 11.

TABLA 11.
¿HA TENIDO ALGUNA SITUACION DE RIESGO QUE LE PREOCUPE?

X	FRECUENCIA	PORCENTAJE
REL. SEX. SIN CONDON CON PAREJA OCASIONAL	1	.5
REL. SEX. SIN CONDON CON PROSTITUTA	6	2.8
REL. SEX. SIN CONDON CON HOMOSEXUAL	3	1.4
REL. SEX. SIN CONDON HETEROSEXUAL	52	24.2
REL. SEX. SIN CONDON CON PAREJA OCASIONAL HETEROSEXUAL	63	29.3
REL. SEX. SIN CONDON CON PAREJA OCASIONAL HOMOSEXUAL	9	4.2
REL. SEX. SIN CONDON CON PAREJA OCASIONAL DESCONOCIDA	47	21.9
REL. SEX. CON CONDON CON PROSTITUTA	5	2.3
REL. SEX. CON CONDON HETEROSEXUAL	2	.9
PRACTICA DE SEXO SEGURO	2	.9
TRANSMISION POR SANGRE	3	1.4
NO HAY RIESGO	14	6.5
NO RESPONDIO	8	3.7
TOTAL	215	100.0

En la Tabla 12 se observa que el 42.3% reporta que la información que solicita es para saber si está infectado, así mismo un 34.9% solamente expreso un si.

TABLA 12.

¿LA INFORMACION QUE USTED REQUIERE ES PARA CUIDARSE DE LA INFECCION POR EL VIRUS DEL SIDA?

X	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	75	34.9
ES PARA SABER SI ESTOY INFECTADO (A)	91	42.3
SI, SOLO QUIERO HACERME EL EXAMEN	2	.9
ES PARA NO INFECTAR A MI PAREJA	8	3.7
ES PARA PREVENIR DEPENDIENDO DEL RESULTADO	1	.5
NO	11	5.1
NO RESPONDIO	15	7.0
NO, SOLO QUIERO HACERME EL EXAMEN	12	5.6
TOTAL	215	100.0

En su mayoría los usuarios de TeSiDA reportaron conocer las vías de transmisión del VIH/SIDA (47.0%). A diferencia de un 21.4% que reporta no tener información. (Ver Tabla 13).

TABLA 13.
¿QUE INFORMACION TIENE USTED SOBRE SIDA?

X	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CONOCE VIAS DE TRANSMISION	101	47.0
ASPECTOS ETIOLOGICOS	1	.5
ASPECTOS CLINICOS	18	8.4
VIAS DE TRANSMISION Y MITOS	3	1.4
VIAS DE TRANSMISION Y COMO NO SE TRANSMITE	10	4.7
VIAS DE TRANSMISION Y TRANSMISION POR OBJETOS PUNZO CORTANTES	1	.5
VIAS DE TRANSMISION Y ASPECTOS ETIOLOGICOS	1	.5
VIAS DE TRANSMISION Y ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS	1	.5
VIAS DE TRANSMISION Y ASPECTOS CLINICOS	11	5.1
NO HAY RESPUESTA	22	10.2
NO TIENE INFORMACION	46	21.4
TOTAL	215	100.0

Respecto a "Como se sentian después de la información recibida" el 47.9% reportó sentirse intranquilo, en contraparte con el 41.4% que manifestó sentirse bien. (Ver Tabla 14).

TABLA 14

DESPUES DE LA INFORMACION, QUE LE ACABO DE
PROPORCIONAR COMO SE SIENTE USTED EN ESTE MOMENTO?

X	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BIEN	89	41.4
CON MIEDO	104	47.9
CULPABLE	3	1.5
MAS ORIENTADO	9	4.2
INTERESADO POR HACERME EL EXAMEN	1	.5
NO RESPONDIO	10	4.7
TOTAL	215	100.0

En la Tabla 15 se observa que el 33.0% de los usuarios reporta que si ha cambiado su vida sexual a raíz de que se entera de la existencia del SIDA.

TABLA 15.
CREE QUE SU VIDA SEXUAL HA CAMBIADO A RAIZ DE
QUE UD. SE ENTERA DE QUE EXISTE EL SIDA?

X	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	73	33.5
SI, SOLO TENGO REL. SEX. CON UNA PAREJA	3	1.4
SI, POR QUE TENGO MIEDO AL INICIAR UNA REL. SEX.	15	7.0
SI, POR QUE SIEMPRE UTILIZO PROTECCION	8	3.7
SI, PROCURO NO TENER REL. SEX. CON CUALQUIERA	21	9.8
SI, EVITO TENER REL. SEX.	11	5.1
SI, HA ACTUAR RESPONSABLEMENTE	5	2.3
NO	38	17.7
NO, SOLO TENGO REL. SEX. CON UNA PAREJA	9	4.2

NO. POR QUE TENGO REL. SEX. IGUAL QUE ANTES	13	6.0
NO. POR QUE SIEMPRE UTILIZO PROTECCION	8	3.7
NO. PROCURO NO TENER REL. SEX. CON CUALQUIERA	1	.5
NO CONTESTO	11	5.1
TOTAL	215	100.0

Para finalizar se puede concluir que las características psicosociales que presentan las personas que llaman a la Línea de Información sobre SIDA (TelSIDA) son: de sexo masculino de 23 años de edad, con un nivel de escolaridad de bachillerato, en su mayoría llaman del Distrito Federal, empleados con diversos giros, de estado civil solteros, con preferencia heterosexual y hasta el momento de hablar a la línea no tuvieron algún comentario, plática o discusión sobre el tema del SIDA con alguien en particular, manifestando que su necesidad de hablar a TelSIDA es por que desean información sobre dónde, cómo y cuándo pueden hacerse la prueba del VIH/SIDA, debido a que incurrieron en prácticas de riesgo, lo cual lo expuso en peligro de contraer el virus y sienten la inquietud por saber si pudieron haberse infectado, así mismo manifestaron conocer la vías de transmisión, así como sentirse intranquilos, expresando que a raíz de que se enteraron de la existencia de la enfermedad del SIDA, si se han dado cambios en su vida sexual.

b) ANALISIS INFERENCIAL

Este análisis fue aplicado a fin de conocer si existen diferencias estadísticamente significativas por género, edad, y escolaridad entre las personas que llaman a la Línea de Información sobre SIDA (TelSIDA).

Se Puede observar en cuanto al género que de todas las variables (tabla 16) utilizadas solo tres fueron significativas:

a) Situación de Riesgo: Se encontró que en términos de haber tenido situaciones de riesgo se observaron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, debido a que los hombres tienen relaciones sexuales sin condón con pareja ocasional desconocida, con respecto a las mujeres se encontró que tienen relaciones sexuales sin condón heterosexuales.

b) Ocupación: Se observó que si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la actividad que desempeñan ya que hay más hombres empleados, artistas y desempleados. En el caso de la mujeres se encontró que hay más amas de casa. Así mismo las ocupaciones que no se presentaron en hombres son: secretario, mesero, empleado doméstico y en mujeres: comerciante y obrero, estas diferencias se dieron por que existen ocupaciones específicas para hombres y mujeres.

c) Ha cambiado su vida sexual: a su vez se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres. En los hombres se encontró que su vida sexual no ha cambiado, sus relaciones sexuales siguen siendo igual que antes de que se enteraran de la existencia del SIDA. Por su parte en las mujeres se observó que si existen cambios en su vida sexual debido a que tienen miedo al iniciar una relación sexual, así mismo procuran no tener relaciones sexuales con cualquiera.

TABLA 16.
 CHI-CUADRADA
 DIFERENCIAS POR GENERO

VARIABLE	X2	P
EDAD	15.24	.76
ESCOLARIDAD	.31	.98
REGION	1.44	.22
OCUPACION	39.72	.00*
HA HABLADO DE SIDA CON	21.70	.06
DE QUE TEMA	5.15	.52
EXAMEN	7.46	.11
SITUACION DE RIESGO	83.09	.00*
INF. CUIDARSE DE LA INFECCION	6.43	.49
QUE INFORMACION TIENE	8.76	.55
COMO SE SIENTE	9.34	.49
HA CAMBIADO SU VIDA SEXUAL	36.62	.00*

* p <= .05

En cuanto a la edad, se observa que las variables significativas fueron las siguientes:

Ocupación: Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de edades de los usuarios que llaman a TeSIDA. En el grupo de edad comprendido entre los 15 a 21 años se observó que son estudiantes, empleados y amas de casa, en comparación con aquellos usuarios con edades entre los 22 y los 30 años cuyas ocupaciones fueron empleados, estudiantes y profesionistas a su vez en el grupo de edad de los 31 a los 35 años tienen como ocupación empleados, profesionistas y amas de casa.

Estado Civil: En los tres grupos de edad se observó que son de estado civil soltero, sin embargo se encontró que en la edad entre los 15 a 21 años así como también en el grupo de 22 a 30 años los usuarios son casados. Por último, los de 31 a 35 son casados, seguidos por unión libre, así como divorciados (tabla 17).

TABLA 17
CHI CUADRADA
DIFERENCIAS POR EDAD

VARIABLE	X ²	P
OCUPACION	76.27	.00
ESTADO CIVIL	41.44	.00

* $P <= .05$

En la escolaridad en relación con la ocupación se encontró que si existen diferencias estadísticamente significativas, encontrando que aquellos usuarios de la línea con educación básica se dedican a actividades del hogar, seguidos por la actividad de empleados con diversos giros. En comparación con la educación media se observa que los usuarios tienen como ocupación la de empleados, así como estudiantes y amas de casa, así mismo, en cuanto a la educación superior se observa que tienen como principal actividad de estudiantes, seguida por la de empleados y por último la de amas de casa (tabla 18).

TABLA 18
CHI-CUADRADA
DIFERENCIAS POR ESCOLARIDAD

VARIABLES	X2	P
OCUPACION	94.9	.00

* P <= .05

Como se puede observar solo hubo diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas; por lo tanto la edad y escolaridad no son factores relevantes para esta investigación.

CAPITULO VII DISCUSION Y CONCLUSIONES

El propósito de la investigación, fue el de conocer el perfil (características psicosociales) de los usuarios que llaman a TeLSIDA considerando su género y conducta de riesgo en que han incurrido, así como conocer si existen diferencias en la conducta de riesgo entre hombres y mujeres.

Con los resultados obtenidos en esta investigación por medio de la aplicación del cuestionario (apéndice 2), se obtuvo un perfil de las personas que llaman a la línea de Información sobre SIDA (TeLSIDA), el cual se puede describir por áreas, en cuanto a datos sociodemográficos se encontró que en su mayoría son hombres, entre 23 y 26 años de edad, con una escolaridad promedio de bachillerato, de ocupación empleados con diversos giros y oficios, de estado civil solteros, preferencia sexual: heterosexual, que llaman del Distrito Federal.

Con respecto a las áreas descritas se irán revisando cada una. De acuerdo a la población estudiada, se encontró que la mayoría de las personas que llaman a TeLSIDA, son hombres y que esto tal vez se debe a que los hombres tienen mayor libertad en cuanto a sus prácticas sexuales, sin embargo, como se menciona en la evaluación de la campaña Manos y Objetos (CONASIDA, 1993) para los hombres el SIDA ha venido a significar una limitación de libertad sexual, es quizá por este motivo que, desde el momento en que llaman a la línea de información empiezan a percibirse como personas con riesgo. Por otra parte, las mujeres llaman en menor proporción, ya que no se perciben como personas con riesgo puesto que ellas practican la fidelidad y depositan en el otro (su pareja) la posibilidad de infectarse, expresando... "yo no tengo riesgo, pero mi pareja si, ha andado con otras personas, tengo miedo por que no usamos condón".

En relación con la edad, las personas que más llaman, están entre los 23 y los 26 años de edad, hecho, que como lo revelan los datos difundidos por CONASIDA (1989), se debe a que es en esta edad, cuando se tiene mayor actividad sexual, y por lo tanto, existe mayor riesgo a la infección por VIH/SIDA.

Se observa que la mayoría de las llamadas recibidas en TeLSIDA son del Distrito Federal y el Area Metropolitana, lo cual indica que en las grandes urbes y por la gran concentración de población es donde hay mayor incidencia en casos de VIH/SIDA y sin embargo las zonas semiurbanas y rurales se están viendo afectadas rápidamente (CONASIDA, 1989).

En lo que a estado civil se refiere, la mayoría de los entrevistados fueron solteros, como lo cita CONASIDA (1990), al no tener una estabilidad sexual con una pareja, existe mayor libertad para tener relaciones sexuales con varias parejas.

En cuanto a la preferencia sexual, la mayoría del grupo estudiado son heterosexuales, como lo menciona Mireles (1990), no existe ningún grupo especial de personas en relación a las cuales la infección esté limitada, indicando con esto que no existen grupos de riesgo, todos están dentro de la posibilidad de infectarse por el VIH/SIDA.

La mayor parte de los entrevistados expresó no haber hablado del tema del SIDA, con nadie en particular, concuerda con lo dicho por Carrillo (1990) esto se debe a que para algunas personas es difícil abordar el tema del SIDA, debido a la estigmatización que se ha creado en torno a éste, y así mismo, el hablar del SIDA implica hablar sobre aspectos íntimos de la vida sexual, familiar e interpersonal. No obstante que existe esta limitación, TeLSIDA se ve favorecida al ofrecer su servicio en forma confidencial y anónima, coincidiendo con la experiencia adquirida en la línea de información por las investigadoras, observando que los usuarios inicialmente se sienten inhibidos y que en la medida en que el operador establece un buen rapport, ellos entran en confianza, enfrentando aspectos muy profundos de su sexualidad.

La población estudiada reportó, que su deseo de realizarse la prueba es por decisión personal, es importante reafirmar que las pruebas de detección para el VIH/SIDA, deben ser solicitadas sólo por decisión del interesado y bajo la plena concientización de haber tenido un riesgo. Sin embargo, en últimas fechas, la prueba ha sido impuesta a quienes aspiran laborar o ingresar a diversas instituciones o empresas, ignorando el derecho que tienen las personas de permanecer en el anonimato en caso de obtener un resultado VIH positivo.

Los datos que reporta el CONASIDA (1989) revelan que la forma más común del contagio del VIH/SIDA, en adultos es por vía sexual, esta información salió a relucir en los resultados obtenidos en esta investigación, donde, la gran mayoría de la población reportó haber tenido riesgo en relaciones sexuales sin condón con parejas ocasionales y a su vez reportan tener conocimientos sobre las principales vías de transmisión del VIH, lo cual lleva a formular la siguiente interrogante: ¿Por qué si la población conoce las formas de transmisión del VIH/SIDA, sigue incurriendo en prácticas de alto riesgo?.

Bayés (1994) menciona que el impacto emocional de una persona con sospechas de encontrarse contagiado por el virus del VIH/SIDA, puede traducirse en angustia, depresión e ideas de suicidio, Morín (1984) por su parte habla del miedo que provoca el saber que no existe cura ni vacuna para el SIDA, por lo que el miedo a la muerte surge con gran fuerza y a la vez se da un enfrentamiento del ejercicio de su sexualidad con los valores culturales que esto implica. Se observó que los usuarios de la línea de información a los que se les aplicó el cuestionario pasaban por este proceso, ya que manifestaban sentirse con gran angustia e intranquilidad, al haber percibido el riesgo al que se habían expuesto, cabe mencionar que al final de la llamada mostraron cierta tranquilidad al sentirse más informados sobre lo que tienen que hacer para realizarse la prueba del VIH/SIDA. Una de las respuestas que se obtuvieron: -"me siento muy intranquilo, pero con la información que usted me dio ya se lo que debo hacer, y no me sentiré mejor hasta que me haga el examen"- , (citado en Buendía, Cuemes y Ortega, 1993).

Como anteriormente se mencionó, el principal motivo por el cual los usuarios llaman a la línea de información sobre SIDA, fue para pedir información sobre dónde, cómo y cuándo realizarse una prueba para detectar anticuerpos contra el VIH/SIDA, debido a que reportaban prácticas de alto riesgo, por otra parte se observó una contradicción al cuestionarles si en su vida sexual se habían dado cambios a raíz de la aparición del VIH/SIDA, reportando que si se habían dado esos cambios, sin embargo se pudo inferir en que tales cambios no fueron reales pues días antes habían incurrido en conductas de alto riesgo (relaciones sexuales sin condón).

Se encontró, en lo referente a conductas de riesgo entre hombres y mujeres que éstas difieren, ya que los hombres tienen relaciones sexuales sin condón con parejas ocasionales, aun teniendo pareja estable en ese momento; en cuanto a las mujeres éstas incurren en relaciones sexuales sin condón heterosexuales con pareja estable, observándose en ellas que su percepción de riesgo es por que sospechan que su pareja mantiene relaciones sexuales con otras personas y con ellas no usan el condón, estos datos se traducen en que para las mujeres el poder de negociación en cuanto a la toma de decisiones sexuales es muy limitado, observándose que los hombres son los que tienen el poder de decisión (Gordon y Charnock, 1993). Es por ello que a las mujeres les resulta difícil protegerse mediante la negociación del uso del condón.

En cuanto a la ocupación se encontraron diferencias estadísticamente significativas, ya que las mujeres tienen como ocupación principal la de estudiantes, empleadas y amas de casa. con respecto a los hombres se encontró que tienen como ocupación la de empleados seguidos por estudiantes.

Respecto a la edad se encontró diferencias entre los grupos de 15 a 21 años, donde la mayoría tiene la ocupación de estudiantes, seguidos por empleados y amas de casa. En el grupo de edad de 22 a 30 años la ocupación principal fue la de empleados, estudiantes y profesionistas. por último en el grupo comprendido entre los 31 y 35 años son en su mayoría son empleados, profesionistas y amas de casa.

Respecto a la variable estado civil en los tres grupos de edad, se encontró que la mayoría son solteros, encontrando que en el grupo entre los 15 a 21 son seguidos por los casados, en el grupo entre los 22 y los 30 años reportan ser casados y en unión libre, por su parte en el grupo entre los 31 y 35 años además de ser casados y en unión libre hay personas divorciadas.

En lo que se refiere a la escolaridad se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación con la ocupación, encontrando que en el grupo con educación básica las actividades que predominan son amas de casa y empleados en diversos giros, por su parte el grupo con educación media realiza actividades de empleados, estudiantes y amas de casa, asimismo el grupo con educación superior tiene como actividades la de estudiantes, empleados y amas de casa.

En importante mencionar que estas diferencias estadísticamente significativas, se dieron únicamente en variables sociodemográficas, por lo tanto no son factores relevantes para esta investigación

Se puede concluir que TelSIDA en comparación con otras líneas de información sobre SIDA, inicia sus servicios casi simultáneamente ya que ante la presencia de esta nueva enfermedad la población necesitaba y demandaba información. Estas coinciden en que su principal objetivo es proporcionar información básica sobre SIDA (Vías de transmisión, mitos, prevención, etc.), asesoría emocional, intervención en crisis, orientación sexual, etc.. Otros puntos en común de TelSIDA con otras líneas de información es que la mayoría de las llamadas que se reciben son de hombres, el servicio es proporcionado por operadores voluntarios y las llamadas atendidas de manera confidencial y anónima, asimismo se observa que la mayor parte de las llamadas recibidas en líneas de información sobre SIDA, son sobre información para realizarse examen, por que se ha incurrido en prácticas de riesgo.

En sus inicios, TelSIDA llegaba a recibir alrededor de 10 llamadas diarias, donde se daba atención en la línea principalmente a usuarios del Centro de Información situado en la calle de Flora número 8 en la col. Roma; el registro de éstas se realizaba en una libreta donde se registraban datos sociodemográficos del usuario, así como del tema principal de la llamada. Durante 1989 empieza a incluirse en las campañas masivas de comunicación el número telefónico de TelSIDA como referencia para obtener mayor información, es entonces cuando el número de llamadas empieza a incrementarse recibiendo aproximadamente 100 llamadas al día, con un total anual de 11 583 llamadas. Para 1990 el total anual fue de 13 137 llamadas, observándose que el aumento en las llamadas fue poco significativo entre estos dos años. En 1991 el total anual de llamadas fue de 20 802, comparándose esta cifra con los 2 años anteriores el aumento fue de 7 665 llamadas. Así mismo para el 1992 se observó un total anual de 26 718 llamadas. Para el siguiente año el aumento fue de 483 llamadas en comparación con 1992, con un total anual de 30 521 llamadas. Durante 1994 las llamadas incrementaron hasta más de 100% con un total anual de 75 126 llamadas. Se observa un aumento bastante significativo en los últimos años, se piensa que este incremento se debió a la difusión de las campañas del CONASIDA.

El impacto que el SIDA ha causado sobre la sociedad no solo afecta al paciente, a sus familiares y amigos, sino que ha demostrado tener aspectos significativos sobre toda la sociedad, debido a que sigue habiendo estigmatización, rechazo, culpabilización hacia los afectados, y gran discriminación el cual explica Kraus (1994), sigue siendo uno de los vicios más arraigados de la sociedad, (citado en Godínez, 1994).

Como lo menciona Mann (1994), debe hacerse énfasis en que la sociedad abandone prejuicios y estigmas que muchas de las veces las utiliza como defensa contra el SIDA, ello se puede hacer mediante las campañas masivas de información y educación. Ya que al hacer conciencia, en la población de que el SIDA es una enfermedad que puede afectar a cualquiera, ello ayudaría a conseguir que cada persona se responsabilice de su propio comportamiento, (citado en Godínez, 1994).

Respecto a las campañas de información y educación, se observó que desde inicios de la epidemia del SIDA en México, han existido severas restricciones para su difusión en los medios masivos de comunicación y específicamente en televisión, ya que abordar el tema del SIDA siempre va a implicar hablar de aspectos íntimos de la sexualidad que son censurados por diversos sectores de la sociedad, así como grupos conservadores como Pro-Vida, ya que hablar de estos temas implica un proceso formativo de valores culturales, actitudes y conocimientos que en la actualidad siguen siendo muy arraigados. En los últimos tiempos la televisión ha sido uno de los medios masivos de comunicación más importante, accesible y directo para enviar mensajes de información a una gran parte la población. Por lo tanto es urgente e importante que este medio masivo de comunicación cambie sus políticas, facilitando la transmisión de mensajes televisivos, sin importar el objetivo y la población a la cual estén dirigidos los promocionales (relaciones sexuales, uso del condón, fidelidad, derechos humanos, etc.), así como proporcionar horarios accesibles para que su difusión pueda ser vista por cualquier tipo de público. Así mismo es importante mencionar que otros medios masivos de comunicación como son la prensa y radio realmente han tenido gran apertura para tratar temas relacionados a la sexualidad y el SIDA, cumpliendo así con sus objetivos: información, sociabilización, debate y diálogo, educación e integración (facilitando así el acceso a la diversidad de mensajes) (Guerrero, 1993).

Uno de los propósitos de esta investigación radica en que por medio de la Línea de Información sobre SIDA (TelSIDA), se pueden detectar las necesidades de información que en su momento está teniendo la población mexicana ante el SIDA, por lo cual es importante definir nuevas políticas de información para la elaboración de campañas masivas de comunicación dirigidas a los diferentes sectores de la sociedad y en especial a aquellos que tienen riesgo en relaciones sexuales; ya que se encontró que asimilan su exposición al riesgo y sin embargo incurrir nuevamente en estas, por lo cual, es importante que se retomen nuevas estrategias de elaboración de campañas masivas de comunicación que lleguen a mayor número de personas.

Es importante tener presente que, para que el SIDA se vea como un riesgo real en toda la población, las campañas de información y educación deben integrar aspectos de la vida cotidiana ya que la población se puede ver plenamente identificada por la presentación de situaciones y personajes reales, en este caso es necesario que las campañas sean dirigidas hacia a aquellas personas que tienen riesgo por relaciones sexuales ya sea con parejas ocasionales o con pareja estable, dando énfasis a que la población reconozca la necesidad de cambiar conductas para así poder detener la tasa de crecimiento de esta terrible enfermedad.

Debido a que el tema del SIDA implica tratar la sexualidad, a muchos de los usuarios se les dificulta hablar sobre sus prácticas de riesgo con personas desconocidas, no obstante a esta limitante hubo buena disposición para responder el cuestionario, se considera que esto se debió al buen rapport establecido y a que el servicio es anónimo entre el usuario y las investigadoras, aclarando antes de plantearles las preguntas, que sus respuestas eran totalmente voluntarias y que la información que reportaran iba a ser manejada en forma confidencial y con fines de investigación únicamente.

Como propuestas concretas de esta investigación y con base en los resultados obtenidos se proponen:

a) La creación de una área específica para dar seguimiento a aquellos usuarios que inicialmente llamaron a TeSIDA para pedir informes sobre dónde, cómo y cuándo realizarse la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH, ya que durante esta etapa se observó que los usuarios pasan por un proceso emocional bastante difícil, el cual muchas de las veces no pueden afrontar solos y necesitan la ayuda de alguien, la línea puede ser en estos casos de gran utilidad para poder acompañarlos durante todo este proceso, independientemente de cual sea el resultado que obtenga la persona en la prueba, brindándole asesoría si el examen saliera positivo sobre como deberá ser su vida desde este momento, así como referirlos con médicos, psicólogos, etc. y/o en caso de que sientan la necesidad de hablar con alguien por que se encuentran solos. En caso contrario si el examen fuera negativo poder ayudar a las personas para que concienticen el riesgo al cual se expusieron a fin de modificar conductas. Todo esto con la finalidad de saber que es lo que pasa con estas personas durante y después de este proceso, así como saber si la información realmente ha sido efectiva.

b) Al término de esta investigación el servicio de lada 800 entró en funcionamiento, por lo tanto, es importante que se difunda ya, en los medios masivos de comunicación este servicio.

c) Diseñar campañas masivas de comunicación donde el objetivo no sea el bombardeo de información, ya que las campañas del CONASIDA han cumplido ya con este objetivo, como lo manifiestan los resultados obtenidos en esta investigación, la gente sabe qué es el SIDA, conoce la formas de contagio y es capaz de reconocer las maneras de prevención, sin embargo, estos mismos individuos "más o menos" informados hacen muy poco por cambiar sus comportamientos frente al SIDA, ante lo cual es urgente que se elaboren campañas haciéndose énfasis en la modificación de conductas, puesto que la población sigue exponiéndose en riesgo de contraer el VIH/SIDA, teniendo relaciones sexuales sin condón, sobre todo parejas estables heterosexuales que siguen pensando en que existe fidelidad por parte de su pareja.

d) Es importante que se elaboren campañas dirigidas a personas con prácticas de riesgo bisexuales y homosexuales ya que se ha olvidado enfocar campañas en especial para estos sectores, ya que "el SIDA es un problema que nos afecta a todos".

e) Que la difusión de campañas preventivas sea permanente en los medios masivos de comunicación ya que, se ha observado que su ausencia genera olvido entre la población.

f) Se propone la creación de áreas específicas donde las llamadas sean canalizadas de acuerdo a su contenido: 1.-asesoría psicológica e intervención en crisis, donde se atendieran llamadas de crisis, apoyo emocional, etc., con la sugerencia de que los operadores fueran psicólogos, 2.-información documental, área donde se recibieran aquellas llamadas de trabajos escolares e investigaciones, 3.-tratamientos y asesoría médica en la cual se canalizaran las llamadas sobre estos temas, proponiendo que esta atención sea dada por profesional de salud especializado en SIDA.

BIBLIOGRAFIA

-Aridjis P., (1988). ¿Cómo se contagia el virus del SIDA?, Gaceta CONASIDA. México, año 1, n.5.

-Arrieta S., Arevalo A., (1994). Informe de Resultados, Estudio Cualitativo de Mercado para Evaluar la Nueva Campaña publicitaria de CONASIDA, México.

-Asociación Estadounidense para la Salud Mundial, (1993). Día Mundial del SIDA 1994, SIDA y Familias, EUA, 20.

-Bayés R., (1994). SIDA y Psicología: Realidad y Perspectivas. en Revista de Psicología General y Aplicada. 47, 2, 125-127.

-Benedetti P., Zaccarelli M., Giuliani M. (1989). The Italian AIDS Hot-Line: Providing information to the People. AIDS Care, 1, 2, 145-152.

-Buendía Torres, M., Gumes García, T., (1993). Perfil Psicológico del Paciente Sintomático y Asintomático del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Tesis de Licenciatura UNAM. México.

-Campbell D. y Stanley J., (1970). Diseños Experimentales y Cuasixperimentales en la Investigación Social. Buenos Aires, Argentina, Amorrortu Editores.

-Carrillo E., Tovar M., Cipriano B., Rico B., Del Río, C. (1990), Sixth International Conference on Aids. Abstract vol.2, San Francisco California. USA.

-Carrillo E., Tovar M., Cipriano, B., Rico B., Del Río, C., (1993), IXth Conference International on AIDS, Abstract Book vol. 2, Berlin.

-Carrillo E., Carrillo H. (1989).. **TeLSIDA, Información Básica para Voluntarios.** Conasida, México/San Francisco AIDS Foundation. E.U.

-Carrillo Rosado E.. (1990). **TeLSIDA: más que un servicio informativo.** Gaceta **CONASIDA.** México, 2. p.14-15.

-Cerón Mendez S., (1989). **Sistema de Apoyo Psicológico por Teléfono: Implementación de Técnicas de Intervención Psicológica.** Tesis de Licenciatura UNAM. México.

-Chave JP., Juvet A., Erismann L., Francioli P., (1991), Telephone duty "AIDS Information" at Vaudois University Hospital Center: who calls and why?. **Schweizerische Medizinische Wochenschrift.** 21, 50, 1900-1902.

-CONASIDA, (1989), **Pre-evaluación de Materiales para la Campaña de Información y Prevención del SIDA en el STC-Metro, México.**

-CONASIDA, (1989), **El Médico Frente al SIDA, México.**

-CONASIDA, (1989), **El Odontólogo Frente al SIDA, México.**

-CONASIDA, (1992), **Reporte Anual, México.**

-CONASIDA. (1993). **Reporte Anual, México.**

-CONASIDA, (1993), **Guía para la Atención Domiciliaria, México.**

-CONASIDA. (1994). **Reporte Sexenal, México.**

-CONASIDA. (1994), **Guía para la Atención Psicológica de Personas que viven con el VIH/SIDA, México.**

-Díaz M., Carrillo, E., Rico, B., Del Rio, C., (1993), **IV Congreso Nacional sobre SIDA, Memorias**, México.

-Dirección General de Epidemiología, (1990). **SIDA, Información Básica para el Personal de Salud**, Secretaría de Salud, México.

-**Diccionario Enciclopédico**, (1986). Ediciones Grijalbo, S.A..México.

-Ecopsa (Estrategias de Comunicación y Opinión Pública S.A.), (1991), **Campaña de Comunicación, CONASIDA Evaluación Cualitativa**, México.

-Fromm E., (1974). **La Familia**, Ediciones Península, España.

-Garner Godfrey, (1981). **Encuestas Sociales**, Edit. Nueva Editorial Interamericana. México.

-Godínez Ibarra, A., (1994). "El Proceso de Duelo y su Relación con el VIH/SIDA (Revisión Documental, Propuesta y Elaboración de un Instrumento)". Tesis de Licenciatura UNAM. México.

-Gomesjara F., (1980). **Técnicas de Desarrollo Comunitario**, Edit. Distribuciones Fontamara. México.

-Gordon G., (1993). **Negociando el sexo más seguro**, **Gaceta Universitaria, CONASIDA**, número especial, México, 8.

-Guerrero Brigido, G., (1993). **Actitud de los Adolescentes hacia la Historieta como Medio Informativo en la Prevención del SIDA**. Tesis de Licenciatura. Universidad del Valle de México. México. 18-20.

-Hausser D., Villars, S., Burnand, B. Glauser M. P. Gutzwiller F., (1986). "AIDS: Information as a Means to Prevention". **Sozial- und praventivmedizin**. 31, 4-5, 192-194.

-Indre, (1994). (Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos), **Boletín Mensual de SIDA/ETS**. México, 8, 12:2796, diciembre.

-Licea Jimenez, G., (1993). **La Familia ante el SIDA. Suplemento el Nacional Sociedad y SIDA**. México, 29, Febrero, 8-9.

-Licea Jimenez, G., (1993). **Adolescencia, Sexualidad y SIDA**. Tesis de Licenciatura, UNAM. México, 54-55.

-Lyle R. Peterson, R.J. Simonds, Jukka Koistenen, (1993). **Transmisión del VIH a través de Sangre, Organos y Tejidos transplantados**. **AIDS**, 7. supl 1, Editorial Announcement.

-McGuigan F. J., (1992). **Psicología Experimental un Enfoque Metodológico**, Edit. Trillas. México.

-Merson M. H., (1994). **SIDA y Familia, Folleto Informativo, Asociación Estadounidense para la Salud Mundial**. USA, 1 de diciembre de 1994..20-21.

-Mialaret G., (1984). **Diccionario Ciencias de la Educación**. Edit. Oikos-Tau, S.A., Barcelona España. p. 367.

-Miller, Weber, Green, (1989). **Atención a Pacientes de SIDA**. Edit. Manual Moderno. México.

-Ministerio de Salud, (1990). **Comisión Nacional del SIDA. Manual de Educación para la prevención del SIDA**. Santiago de Chile.

-Mireles V., (1990), **La Plaga del Siglo: Infección por VIH un Enfoque Diferente**. México.

-Moliner M., (1981). **Diccionario del Uso del Español**, Edit. Gredos. Madrid.

-Morlet A., Guinan, J.J., Diefenthaler I., Gold J., (1988). The Impact of the Grim Reaper National AIDS educational campaign on the Albion Street (AIDS) Center and the AIDS Hot Line. *Medical Journal Aust.* 148, 6, 282-286.

-Organización Panamericana de la Salud, (1993). SIDA, La Epidemia de los Tiempos Modernos, Comunicación para la Salud No. 5, EUA.

-Parson D. C., Bell M., A., Gilchrist L.,D., (1991). Evaluation of the British Columbia AIDS information Line. *Canadian Journal of Public Health.* 82, 6, 399-403.

-Pego Pratt U., (1994). Historización de las Campañas del CONASIDA período 1987-1995. México.

-Pequeño Larousse en Color, (1975). Editorial Noguer, España.

-Pérez Urquijo J., Carrillo E., Rico B., Del Río C., (1993) Desarrollo de un sistema de cómputo para optimizar el servicio que brinda TeSIDA. IV Congreso Nacional sobre SIDA, Memorias, México.

-Predvechni G.P., Kon I.S., Platónov K.K., (1992). *Psicología Social.* Asbe Editorial, México.

-Rhodes T., (1994). Reinserción Social del VIH, Educación de los Compañeros y cambios de la Comunidad: Desarrollos y Dilemas. *SeiSIDA.* 5, 9, 539-540.

-Rodríguez Aroldo, (1976). *Psicología Social,* Edit. Trillas. México.

-Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, (1990). SIDA, Información Básica para el Personal de Salud". México, 66-68.

-Secretaría de Salud, (1994). Centro Nac. de la Transfusión Sanguínea, México, p.18-43.

-Sepúlveda Amor. J., (1989). SIDA, Ciencia y Sociedad en México, Edit. Fondo de Cultura Económica, México,

-Shtun P, Lum L., Hiller W., (1989). Les's Talk! Ontario Ministry of Health AIDS hot line. 5a. Conferencia Internacional sobre SIDA.

-Slaikou Karl A., (1993). Intervención en Crisis. Edit. Manual Moderno, México.

-Stanislowski C., (1989). Información y Medidas Preventivas para el Personal de Laboratorios Clínicos de Rutina sobre el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. Secretaría de Salud, México.

-Tumbarello M., Giuliani, M., Benedetti P., Pezzotti P., Valdarchi C., Abeni D., Di Fabio M., Olivia C., Ricci F., Suligoì B., (1989). A National Voice for Information About HIV Infections: The Italian State Aids Hot-Line. Public Health. 103, 6, 447-454.

-VAN DAELE M., (1989). AIDS Hot Line Flanders: Results in 1988. Archives Belges. 47, 1-4, 165-169.

FECHA:
HORA INICIO:
HORA TERMINO:

NOMBRE:

DESCRIPCION DE LA PERSONA

SEXO.....() () 0 SIN RIESGO () 4 FAM-AMIGO VIH+
PRACTICA.....() () 1 CON RIESGO () 5 FAM-AMIGO PCS
() 2 VIH+ () 6 PERS CONOC VIH+
() 3 CON SIDA () 7 PERS CONOC PCS
() 8 DESCONOCIDO

CONTENIDO DE LA LLAMADA

() A TRANS SEXUAL () I PRAC SEXO SEGURO () O ATENCION DOMICILIO
() B CT C/PROSTITUTA () J PREVENCION () R TRANS. PERINATAL
() C RELA. CASUAL () K RIESGO DENTISTA () S VALORACION RIESGO
() D SINTOMAS () L TRATAMIENTOS () T MITOS
() E PRUEBA DETEC. () M ASESORIA EMOCIONAL () U ASESORIA MEDICA
() F TRANS. SANGRE () N INFOR. DOCUMENTAL () V ORIENTACION SEX.
() G CONT. COTIDIANO () O ASUNTOS LEGALES () W TEMA DE CAMPANA
() H USO DE CONDON () P DERECHOS HUMANOS REFERENCIAS:

EVALUACION DE LA CAMPANA

COMO SUPO DEL TEL....() * EDO. CIVIL....()
ANUNCIOS.....() * ESCOLARIDAD....()
REGION.....() * COMENTARIOS....()
OCUPACION.....() * HABLO DE SIDA.() *
EDAD.....() * TEMA.....() *

* CONSULTAR TABLA CORRESPONDIENTE

CLAVES:

SEXO: (H)OMBRE, (M)UJER, (T)RANSEXUAL, (D)ESCONOCIDO, NIN(O), NIN(A)
PRACTICA: (H)OMOSEXUAL, H(E)TEROSEXUAL, (B)ISEXUAL, (D)ESCONOCIDO
EDO. CIVIL: (S)OLTERO, (C)ASADO, (U)NION LIBRE, D(I)VORCIADO,
S(E)PARADO, (V)IUDO, (D)ESCONOCIDO.
ESCOLARIDAD: (A)NALFABETA, (P)RIMARIA, (S)ECUN, (T)ECNICO.
(B)ACHILERATO, (L)ICENCIATURA, POS(G)RADO, (D)ESCONOCIDO.

COMENTARIOS DUDAS Y SUGERENCIAS

D.H.= DERECHOS HUMANOS ()
EVA= EVALUACION ()
HOR= HORARIOS ()
INF= INFORMES ()
QUE= QUEJAS ()
REF= REFERENCIAS ()
SIS= SIST. COMPUTO ()

* CLAVES DE REGISTRO

apendice 1

REFERENCIAS:

- 1-FLORA
- 2-COPILCO
- 3-CRIDIS
- 4-OFIC. CONASIDA
- 5-ONG'S
- 6-C. SALUD/HOSPITALES
- 7-MEDICOS PRIVADOS
- 8-APOYO PSCOLOGICO
- 9-ORIENTACION SEXUAL
- 10-FUNERARIAS
- 11-LAB. PARTICULAR
- 12-ASESORIA LEGAL
- 13-COESIDAS
- 14-CAPACITACION
- 15-VOLUNTARIADO
- 16-FARNACIAS
- 17-CENTRO SAN SIMON
- 18-PROYECCION VIDEO

¿COMO SUPO DEL TEL.?:

- 1-T.V.
- 2-RADIO
- 3-FOLLETOS/CARTELES
- 4-PERIODICO/REVISTA
- 5-CENTRO DE ASISTENCIA
- 6-INST. DE SALUD
- 7-METRO
- 8-AMISTAD/FAMILIAR
- 9-ANUNCIO EXTERIOR
- 10-DIF
- 11-CONFERENCIA
- 12-MEDICO
- 13-TEL. DE INFORMACION
- 14-ASUNTOS LEGALES
- 15-OTROS
- 16-FLORA/COPILCO
- 17-ESCUELA
- 18-TRABAJO
- 19-MELATE
- 20-SECCION AMARILLA

OCUPACION:

- 1-PROFESIONISTA
- 2-EMPLEADO
- 3-EMPRESARIO
- 4-PROFESIONAL DE SALUD
- 5-ESTUDIANTE
- 6-AMA DE CASA
- 7-MAESTRO
- 8-OBRAERO
- 9-CAMPESINO
- 10-ARTISTA
- 11-COMERCIANTE
- 12-SECRETARIA
- 13-DESEMPLEADO
- 14-PROSTITUCION
- 15-JUBILADO
- 16-MILITAR
- 17-DEPORTISTA
- 18-TURISTA
- 19-EMPLEADA DOMESTICA

HABLO DE SIDA CON:

- 1-PADRE
- 2-MADRE
- 3-PADRE Y MADRE
- 4-HERMANOS
- 5-TIOS
- 6-PAREJA
- 7-AMIGOS
- 8-MAESTROS
- 9-PERSONAL DE SALUD
- 10-EN EL TRABAJO
- 11-OTROS
- 12-HIJOS
- 13-SUEGROS
- 14-PRIMOS
- 15-ALUMNOS
- 16-ONG
- 17-TELSIDA
- 18-FAMILIAR
- 19-PAREJA OCASIONAL
- 20-PACIENTES
- 21-NO HABLO

TEMAS:

- 1-INFORMARME
- 2-INFORMAR
- 3-TENA DE MODA
- 4-ACONSEJAR
- 5-SOL. PROB.
- 6-ME PREOCUPA
- 7-CONVIVIR C/P
VIH/SIDA.
- 8-OTROS
- 9-PREVENIR
- 10-INVESTIG.
- 11-NINGUNO

apendice 1

ANUNCIO:

1-ACTOR
2-GRUPO MUSICAL ROCK
3-GRUPOS CIVILES
4-MAESTRA
5-EMPRESARIO
6-S
7-SUPER BARRIO
8-DISEÑADORA
9-LABORATORISTA
10-ADOLESCENTES
11-DENTISTA
12-MAYRA/TELSIDA
13-LOTERIA HOMBRE
14-LOTERIA MUJER
15-LOTERIA SIRENA
16-NO RECUERDA
17-ANUNCIO MUJERES
18-VENDAS
19-PUENTE/CONASIDA
20-CARLOS Y AMELIA
21-PROGRAMA ESPECIAL
22-SEROPOSITIVO
23-ADOLESCENTES
24-SPOTS XEQK
25-ESCUELA
26-MITOS
27- ARTICULO SUPLEMENTO
28-ENLACE
29-SPOTS DE RADIO
30-OFICINA
31-SANGRE SEGURA
32-ESPECTACULARES
33-FUTBOL
34-CAFETERIA
35-DERECHOS HUMANOS

REGION:

AGS-AGUASCALIENTES
BCN-BAJA CALIFORNIA NTE.
BCS-BAJA CALIFORNIA SUR
CAM-CAMPECHE
CHI-CHIHUAHUA
CHS-CHIAPAS
COA-COAHUILA
COL-COLIMA
DF-DISTRITO FEDERAL
DGO-DURANGO
EXT-EXTRANJERO
GRO-GUERRERO
GTO-GUANAJUATO
HGO-HIDALGO
JAL-JALISCO
MEX-ESTADO DE MEX.
MIC-MICHOACAN
MOR-MORELOS
NAY-NAYARIT
NL-NUEVO LEON
OAX-OAXACA
PUE-PUEBLA
QR-QUINTANA ROO
ORO-QUERETARO
SIN-SINALOA
SLP-SAN LUIS POTOSI
SON-SONORA
TAB-TABASCO
TAM-TAMAULIPAS
TLA-TLAXCALA
VER-VERACRUZ
YUC-YUCATAN
ZAC-ZACATECAS

CUESTIONARIO

apendice 2

SEXO:

OCUPACION:

REGION:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

ESCOLARIDAD:

PRACTICA SEXUAL:

1.-¿DESEA HACERSE EL EXAMEN POR QUE SE LO EXIGEN PARA CUBRIR UN REQUISITO O POR DECISION PERSONAL?

* HA TENIDO USTED ALGUNA SITUACION DE RIESGO QUE LE PREOCUPE?

2.-¿LA INFORMACION QUE USTED REQUIERE ES PARA CUIDARSE DE LA INFECCION POR EL VIRUS DEL SIDA?

3.-¿QUE INFORMACION TIENE USTED DEL SIDA?

4.-¿DESPUES DE LA INFORMACION QUE LE ACABO DE PROPORCIONAR, COMO SE SIENTE USTED EN ESTE MOMENTO?

5.-¿CREE QUE SU VIDA SEXUAL HA CAMBIADO A RAIZ DE QUE USTED SE ENTERA QUE EXISTE EL SIDA?

*¿HA PLATICADO DEL TEMA DEL SIDA CON ALGUIEN EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS, CON QUIEN?

*¿POR QUE SALIO EL TEMA?