

133



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

SERIE RADIOFONICA "ENCUENTROS VIH-SIDA"

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN CIENCIAS DE LA COMUNICACION**

P R E S E N T A N :

**ALMA LILIA SANTA OLALLA PIÑON
LETICIA MARTINEZ BAEZ**

2970852

ASESOR: LIC. FERNANDO MUNGUIA RODRIGUEZ

MEXICO, D. F.

AGOSTO DE 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

**“Con o sin virus, lo que tienes por delante es la vida,
con o sin virus, algún día vamos a morir,
con o sin virus, no te atormentes con el pasado o el
futuro, vive tu presente,
con o sin virus, tú escoges cómo vivir lo que te ha tocado
vivir.”**

Psic. Víctor Ortíz

A mis padres

Laura y Gonzalo

Mi más infinito amor, agradecimiento y admiración por ser siempre el ejemplo de lucha para lograr mis más grandes anhelos.

A Laura, Gonzalo, Paco, Liza y Juan
Por ser los mejores hermanos del mundo.

A mis tías Toña y Elia

Por estar siempre ahí, con todo su cariño, apoyándome.

A Oscar

Por seguir fiel a sus convicciones de hombre digno y verdadero, a pesar de todas las adversidades. Por llegar en el momento preciso y enseñarme lo maravilloso que es vivir en el azul.

A todas aquellas personas que desde sus trincheras luchan día a día contra el VIH-SIDA. Mi sincero reconocimiento.

ALMA LILIA SANTA OLALLA PIÑÓN

A ese ser tan especial que ha estado
en cada instante de mi vida.

A Tomasita y a Erne
Por todo su amor.

A Luisita e Ignacio
Por la vida.

A mis hermanos y hermanas
Por su apoyo.

**A Carlos, Juan, Cipri, Lilian,
Lupita, Lilia, Tere, Claudia,
Gaby, Elo, Chuy y demás
amigos; por el ayer, el ahora
y el mañana.**

A mis amigas y compañeras del CIAM
Con sororidad.

LETICIA MARTÍNEZ BÁEZ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
-------------------	---

CAPÍTULO I

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

1.1 Antecedentes.....	10
1.1.1 Desarrollo del padecimiento.....	17
1.1.2 Las Pruebas.....	21
1.1.3 Evolución y perspectivas.....	24
1.2 Personas que viven con el VIH.....	29
1.2.1 Aspectos psicológicos.....	30
1.2.2 Aspecto social.....	35
1.2.3 Aspecto político-económicos.....	38
1.2.4 Aspecto laboral.....	41
1.2.5 Aspecto familiar.....	44
1.3 Acciones implementadas para combatir la epidemia en todos sus frentes en México y el mundo.....	47
1.3.1 La intervención del Estado para frenar la propagación del VIH.....	52
1.3.2 La vacuna contra el SIDA.....	55
1.3.3 Medicamentos contra los efectos secundarios del SIDA.....	59
1.3.4 La importancia de las Organizaciones No Gubernamentales.....	63
1.4 Estadísticas actuales en México y el mundo.....	66

CAPÍTULO II

EI SIDA EN LA RADIO

2.1 Medios de comunicación y SIDA.	72
2.2 Antecedentes de campañas: Plan de Medios de CONASIDA	73
2.3 Campañas contra el SIDA	77
2.4 Series radiofónicas sobre SIDA: Un medio alternativo para informar e interrelacionar a personas infectadas por el VIH y a la sociedad en general	91

CAPÍTULO III

PROPUESTA DE SERIE RADIOFÓNICA PARA DIFUNDIR UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

3.1 Ficha técnica	99
3.2 Objetivos	101
3.3 Estructura del programa	105
3.4 Presupuesto	113
3.5 Escaleta	117
3.6 Demo Programa Radiofónico: " Encuentros VIH-SIDA".	119
CONCLUSIONES	121
GLOSARIO	125
BIBLIOGRAFÍA	136

INTRODUCCIÓN

La aparición del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) y su expansión posterior como fenómeno epidemiológico produjo en la humanidad una multifacética reacción. La amenaza de una enfermedad que hasta ciertos límites se desconoce y se considera como irremediable, motivó a los investigadores a la intensa búsqueda de una solución a corto plazo.

El Virus de Inmuno deficiencia Humana (VIH) es uno de los graves problemas de salud que enfrentamos los seres humanos pues se estima, según datos del último informe epidemiológico de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en la actualidad más de 36 millones de personas se encuentran infectadas por este mortal virus.

Ante ésta cifra, consideramos que hacen falta espacios en los Medios de Comunicación para proporcionar información más precisa y clara sobre la enfermedad, pues hasta hoy sólo se difunde lo elemental, además de que en algunas ocasiones se maneja de manera amarillista. Esto, aunado al poco tiempo que se le dedica, tomando en cuenta la magnitud del problema, no permite que la sociedad comprenda el verdadero papel que le corresponde en la lucha contra el SIDA.

Los medios de comunicación deben asumir la realidad de esta enfermedad tratándola objetivamente, con veracidad y credibilidad, para que los tiempos oficiales, que por ley todas las estaciones de radio y televisión dan al Estado, vinculados a la participación de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG's)

establezcan un verdadero vínculo de información entre el sector salud y la sociedad.

Sería conveniente, que por la capacidad y alcance informativo que tienen los medios de comunicación y con ayuda del gobierno, se lanzara un programa permanente que contrarrestara la desinformación sobre el tema y mejor aún, que ayudara a las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida para no aislarlas como hasta hoy, desgraciadamente se ha hecho.

Ante esta situación, nuestra tesis propone un modelo de serie radiofónica que incluye diversas modalidades: informativo, preventivo, drama vivo, entrevistas, encuestas y como principal factor la creación de una Red de ayuda psicológica, laboral, médica, social y económica que sirva de enlace entre los enfermos del VIH, para que éstos, no se sientan excluidos de la sociedad.

Consideramos que la ayuda, comprensión y apoyo que pueda brindárseles, mejorarán su calidad de vida, pues contarían con un espacio permanente para manifestar sus dudas e inquietudes, no sólo ellos, sino también las personas que viven en su entorno.

Los medios de comunicación asumen entonces, un papel preponderante en la lucha contra el SIDA, pues sin ellos, no conoceríamos lo que sucede en nuestro entorno.

Es por ello, la urgencia de manifestar de manera consciente a través de éstos, la grave epidemia de las últimas décadas y así, erradicar la falta de información que hay en nuestra sociedad sobre el VIH-SIDA en pleno año 2000.

CAPITULO I

SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA

I.I ANTECEDENTES

Casi a finales del siglo XX, cuando se pensaba que la mayoría de las enfermedades transmisibles habían dejado de ser una amenaza, surgió una nueva que en poco tiempo se convirtió en una de las epidemias más graves de la época moderna. Esta epidemia, (o más correctamente denominada pandemia por haberse propagado rápidamente en todos los continentes) es el **SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)**.

El SIDA es una enfermedad producida por un virus nuevo y mortal, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), capaz de instalarse en las células y permanecer ahí muchos años antes de manifestarse. Durante este período, el individuo afectado es capaz de transmitir la infección a otros. Sin saberlo, se convierte en un portador, en un infectante.

Ante esta situación, los científicos catalogaron al SIDA como un síndrome por ser una enfermedad sin síntomas clínicos propios, marcada por lesiones subcelulares invisibles y provocada por un germen indetectable hasta mucho tiempo después de su contagio. De ahí que Harvey Feneberg declare que "el virus del VIH es insidioso. Corrompe los fluidos vitales, convirtiendo la sangre y el semen, de fuentes de vida, en instrumentos de muerte".¹

¹ Fineberg, Harvey, Las dimensiones sociales del SIDA, Scientific American, vol. 259, núm. 4, Oct. 1988

No se sabe exactamente cuál es el origen del virus, ni en que momento se convirtió en un agente patógeno para el hombre. Sin embargo, los primeros casos de SIDA seguramente ocurrieron hace algunas décadas, y es probable que los médicos que atendieron a dichos pacientes, no sospechaban que se encontraban frente a una nueva y mortal enfermedad, pues como se trataban de casos aislados, no encontraron relación alguna con otros padecimientos.

En efecto, se habían topado con una enfermedad nueva, de características no definidas, puesto que se pueden señalar unos cuantos informes anteriores a la década de los ochentas, de individuos que murieron sin diagnóstico preciso, pero con un cuadro clínico compatible con el SIDA como los veremos a continuación:

En el año de 1977, un informe médico belga, refiere el caso de una mujer originaria de Zaire, de 34 años de edad que viajó a Bélgica para conocer la razón de sus infecciones respiratorias e intestinales persistentes. La mujer murió un año más tarde con un cuadro clínico compatible al SIDA.

En 1976, una familia noruega integrada por una niña y sus padres murieron con los siguientes cuadros clínicos: el padre presentó desde 1966 infecciones respiratorias frecuentes. Murió a causa de esto, en abril de 1976. La mamá presentó desde 1967, infecciones recurrentes empeorando en 1973 en donde se le diagnosticó leucemia y un cuadro neurológico progresivo. Murió en diciembre de 1976. Finalmente, la niña observó infecciones bacterianas graves con complicaciones pulmonares y murió el mismo año. En los tres casos se confirmó el

diagnóstico de SIDA, al realizar las pruebas de ELISA y Western Blot en sueros congelados desde 1971.

1969, un adolescente de 15 años murió en San Luis Missouri con Sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas.

En 1959, se reportó en Zaire un suero positivo a la prueba de anticuerpos contra el VIH, con confirmación de la misma, que se mantenía congelado desde finales de los años cincuenta.

Como se puede observar, en algunos de estos casos, el diagnóstico retrospectivo de SIDA se logró confirmar con pruebas de sangre positivas al VIH. En otros, sin embargo, el diagnóstico sólo se ha podido basar en la sintomatología.²

De acuerdo a las investigaciones realizadas por científicos, los datos llevaron a pensar que el Virus VIH se había originado en el África central. La razón de la sospecha fue que algunos monos de esa región (entre ellos chimpancés) portaban un virus similar al VIH, denominado virus de inmunodeficiencia simiano (VIS).

Sin embargo el virus de los chimpancés tenían una rara característica: casi nunca desarrollaron el SIDA, es decir, estos animales (que son 98% similares a los humanos) eran inmunes a ambos virus (VIS y VIH).

² Grmek, Mirko, Historia del SIDA. Editorial Siglo XXI. España 1992, pp 49-62.

Algunos investigadores han concluido que el virus humano (VIH) es descendiente directo del virus simiano (VIS) y que probablemente un VIH primitivo (desarrollado a partir del virus simiano) se desarrolló durante miles de años en la sangre de los monos del África y que de alguna manera no muy clara hasta ahora, hace 50 años, el virus pasó al ser humano originando la epidemia que hoy afecta a millones de personas.

Sin embargo, la historia del SIDA inicia oficialmente en junio de 1981, cuando en Estados Unidos, específicamente en los Ángeles, California, se notificaron cinco casos de neumonía por *Pneumocystis Carinni*, en hombres homosexuales jóvenes.

Este microbio usualmente sólo afectaba a personas con deficiencia en su respuesta inmunológica. Un mes después se reportaron 26 casos de sarcoma de Kaposi asociado a neumonía por *P. Carinni* en hombres homosexuales de Nueva York y California.

“La aparición de infecciones oportunistas y cánceres en los pacientes que ya presentaban deficiencia en la respuesta inmunológica hizo pensar en una nueva (adquirida) inmunodeficiencia de etiología desconocida”³

³ Sepúlveda Amor, Jaime. SIDA, Ciencia y Sociedad en México, México 1991. Biblioteca de la Salud. Pág.270.

A mediados de 1982, se creía que la inmunodeficiencia adquirida era causada por un virus transmitido mediante relaciones homosexuales, lo cual condujo a un relativo atraso en la definición de las poblaciones en riesgo, y a que no se formularan recomendaciones para evitar el contagio entre la población heterosexual.

En septiembre de ese mismo año, los Centros de Control para enfermedades de los Estados Unidos, formularon la primera definición operacional del caso del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, para fines de la notificación epidemiológica.

Entre 1982 y 1983 se sospechó que este virus se transmitía por vía sanguínea en hemofílicos, drogadictos intravenosos y receptores de transfusión.

Los casos de infección en recién nacidos, vendrían a comprobar posteriormente la transmisión de tipo perinatal.

En el Instituto Pasteur de París, Francia, en mayo de 1983, un grupo dirigido por Luc Montagnier logró aislar el agente de SIDA identificándolo como virus asociado a la linfadenopatía (LAV, siglas en inglés). A finales de 1983, se habían reportado 3000 casos a nivel mundial.

En 1984, en el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, el doctor Robert Gallo y colaboradores aislaron de pacientes con SIDA un virus al que denominaron HTLV-III (virus linfotrópico T humano tipo III).

Previamente, este grupo había aislado otros dos retrovirus humanos. En esta etapa, ya se preveía la transmisión de virus en relaciones heterosexuales.

En 1985 se inician las pruebas serológicas para detección de anticuerpos contra VIH en los bancos de sangre de Estados Unidos. Al terminar este año, el total de casos ascendía ya a 24,000.

En 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso utilizar una sola denominación para el virus causante del SIDA: Virus de Inmuno Deficiencia Humana, cuyas siglas en español son VIH. Estas siglas sustituyeron a las anteriores (LAV, HTLV-III y otras). En diciembre de 1987, se notificarían 73,747 casos de SIDA en 129 países del mundo.⁴

En México, la historia del SIDA podría resumirse con los siguientes datos:

1983: Se diagnostican los primeros casos en extranjeros residentes en nuestro país.

1985: En los bancos de sangre se utilizan pruebas serológicas en donadores para detectar la magnitud de la infección.

1986: Se crea el Comité Nacional de Prevención del SIDA, CONASIDA, con el objeto de evaluar la situación nacional con respecto a la infección por VIH, así como de establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control.

⁴Grmek, Mirko, obr cit pp 63-70.

1988: Debido a la magnitud de la pandemia en nuestro país, evoluciona el Comité mencionado y se convierte en un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud: El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, creado por decreto Presidencial en agosto de 1988; conserva las siglas CONASIDA. Este organismo cuenta con la representación de varias instituciones del Sector Salud y de los sectores público, social y privado, ya que se busca promover la interacción de los tres sectores para lograr congruencia y consenso en las medidas que se adopten frente al padecimiento.⁵

Es así como desde 1987, el SIDA se convirtió en México, en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica. Una de las medidas más importantes, fue la de prohibir la comercialización de la sangre, pues se comprobó que una gran cantidad de donadores profesionales tenían problemas de salud, incluyendo la infección por VIH.

A partir de entonces se han formulado una serie de campañas, especialmente dirigidas a los grupos de riesgo como son homosexuales, sexoservidoras, donadores y a la población en general.

⁵ Sepúlveda Amor, Jaime, obr cit p 270.

1.1.1 DESARROLLO DEL PADECIMIENTO

El VIH pertenece a un grupo de virus denominado "virus lentos" pues evolucionan poco a poco pero sin interrupción. "Se ha comprobado que ciertos virus, después de una primo-infección clínica claramente evidente o infraclínica, permanecen quietos durante un tiempo más o menos largo y se manifiesta frente a diversos estímulos".⁶

Entonces los síntomas de la enfermedad aparecen en forma gradual y después de un largo período de incubación. El virus VIH-1, es el responsable de la mayor parte de los casos de SIDA en África, Asia, América Latina, el Caribe, Europa y Estados Unidos de América. En África se aisló otro virus del mismo grupo, denominado VIH-2, que también causa el SIDA.

Aún cuando los dos virus infectan las mismas células y producen el mismo tipo de manifestaciones clínicas, se piensa que el VIH-2 tiene un período medio de incubación (el que transcurre entre la infección y la aparición de los síntomas) más prolongado. Ambos virus son muy resistentes, pero, afortunadamente, son muy vulnerables a los cambios de temperatura y no sobreviven mucho tiempo en el ambiente externo.

⁶ Grmek, Mirko, obr cit pp 90-91

Cuadros clínicos que presenta el SIDA:

El sistema inmunológico, constituido por un conjunto de células y de productos de éstos, desempeña la función de defensa contra las infecciones producidas por distintos tipos de agentes patógenos (que originan enfermedades), así como la destrucción ó eliminación de "cuerpos extraños".

Hoy en día, se sabe, que el VIH, agente causal del SIDA, debilita el sistema inmunológico como resultado de su efecto mortal sobre las células que lo componen. Mientras más células de dicho sistema mueran a raíz de la infección por VIH, más difícil le resulta al organismo defenderse contra las infecciones.

Las células que ataca el virus del VIH, son conocidas como linfocitos y son las más importantes en la defensa de nuestro organismo. El número de éstas células en la sangre sirve para medir el progreso de la infección por virus. Mientras más avanzado este el VIH, habrá un menor número de células.

En los pacientes afectados por SIDA, las infecciones que se producen como resultado del VIH son llamadas "oportunistas" porque se contraen sólo cuando el sistema inmunológico deja de funcionar en forma eficaz, y se pierde entonces, la capacidad de luchar contra distintos agentes que causan enfermedades.

Cuando el VIH infecta a una persona, pueden presentarse algunos síntomas, aunque surgen inicialmente con características inespecíficas y similares a los de una infección viral como la gripe.

Entre las manifestaciones iniciales: esta la hinchazón de los ganglios linfáticos, erupciones cutáneas, fiebre o dolores de garganta, por lo que se les diagnóstica otro tipo de enfermedad.

Sin embargo, algunas de las personas ya con el virus en su cuerpo, no presentan síntomas. Aparentemente se encuentran en perfectas condiciones de salud, pero, son transmisores activos del VIH.

Generalmente, la infección inicial es seguida por un periodo carente de síntomas que pueden durar de meses a años, antes de que la enfermedad comience a manifestarse clínicamente. Según estadísticas de OMS, el 60% de las personas infectadas por el VIH, presentarán síntomas dentro de los 10 años siguientes al contagio inicial.

Existen tres clases de manifestaciones clínicas del SIDA: las infecciones, distintos tipos de cáncer y los efectos directos del virus sobre el organismo.

Entre las infecciones oportunistas, la más frecuente es un tipo de neumonía o infección de los pulmones causada por un protozoo denominado *Pneumocysti Carinni*. Se calcula que casi la mitad de los pacientes de SIDA, presentará esta complicación, siendo en ellos, la principal causa de muerte. Además otras infecciones pueden ser causadas por otros virus (citomegalovirus) bacterias (como la tuberculosis) u otros microorganismos tales como los hongos.

Uno de los cánceres más frecuentes, es el Sarcoma de Kaposi. Este se manifiesta generalmente como lesiones de la piel en los brazos y piernas -aunque afecta también a los órganos internos- y en las etapas más avanzadas, se extiende por todo el cuerpo. Además de este tipo de cáncer, otros de presentación frecuente son los linfomas que se originan en el sistema linfático del organismo y suele manifestarse por el agrandamiento de los ganglios. Estos cánceres o infecciones son sólo algunas de las numerosas enfermedades que pueden atacar a una persona cuyo sistema inmunológico ha dejado de funcionar en forma eficiente.⁷

Los efectos directos del VIH sobre el organismo incluyen, entre otros, trastornos del sistema nervioso y digestivo.

⁷ Sepulveda, Jaime. SIDA. ciencia y sociedad en México. México, 1991. Biblioteca de la Salud. Pp 150-171.

1.1.2 LAS PRUEBAS

Después de la identificación y el aislamiento del retrovirus HIV, los equipos de Montagnier y Gallo fabricaron pruebas específicas de acuerdo a métodos perfectamente codificados. Estas pruebas, detectan la presencia en el suero examinando anticuerpos específicos que el organismo humano produce cuando su sistema inmunológico entra en contacto con una sustancia extraña, específicamente un agente bacteriano o viral.

“Los anticuerpos son los componentes químicos de los antígenos virales, es decir una especie de “estructura en negativo” de las proteínas que constituyen la cubierta y la cápsula interna del virus”⁸

La prueba más simple y rápida es la llamada ELISA (Enzyme- Linked Immuno-Sorbent Assay), que consiste en mostrar por una reacción coloreada, la presencia de moléculas que se ligan de manera específica a las proteínas purificadas del VIH.

Las pruebas Western Blot y RIPA (Radio- Inmuno- Precipitación Assay) utilizan técnicas mucho más sofisticadas de análisis. Su objetivo: “identificar las inmunoglobulinas que se fijan por la incubación de proteínas virales con el suero ensayado”⁹.

⁸ Grmek, Mirko, obr cit. p.138

⁹ idem. Pág. 139

Se puede detectar la presencia de DNA proviral e hibridándolo con sondas moleculares aunque este método en ocasiones no es acertado. Con el perfeccionamiento de las pruebas serológicas, entró en la historia del SIDA un concepto nuevo: la seropositividad.

Alguien es "seropositivo" cuando el resultado de las pruebas serológicas de identificación es positivo. Desde 1984 empiezan a llevarse a cabo estudios de seroprevalencia (número de seropositivos en una población determinada) en diversas partes del mundo, como en Francia, Estados Unidos y Londres.

Inicialmente, los resultados de las pruebas-diagnóstico no eran suficientemente sensibles, porque las proteínas virales utilizadas para ese fin no estaban concentradas ni purificadas. Progresivamente, estos reactivos fueron perfeccionados.

Es así cuando en 1985, comienza la comercialización de los equipos de identificación (Kits) que convirtieron rápidamente el método ELISA en un procedimiento-diagnóstico de rutina. Desde entonces, los gobiernos de varios países ordenan el estudio serológico de los donantes de sangre.

Las pruebas serológicas llamadas de segunda generación están en vías de nacer.

Se espera tener una mayor especificidad remplazando como fuente de antígenos* el virus purificado por medio de sustancias sintéticas. La amplificación enzimática de genes ofrece la posibilidad de desarrollar una prueba de detección tanto de RNA viral como de DNA proviral.

La prueba de amplificación génica llamado PCR (Polymerase Chain Reaction) permite comprobar la presencia de cantidades mínimas de genoma viral. Esta prueba, da entonces, positivo muy rápidamente después de la infección.

La detección directa del genoma viral permite descubrir la seropositividad en varios homosexuales (relacionados con compañeros seropositivos) que constantemente eran seronegativos, según las pruebas de la primera generación. En estas personas, el retrovirus "duerme" oculto en el genoma de los linfocitos.

* antígeno componente protéico del VIH.

1.1.3 EVOLUCION Y PERSPECTIVAS

El periodo entre la infección por el VIH y el desarrollo de SIDA, tiende a ser de varios años. Hasta el momento, la enfermedad tiene una mortandad del 100%. El tiempo promedio de sobrevivida varía de acuerdo al país donde se estudia al paciente, siendo ligeramente mayor en los países desarrollados. Alrededor del 10% de los pacientes evoluciona a la muerte en pocas semanas; fuera de ello, se ha observado que otros, cuya manifestación inicial es el Sarcoma de Kaposi viven mas que aquellos que inician los síntomas con una infección oportunista. Según estadísticas en Estados Unidos dadas a conocer en la OMS, el promedio para todos los pacientes en general es de 12 meses. En México, la media varía entre 6 y 9 meses. Esta diferencia se atribuye en buena medida al hecho de que los casos se venían detectando más tardíamente porque los pacientes no buscaban atención médica oportunamente y además porque había un desconocimiento de la nueva enfermedad.

La tendencia de los casos de SIDA en México indica que la transmisión se está difundiendo de las grandes ciudades al medio semiurbano y rural. El crecimiento de los casos en mujeres y niños es más acelerado que en hombres jóvenes, aunque este grupo continúa concentrando el mayor número. La transmisión en los hombres heterosexuales es más acelerada que en los hombres homosexuales y bisexuales, curiosamente contrario a lo que inicialmente se pensó.

Sin embargo, la transmisión de casos en mujeres y niños permite predecir que la enfermedad se extenderá a todas las edades, así como a ambos sexos. En la transmisión entre homosexuales, aunque persiste una tendencia ascendente, se espera que haya una disminución de los casos, a expensas de una más acelerada transmisión en bisexuales y heterosexuales.¹⁰

Se prevee también, en los próximos cuatro años, un descenso de los casos asociados a transmisión por transfusión sanguínea, como consecuencia de la detección en donadores y la eliminación de productos contaminados (como jeringas).

Ante esta situación, los patrones de transmisión descritos en otras regiones, pueden ser de utilidad para predecir lo que puede suceder en países que tienen un menor tiempo de evolución en la epidemia del VIH, como es el caso de México.

Al mismo tiempo, una característica propia de esta región es la transmisión sanguínea. De aquí la necesidad de formular medidas legales (no a la comercialización de la sangre) y acciones técnicas (detección de anticuerpos contra el VIH en todos los donadores) para prevenir la transmisión por sangre y hemoderivados.¹¹

¹⁰ <Organización Panamericana de la Salud, SIDA, la epidemia de los tiempos modernos, OMS, España 1997, pp 50-73.

¹¹ *Ibidem* p 103-110.

Desgraciadamente, América Latina no cuenta con avances óptimos en los aspectos económico, educativo y de salud, lo cual puede acelerar el contagio del VIH y la progresión del SIDA en los individuos infectados, por lo que los servicios de salud deberán reforzar y adaptar las experiencias de otros países para desarrollar programas preventivos contra esta enfermedad, en especial en la educación.

Aunque debemos tomar en cuenta que las acciones de intervención para impedir la transmisión por VIH no repercutirán inmediatamente en la disminución de los casos de SIDA debido al largo período de incubación del virus. Específicamente podemos afirmar que, de acuerdo a reportes emitidos en los últimos años por la OMS, los patrones de transmisión son cambiantes, y pueden ser modificados mediante acciones sociales, educativas y de detección.

Es necesario además caracterizar desde el punto de vista epidemiológico y de las ciencias, el comportamiento a homosexuales, bisexuales, sexoservidores y grupos con prácticas de alto riesgo, para implementar programas preventivos más eficaces.

Conforme las campañas educativas en el ámbito general y médico surtan efecto, se atenderá a los enfermos en forma más oportuna y ello redundará en mejores expectativas de sobrevivencia.

Lo mismo ocurrirá conforme surjan métodos más eficaces para combatir al VIH y las complicaciones infecciosas que este ocasiona. Aún cuando todavía no se ha encontrado una vacuna ni un tratamiento eficaz contra el SIDA, actualmente la infección por VIH se trata con dos tipos de medicamentos: sustancias antivirales que interfieren con la reproducción continua del VIH, y medicamentos contra los cánceres y las infecciones oportunistas.

Varios compuestos han demostrado su eficacia, si no en curar la enfermedad, por lo menos en interferir en la multiplicación del VIH en el organismo y en retardar la aparición de los síntomas del SIDA. Uno de los primeros compuestos antiviricos empleados contra el VIH fue la zidovudina, también llamada AZT, que se usa sola o en combinación con otros medicamentos.

Aunque el AZT ha demostrado ser un medicamento moderadamente eficaz contra el SIDA, ya que mejora el estado físico de los pacientes, tiene limitaciones importantes; si bien retarda la progresión de la enfermedad no da una cura definitiva, y en algunos pacientes provoca efectos tóxicos que la hacen peligrosa, mientras que en otros se desarrolla resistencia contra ese medicamento haciéndolo ineficaz.¹²

¹² Secretaría de Salubridad y Asistencia, Gaceta Médica de México, Vol. 132 p 12-13.

Actualmente se usan varios medicamentos combinados (entre ellos dos conocidos por las siglas ddl y ddc) que actúan como bloqueadores del VIH en las personas contagiadas. El tratamiento de las infecciones oportunistas, del Sarcoma de Kaposi y otros cánceres varia de acuerdo con la infección o tipo de cáncer que se trate. Sólo en algunos casos los medicamentos son eficaces, por lo cual la búsqueda de otros continúa sin cesar.

El conocer el lugar donde empezó la epidemia y estudiar qué otras poblaciones animales se encuentran infectadas por virus similares, pueden abrir los mecanismos patológicos de la enfermedad, tan nueva en África como en cualquier otro lugar del mundo, para lograr su control.

A pesar de la desgracia que para la humanidad significó este mal, es importante reconocer que su descubrimiento ocurrió en una etapa caracterizada por grandes adelantos científicos, por lo que se estima que en poco tiempo se permita el aislamiento del agente etiológico y con ello, el desarrollo de las pruebas de diagnóstico.

En este momento, muchos países luchan por descubrir la manera de controlar y evitar la propagación del VIH, apoyados por la OMS, en espera de que el resultado favorezca en muy poco tiempo a todas las personas afectadas por este virus.

1.2 PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH

"Con 26 millones de infecciones proyectadas para finales del año 2000"¹³ la epidemia del VIH-SIDA es una preocupación prioritaria para la comunidad mundial.

El SIDA es una enfermedad de transmisión sexual que esta íntimamente ligada a la sexualidad de los individuos y sus poblaciones.

En México al igual que el resto del mundo, la enfermedad es un complejo problema de salud, con múltiples repercusiones: psicológicas, sociales, económicas, políticas, laborales y familiares que rebasan el ámbito del sector salud.

Por ello en este apartado hablaremos del panorama actual que prevalecen en los rubros antes citados, indicando la problemática existente en cada uno de ellos, la relación con la sociedad en general y especialmente los conflictos a los que se enfrentan las personas infectadas por el SIDA.

¹³ The World Bank Development Report, Investing in Health, Oxford. University Press, 1996.

1.2.1. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Vivir con VIH/SIDA implica una serie de pérdidas en áreas muy importantes de la vida: la sexualidad, la autonomía, el trabajo, la pareja, la familia, los amigos, la salud, el cuerpo, la razón de vivir, y muchas cosas más. Se atraviesa por un proceso de elaboración de duelos y de adaptación a la nueva situación de lucha por la vida.

Los individuos, al saberse con VIH, pasan por una serie de fases que van de la negación a la aceptación de su realidad, en las que conforme se avanza, disminuye la percepción y significación del peso del evento. Se incrementa el reconocimiento y adaptación a la realidad.

Existen una serie de fases que una persona con VIH/SIDA puede atravesar para llegar a la aceptación de su nueva realidad llegando al punto en que el VIH se convierte en parte de su vida, sin ser lo único ni lo central. Cada fase se presenta como parte del proceso de elaboración y adaptación a vivir con VIH, y también con el paso al estado sintomático, cuyas implicaciones son distintas a la experiencia del proceso previo, ya que implica pérdidas más concretas y definitivas en el plano de la salud, la calidad de vida, la imagen corporal y la vida misma.

FASES:

NEGACIÓN: El individuo minimiza o anula su capacidad de reconocimiento y aceptación de su realidad, con el fin de evadir la percepción y significación del peso del evento: puede manifestarse con expresiones y actitudes en las que niega su estado de vivir con VIH o con SIDA. Por lo general esta etapa se presenta al momento de saber de la infección.

ESTRUCTURACION: Se manifiesta un incremento en el reconocimiento y aceptación de su realidad, que tiende a aumentar la angustia, en vías de alcanzar un equilibrio entre la inconformidad y la realidad. El individuo se reconoce afectado, y le provoca un conflicto consigo mismo. Esta etapa se caracteriza por las manifestaciones de angustia que acompañan la toma de conciencia de que se vive con VIH/SIDA y todo lo que implica, incluyendo pérdidas y cambios que se tendrán que enfrentar. Además de adquirir una nueva responsabilidad individual como social.

DETERIORO DE LA AUTOESTIMA: El conflicto se incrementa, debido a que la escala de valores se focaliza a sí mismo, lo cual motiva comparaciones con su estado antes de la enfermedad, generándose un auto rechazo en función de la auto imagen deteriorada. En el momento de darse cuenta de que se vive con VIH, el deterioro de la auto imagen se asocia a los antivalores morales, principalmente relacionados a la sexualidad. El deterioro de la autoimagen y la autoestima son

entonces manifestaciones de sentimiento de culpa ante la responsabilidad aplicada de autoprotegerse y ante los probables contactos de riesgo con otras personas sin saberse viviendo con VIH. En el caso del paso al estado sintomático, el síndrome de desgaste y otras manifestaciones físicas internas y externas ponen en evidencia el deterioro de la persona. Siendo el cuerpo el referente material de la persona, el deterioro de su auto imagen resulta lógico, y esta situación se traduce también en el deterioro de la autoestima. En esta etapa, fácilmente la persona regresa a la negación con el fin de recuperar las pérdidas.

AUTODESTRUCTIVIDAD: Se experimenta angustia, depresión, ira y manifestaciones contra sí mismo, esto incrementa el conflicto que se ha estructurado desde las etapas anteriores. El sujeto busca la resolución del conflicto a través de conductas agresivas, incluso violentas, hacia sí mismo. En esta etapa se pasa de un deterioro de la autoestima a un autorechazo y autodestrucción, por sentimientos de culpa o como respuesta ante la impotencia de eliminar la enfermedad. En esta etapa se pueden presentar actitudes suicidas.

VENGATIVIDAD: En esta fase, la ira y el conflicto se manifiestan en reacciones de agresión dirigidas hacia los demás, a través de la manipulación de los afectos, conductas antisociales, o el intento de involucrar a otros en el evento. Algunas veces la persona busca responsables fuera de sí misma, a quién agredir, haciéndolos sentir responsables o culpables.

PACTO O NEGACIÓN: En esta fase el conflicto se enfrenta, reduciéndose el rechazo y agresión hacia sí mismo y hacia los demás, aceptando las alternativas de apoyo y tratamiento, cediendo o renunciando a elementos o satisfactores a cambio de tranquilidad o salud. Se busca encontrar una solución y una esperanza en instancias externas a la persona, a cambio de renunciar a aspectos de la vida, como a la actividad sexual, a la diversión, etc. Se manifiesta como una negociación semejante a un pago de culpas. Esta es una manera de rescatar la auto imagen y autoestima, trascendiendo el autor rechazo y la autoestima.

ACEPTACIÓN: La capacidad de reconocimiento y adaptación a la realidad alcanza su máximo nivel en esta fase: la persona reestructura su escala de valores y revalora su experiencia, al aprender a vivir en su nueva situación con la integración de su vivencia especial, elaborado pérdidas y rescatando muchos de los elementos importantes de su vida: autoestima, dignidad, razón de vivir, calidad de vida, sexualidad, relaciones afectivas, visión del mundo y de sí mismo, creatividad, productividad, etc. Llegar a la aceptación equivale a un desarrollo personal en sus dimensiones más importantes, desarrollo que puede lograrse a través de vivir el proceso del continuo psicoafectivo y trascender las etapas previas.

La duración de estas fases varía en cada caso, en función de las características personales y del impacto que se tiene a través de las actitudes de los demás. Se conjugan diversos factores individuales o de su entorno, como la personalidad, la

historia de vida, la experiencia acumulada durante el proceso, la importancia que tengan para la persona las pérdidas que se van teniendo, la vulnerabilidad personal, los apoyos, las relaciones familiares, de pareja, laborales, estudiantiles, etc., el acceso a medicamentos, alimentos, esparcimiento, seguridad económica y afectiva, la evolución lenta o rápida de la enfermedad, entre otros.¹⁴

¹⁴ Internet: <http://www.sida.udg.mx>

1.2.2. ASPECTOS SOCIALES

En los distintos sectores sociales hubo una respuesta muy diversa sobre el hecho de que la enfermedad se presentara inicialmente en varones homosexuales, esto llevó a que se le diera el nombre de GRID (Gay Related Immunodeficiency Disease) enfermedad de inmunodeficiencia asociada a homosexuales. Posteriormente al descubrir su presencia en otras poblaciones, se le denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Los grupos de ideologías conservadoras manifestaron la postura de que el SIDA era un problema moral y un castigo divino. El proceso de discriminación y estigmatización con respecto al SIDA se ha desarrollado en diversos países a pesar de los patrones epidemiológicos distintos, por ejemplo en África Central en donde la transmisión del VIH es heterosexual, perinatal y sanguínea, y en los Estados Unidos y en Europa Occidental en donde ha predominado la transmisión homosexual y asociada al uso de drogas intravenosas. Como anexo a esto está el miedo a las enfermedades mortales, la pérdida de poder de grupos hegemónicos sobre grupos minoritarios y la amenaza a los valores morales. El estigma puede basarse en aspectos teológicos (castigo divino o pecados cometidos), en preocupación de los no afectados por SIDA por otros problemas que se piensan más cercanos, o por clasificar al SIDA como perteneciente sólo a "grupos de riesgo". El desconocimiento acerca de la sexualidad y su confusión con los valores morales y religiosos, discriminación, segregación, intervenciones obligatorias para "los otros", y la negación de riesgo personal y grupal, constituyen

algunas de las barreras para efectuar estudios científicos adecuados, ya que algunos grupos de tipo religioso, lo interpretaron como castigo y no como un fenómeno biológico.

Los medios de comunicación, lanzaron una serie de mensajes llenos de mitos en torno a SIDA y sexualidad, asociando esta enfermedad a homosexuales, trabajadoras sexuales, personas usuarias de drogas intravenosas, además de ideas que asociaron SIDA a muerte, y sexo a SIDA.

A partir de esta identificación de grupos más afectados, se manejó durante mucho tiempo el concepto de "grupo de alto riesgo", refiriéndose a grupos en los que se presentaba la enfermedad con mayor frecuencia. Esto generó que los grupos que no se consideraron de riesgo se sintieran ajenos, que no se protegieran y que discriminaran a las personas que vivían con VIH/SIDA. Actualmente no se maneja el concepto de grupo de alto riesgo porque es discriminatorio, ya que no existen grupos exclusivos en riesgo para VIH y porque el término se asocia a "altamente peligrosos", generando miedo hacia quienes viven con la infección por VIH.

La discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA o quienes tienen prácticas de riesgo surgió debido a que los primeros casos se presentaron en grupos ya marginados. El miedo, la desinformación y los prejuicios generaron propuestas discriminatorias; sobre todo, la idea de formar sidarios, es decir, locales aislados en los que se recluyeron personas con SIDA para que no tuvieran

contacto con los demás, esta marginación es una manera de abordar un problema de salud al estilo en que fue abordada en la antigüedad la lepra.

Otro importante aspecto, es el racismo, ya que se relacionó a africanos y a negros haitianos, cuyo país, durante algún tiempo fue objeto de aplicación masiva de pruebas de detección. La sociedad ha pasado por un proceso en el que ha sido notoria la búsqueda de culpables de origen y transmisión y prevención del virus, así como en la discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA.

El VIH/SIDA es un fenómeno que ha incidido en nuestra sexualidad, no sólo porque ha roto el silencio, sino porque habla de que nuestras prácticas sexuales pueden exponernos al riesgo de adquirir o transmitir el VIH, por lo que requiere seguir alternativas de prevención.

Ahora el SIDA rebasó los límites de la marginalidad y se estructuró como un problema, no de moral, sino de salud pública y un fenómeno social que nos atañe a todos para aprender a vivir en una nueva situación social en la que existe esta enfermedad.¹⁵

¹⁵ <http://www.staf.org.com> San Francisco AIDS Foundation.

1.2.3. ASPECTO POLÍTICO-ECONOMICO

El rápido crecimiento del SIDA, su velocidad de transmisión y la tendencia de incidencia sobre la población, así como el riesgo que ello representa, llevaron a la creación de órganos institucionales para ejercer el control público de la epidemia mediante campañas de prevención educativas y publicitarias, en las cuales se trató de incentivar a grupos considerados de alto riesgo (homosexuales, trabajadoras sexuales, migrantes, etc.) para dar la idea de que el estado, mediante su política de salud pública, había tomado urgentemente el problema en sus manos.

La enfermedad surge, sin embargo, en un contexto mundial de crisis económica, y en el caso específico de México, en medio de la reestructuración de sus políticas económicas. Esto, traducido a cifras más o menos contundentes, quiere decir que la enfermedad cuyo tratamiento es costoso y cuyas formas de transmisión son en gran parte debidas a conductas sexuales, complican la educación formativa pues no se pueden insertar fácilmente en este plano, políticas de solución a corto plazo.

Los recortes sistemáticos al gasto público y en particular al gasto social inciden en las estrategias que se pueden tomar para evitar que males como el SIDA se propague más allá de límites controlables y por esto, la razón de que la carga presupuestaria- cuando se somete a una política de austeridad- no puede ser modificada rápidamente.

La evaluación de una política de austeridad sobre la población no es fácil; lo más probable es que tenga repercusiones negativas de gran alcance.

Es difícil medir esos efectos, pero es patente que el diseño presupuestal desprotege a los sectores vulnerables. Es evidente también que el presupuesto de las instituciones más importantes de salud está demasiado cargado al rubro de servicios curativos. Estos programas comprenden aspectos importantes como el control de enfermedades previsible por vacunación y de enfermedades Crónico. Degenerativas, la nutrición, la salud mental, la planificación familiar, higiene, trabajo y prevención de accidentes.

El SIDA tendrá al parecer, una importancia creciente. Las predicciones que se han elaborado sobre su incidencia presentan un panorama no favorable.

"Actualmente la estimación de infectados más baja, permite esperar 10,000 casos de SIDA en cuatro años y la más elevada hasta 35,000"¹⁶

"Mas que abogar por un mayor gasto preventivo de seguridad social, hay que aprovechar y reforzar su amplia infraestructura y servicios hospitalarios. Mas que pugnar por mayores hospitales, hay que capitalizar su amplia difusión territorial y sus programas preventivos y de regulación sanitaria".¹⁷

¹⁶ Sepúlveda Amor, Jaime. SIDA, Ciencia y Sociedad en México. México 1991, Biblioteca de la Salud. Pág. 394

¹⁷ González Block, M.A. El traslape de la demanda en el Sistema Nacional de Salud Pública en México: Limitaciones en la Integración Sectorial. Salud Pública en México. Vol. 130 p.p. 597

Por lo anterior, es urgente que se tome con mayor atención el problemático caso del SIDA para contrarrestar dentro de lo más posible, el incremento de infectados en los próximos años.

1.2.4. ASPECTO LABORAL

“El impacto del SIDA sobre el aspecto laboral en nuestra sociedad es enorme porque la mayoría de las personas afectadas se encuentran en los grupos de edad más productivos.

Generalmente al enterarse de que una persona padece SIDA, el rechazo es prácticamente instantáneo por parte de las autoridades y por compañeros de trabajo, debido a la falta de información que existe sobre esta pandemia en la sociedad.

Esto ocasiona generalmente el despido del trabajador (a) lo que agudiza aún más la problemática del caso. Los infectados se enfrentan a la falta de un trabajo estable lo que será un impedimento para seguir un tratamiento que en términos económicos es sumamente caro y al alcance de pocos, aunado además a la gran desestabilización emocional que se sufre al momento de ser considerados como portadores del VIH-SIDA”.¹⁸

Un ejemplo ha seguir, es el de una filial de Volkswagen en el Brasil, que emplea a 30,000 trabajadores que valoró desde un principio las repercusiones potenciales del VIH. En 1996, la empresa se percató de que el SIDA estaba acarreando costos elevados de tratamiento y que los empleados estaban experimentando interrupciones frecuentes, enfermedades precoces y un acortamiento de la

¹⁸ Declaraciones realizadas por el Lic. Fermín Coria, especialista en Derecho laboral y miembro del Depto. Jurídico de CONASIDA.

esperanza de vida. Rápidamente estableció un Programa de Asistencia para el SIDA que incluía atención médica, apoyo clínico, información e instalación de máquinas expendedoras de preservativos, Volkswagen también adoptó un protocolo técnico que detallaba las normas de la asistencia y el cuidado que proporcionaría. Después de tres años, los resultados no se hicieron esperar: el número de hospitalizaciones había disminuido en un 90% y los costos del VIH-SIDA, en un 40%.

"Algunos estudios sugieren que proporcionar servicios a la comunidad en general puede tener el mismo efecto sobre la salud de la fuerza laboral que proporcionar tales servicios a los trabajadores exclusivamente. En Sudáfrica, un servicio patrocinado por una compañía minera para tratar las infecciones de transmisión en profesionales del sexo de la comunidad circundante produjo una reducción significativa en el número de infecciones entre los propios mineros. Durante el mismo período, en otra comunidad minera en la que no se realizó ningún esfuerzo especial de prevención, aumentó la incidencia de infecciones de transmisión sexual entre los mineros.

Las políticas gubernamentales pueden animar a las empresas del sector privado a invertir en prevención del VIH en el lugar de trabajo. Algunos organismos de desarrollo exigen actualmente una valoración de las repercusiones del SIDA en todos los proyectos, y unos pocos gobiernos, están considerando la prevención

del SIDA en el lugar de trabajo como requisito para cualquier licitación de gran envergadura".¹⁹

¹⁹ Informe sobre la epidemia mundial de VIH-SIDA. ONUSIDA. Junio 2000 (versión español) pág. 37

1.2.5. ASPECTO FAMILIAR

La familia juega un papel central en el apoyo a los pacientes con infección por VIH. En este sentido, la familia debe ser entendida como un subsistema social que tiene y tendrá acciones sobre el desarrollo de la enfermedad de los pacientes. Cabe mencionar, que existen pacientes homosexuales, con o sin vínculos manifiestos respecto a su familia de origen, con o sin pareja estable, pacientes bisexuales dentro de la familia y que la ayuda que ésta preste, será decisiva en la enfermedad.

Las actitudes de ira, culpa, miedo, rechazo, desesperación y abandono, van a influir determinadamente en el desarrollo de síntomas psicológicos en el paciente. En este sentido, es importante aclarar que la asistencia del grupo familiar constituye una unidad de tratamiento y evaluación por derecho propio.

A pesar de que se han establecido claramente cuáles son las vías de transmisión y el factor de riesgo de la convivencia diaria, entre los familiares y el enfermo de VIH-SIDA, persiste cierta preocupación por el posible contagio.

Sin embargo de acuerdo a diversos estudios realizados en Estados Unidos y África (entre ellos el publicado por el investigador Friedland y sus colaboradores de la Ciudad de Nueva York) nos indican que en el lapso de dos años, estudiaron a los familiares que convivían en una misma casa con pacientes con SIDA; efectuando revisiones clínicas periódicamente, las cuales incluían la prueba de detección de anticuerpos en los familiares, (Western Blot), comprobaron que conviviendo dentro de la casa, compartiendo rasuradoras, cepillos de dientes, corta uñas, toallas, ropa, utensilios para la comida y el mismo baño, así como la atención directa a los pacientes, bañarlos, vestirlos, besarlos en las mejillas y labios, abrazarlos o tomarlos de las manos, ninguno de los familiares tuvo indicios de infección por VIH, esto por supuesto, respetando las medidas de higiene recomendadas por los médicos como manejo adecuado de jeringas, así como con el uso de guantes para determinadas actividades tales como limpieza de secreciones corporales.²⁰

Desgraciadamente la sociedad no lo ha entendido así y, es evidente el rechazo existente hacia los infectados por el VIH.

Los escasos estudios realizados sobre el impacto de tener a un miembro de la familia con SIDA indican que los hogares sufren un descenso muy acusado de los ingresos. Menos ingresos significa inevitablemente menos compras y disminución de ahorros.

²⁰ http://www.sida.udg.mx/guia_info/info_sociales.html

Las familias hacen grandes sacrificios para proporcionar tratamiento, alivio y bienestar a los enfermos que antes se ocupaban de mantener el hogar. En un estudio tailandés, las familias gastaron por término medio 1000 dólares durante el último año de vida de un paciente con SIDA, el equivalente a un sueldo anual medio.

Ante esta situación es muy importante recalcar que la vida familiar de los pacientes infectados y de los ya enfermos, inclusive en etapas finales, no debe modificarse mayormente, sólo deberán respetarse las precauciones indicadas. De esta manera las actividades de familia como recibir visitas, manifestaciones de afecto como abrazos, besos y el uso de los mismos servicios sanitarios no es necesario suspenderlos.

La ayuda que preste la familia al infectado por VIH, es definitiva para lograr una mejor calidad de vida.²¹

²¹ Sepúlveda Amor, Jaime, obr cit pp 306, 311, 317.

1.3 ACCIONES IMPLEMENTADAS PARA COMBATIR LA EPIDEMIA EN TODOS SUS FRENTES EN MEXICO Y EL MUNDO.

Según estimaciones del Programa de la Organización de las Naciones Unidas para la Prevención del SIDA (ONUSIDA), al término de este siglo había más de 30 millones de personas viviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en todo el mundo; 11.7 millones ya han fallecido de SIDA y se calcula que existen 8.2 millones de huérfanos por esta enfermedad. Asimismo, se estima que un promedio de 16,000 personas por día se infectan con el virus, de los cuales el 10% corresponde a menores de 15 años y el 42% a mujeres.²²

La tendencia de la propagación del VIH en América Latina es prácticamente la misma que en los países industrializados, en donde se observa que el número de infecciones se está estabilizando, aunque se trata de un panorama que no es uniforme en toda la región. La mayor parte de los países tienen una epidemia catalogada como concentrada, debido a que en la población general se encuentra una prevalencia menor al 1% lo cual significa que de cada 100 habitantes, ni siquiera uno de ellos se encuentra infectado. Sin embargo, existen grupos de poblaciones que por su nivel socioeconómico y cultural , la prevalencia resulta mayor variando entre el 1% y el 25%. Algunos de estos países son Nicaragua, Venezuela o Perú.

²² CONASIDA, Situación del SIDA en México y en el mundo, Biblioteca CONASIDA 2000.

Según cifras de Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud dadas a conocer el Día Mundial de Lucha contra el SIDA, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) continúa extendiéndose por todo el mundo, diariamente se infectan 16,000 personas en todo el planeta, de las cuales 7,000 son jóvenes de 10 a 24 años.²³

Africa, es el continente mas afectado por la enfermedad, seguido de Asia. En América, Estados Unidos ocupa el primer lugar en casos de personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana; en segundo sitio se ubica Brasil, seguidos por México, Canadá y Argentina.

Ante esta situación, el presidente de Estados Unidos de América, Bill Clinton, anunció un aumento de 47 millones de dólares en los fondos estatales destinados en 1999 a las investigaciones para el descubrimiento de la vacuna contra el SIDA, con lo que actualmente el presupuesto total asciende ya a 200 millones de dólares.

Los proyectos de investigación incluyen también el entrenamiento de científicos extranjeros, medidas para prevenir el contagio en niños, atender a los que ya están afectados, y un programa de ayuda mundial que incluye la adopción de los menores huérfanos como consecuencia del SIDA y que contará con 10 millones de dólares. Se estima, según cálculos aproximados de ONUSIDA en su informe anual de 1999, que para el año 2020 unos 40 millones de niños serán huérfanos de padre, madre o de ambos.

²³ Organización de las Naciones Unidas, Informe Anual 1999. Organización Panamericana de Salud pp 28-30.

En Panamá, un grupo de seropositivos presentó un recurso de amparo ante la Corte Suprema contra la Caja del Seguro Social para que se les distribuyan los medicamentos necesarios para controlar los efectos de SIDA. En ese país, Unas 24 mil personas son portadoras del VIH y ya fallecieron 2 mil más por la misma causa.

En Bolivia, el número de infectados es de 304 mil, mientras que en Perú la cifra asciende a 70 mil personas y 8 mil más ya desarrollaron SIDA.²⁴

El presidente sudafricano, Nelson Mandela, denunció el silencio que rodea al tema del SIDA en su país, esto debido a que cada día, mil 500 personas se contagian por el virus, sumándose a la lista de 3 millones de VIH positivos.

En la India, entre 3 y 5 millones de personas se encuentran contagiadas y muchas de ellas ya desarrollaron la enfermedad.

Por otra parte, en Japón, el Ministerio de Salud organizó reuniones públicas y conciertos con el fin de recaudar fondos para la lucha contra el SIDA. Mientras que en Rusia, se detectó que más de 80 por ciento de los 10 mil 283 pacientes infectados están relacionado con el consumo de drogas. Ante esta situación, se inició una doble batalla, la de prevención del SIDA y la de la lucha contra el uso de las drogas.

En Kenia, muchas personas consideran que la brujería es la causa de la enfermedad, y por lo mismo no toman precauciones, siendo más difícil implementar una cultura de prevención.

En Tailandia, los esfuerzos de prevención se destinaron a aumento en el uso del preservativo, en fomentar el respeto hacia la mujer y evitar la prostitución. También se ofrecieron a las mujeres jóvenes mejores perspectivas para que desistieran a incorporarse al comercio sexual. Como resultado de esas medidas, llevadas a término por muchos departamentos gubernamentales (incluidos los ministerios de salud y educación, la policía y el ejército) en coordinación con ONG y los medios de comunicación, la prevalencia del VIH en varones de 21 años de edad en el norte de Tailandia descendió notablemente.²⁵

En varios países industrializados y en algunos en desarrollo, los gobiernos y las Organizaciones no Gubernamentales (ONG) enfrentan juntos el problema del VIH, obteniendo en muchos casos resultados satisfactorios. Mediante la combinación de campañas en los medios de comunicación, de educación sobre salud sexual y SIDA para la sociedad en general, así como en la distribución de preservativos ha ayudado a los jóvenes a adoptar un comportamiento sexual más seguro, con el consiguiente descenso de las tasas de infección por el VIH.

²⁴ *Ibidem*, pp. 30-33.

²⁵ *Ibidem* pp 5-9.

En América, a finales de 1999, se reportó que del millón 92 mil personas portadoras del virus, 771 mil 841 mil eran adultas y 13 mil 581, niños. México, según casos diagnosticados, se colocó como el tercer país con mayor índice de personas infectadas con el VIH en nuestro continente, siendo el Distrito Federal, Jalisco, Nuevo León, Baja California, Michoacán, Guerrero, Veracruz, Morelos y Puebla, los estados con mayor concentración de enfermos de SIDA.

En Jalisco, existe un incremento de SIDA en los municipios de Los Altos, debido a que tienen alto flujo migratorio, al igual que en la zona metropolitana. En el sector Reforma de Guadalajara existe la tasa más alta, con 104 casos por cada 100 mil habitantes; le sigue el sector Libertad, con 102 y el Juárez con 62; mientras que en Zapopan el número asciende a 90 personas por cada 100 mil habitantes.

Ante esta situación, en nuestro país se llevan a cabo campañas de prevención las cuales están dirigidas a la población en general, específicamente a los adolescentes y adultos, con el fin de evitar que se siga propagando el SIDA.

Estas acciones implementadas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y ONG's, coordinadas en gran medida por CONASIDA, se sustentan básicamente en campañas sobre sexo seguro (uso del condón) y en el control estricto de transfusiones sanguíneas para evitar el contagio por esta vía.

1.3.1 LA INTERVENCIÓN DEL ESTADO PARA FRENAR LA PROPAGACIÓN DEL VIH.

Es importante el papel que juega el Estado para frenar la propagación del VIH, sin embargo, en ocasiones las normas sociales y los intereses políticos dificultan la aplicación de las políticas sobre SIDA.

Es un hecho que el VIH se ha convertido en un grave problema de salud, por ello, los gobiernos deben apoyar y subvencionar las intervenciones preventivas destinadas a reducir los riesgos, especialmente entre los grupos de personas que están más expuestos a contraer y transmitir el virus, así como también de proteger a quienes ya padece dicha enfermedad, en cuanto a la estigmatización social.

Sin embargo, muchas veces los encargados de formular la política se han mostrado poco dispuestos a intervenir. Los gobiernos, enfrentados a la pugna de diversos sectores para acceder a los escasos recursos públicos, conscientes de que el VIH/ SIDA se propaga, sobre todo, a través del contacto sexual y el consumo de drogas por vía intravenosa, podrían llegar a la conclusión de que la enfermedad no constituye una prioridad pública.²⁶

²⁶ Sepúlveda Amor, Jaime, obr cit pp. 338-345.

“ Partiendo de la tesis de que el Estado tiene la misión de promover el bienestar económico y una distribución equitativa de los beneficios sociales, se aplican los principios de la economía del sector público para afirmar que el Estado no puede dejar la lucha contra el VIH/SIDA en manos del sector privado. Primero, en los países en que se opta por subvencionar la mayor parte de los costos de la atención de la salud, el SIDA se traducirá en enormes gastos para el sector público, razón que justifica, por sí sola, una labor de prevención oportuna y eficaz. Segundo, cuando una transacción entre dos partes produce efectos negativos para terceros, como ocurre cuando una relación sexual entre dos personas aumenta el riesgo de infección con el VIH para otras personas, la economía del sector público recomienda la intervención del Estado. Tercero, el suministro de información sobre el estado de la epidemia o la eficacia de distintos medicamentos constituye, según el concepto de los economistas, un bien público, los gobiernos pueden en muchos casos acrecentar el bienestar de la sociedad velando por el suministro suficiente de estos servicios. Finalmente, los gobiernos influyen en las normas sociales y promulgan leyes que afectan los derechos tanto de las personas infectadas con el VIH, como de aquellas que no lo están.

Las medidas destinadas a tiempo, a proteger de la epidemia de SIDA al resto de la población”.²⁷

²⁷ Hacer frente al SIDA: prioridades de la acción pública ante una epidemia mundial. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA. 1999 (.versión español) págs. 3-48.

De la epidemiología del VIH/SIDA pueden extraerse dos importantes objetivos para los programas públicos destinados a reducir y detener la propagación del VIH:

1º. Antes de que el SIDA se transforme en un mayor peligro para la salud, los gobiernos, en coordinación con la sociedad, deben contener la epidemia. Incluso en los países en que el virus ya se ha propagado abundantemente, la práctica oportuna de medidas de prevención eficaces, como el uso del condón, puede salvar la vida de muchas personas que de otra manera habrían contraído el virus.

2º Las políticas gubernamentales de salud, pueden influir directamente en las personas consideradas como grupos de alto riesgo suministrando información sobre diferentes aspectos del problema, promoviendo el uso de preservativos, realizando campañas para utilizar equipos esterilizados, además de intentar restringir el comercio sexual o el uso de drogas inyectables.

1.3.2. LA VACUNA CONTRA EL SIDA.

A partir del descubrimiento del VIH, muchos han sido los intentos de científicos a nivel mundial por conseguir una vacuna que contrarreste dicho virus sin que hasta hoy se haya logrado. Actualmente, varios países con equipo científico sofisticado, lo intentan, Tal es el caso del Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB), establecido en América, específicamente en Cuba, que es uno de los más importantes laboratorios de experimentación en la búsqueda de la vacuna contra el SIDA, pues cuenta con personal científico que domina la metodología moderna necesaria, la ingeniería genética, la biología e inmunología molecular, la bioquímica avanzada, además de tener la tecnología (hardware) de investigación y producción más avanzada del mundo, como revela una inspección de sus laboratorios y plantas industriales.

El director del Programa de Lucha contra el SIDA del CIGB, Manuel Santín, afirmó que su país tiene pocos casos de contagio del virus y que una solución a largo plazo es sin duda la vacuna. El trabajo cubano puede dar esperanza a millones de enfermos del SIDA o portadores del Virus de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (seropositivos del VIH).

El combate de la Escuela Cubana de Biotecnología contra el SIDA se realiza en tres frentes: el desarrollo de una vacuna contra el virus; el diseño de sistemas diagnósticos certeros y económicos para el uso masivo en bancos de sangre y con

la población y el desarrollo de medicamentos contra las llamadas enfermedades oportunistas, es decir, las enfermedades que se producen a causa del debilitamiento del sistema inmunológico.

Inicialmente, se logró el aislamiento y la caracterización de cepas del VIH. En términos médicos ésta provocaría una respuesta en la persona vacunada, que sería la misma que tienen los seres humanos cuando el virus verdadero los ataca; se producirían anticuerpos contra el virus, creándose una serie de mecanismos de defensa que tratarían de eliminarlo.

Este preparado vacunal no es un virus verdadero, sino una estructura protéica desarrollada con ingeniería genética; es inmunogénico, porque induce a reacciones de defensa inmunológica en las personas.

El virus tiene material genético, que esta vacuna no tiene y por eso no se puede reproducir. Esta vacuna mimetiza artificialmente, sólo una pequeña región de una de las proteínas del virus, pero no es una proteína viral; no hay material genético del virus y por eso no puede multiplicarse; no es patógeno.²⁸

Las pruebas clínicas de esta vacuna deben pasar por tres fases:

- a) De reactogenicidad, en la cual se administra el preparado y se estudia qué tipo de efecto secundario produce.
- b) De inmunogenicidad que mide la reacción de las defensas frente al virus; su reacción inmunológica.
- c) De eficacia, donde se mide cómo la vacuna administrada a una población relativamente amplia de personas, se ha comportado.

Las fases I y II se pueden realizar en Cuba, pero para llevar a cabo la III se tendría que efectuar en otros países, por no haber la suficiente frecuencia de casos infectados en el país.

Además, existen 24 propuestas de vacunas en todo el mundo, como el grupo Pasteur- Merieux de Francia o de la Bristol Meyer de Inglaterra. Estos como la vacuna cubana, se encuentra en la fase I, pero Genentech y Chiron, ya terminaron la fase II y discuten la III.

²⁸ Heinz, Dietrich, SIDA, Cáncer y Parkinson. Edictorial Planeta, México 1997, pp. 9-158.

Lo ideal sería que fuera una vacuna que produzca el tipo de inmunidad llamado "inmunidad estéril", es decir que la persona sea capaz de tener suficiente respuesta inmunológica frente al virus verdadero. Aunque hay que tomar en cuenta que el virus muta mucho, que se presenta de diferentes formas y que tiene gran capacidad para integrarse dentro del organismo y evitar que se le ataque con facilidad.

Por ello, hay quienes plantean que lo ideal sería prevenirla, pero si no se puede, pudiera crearse un estado de respuesta inmunológica que haga que la persona siga con vida.

1.3.3 MEDICAMENTOS CONTRA LOS EFECTOS SECUNDARIOS DEL SIDA.

El empleo del tratamiento anti-retroviral sumamente activo (TARSA) produce beneficios clínicos y mejora la calidad de vida de muchas personas VIH positivas.

La aplicación prolongada de estos antivirales pudiera crear un estadio en el cual el individuo pasa a ser lo que se llama un portador sano, es decir, personas que tienen cierto equilibrio. Tienen el virus, pero disponen de suficientes defensas inmunológicas para convivir con él evitando que mueran en las circunstancias actuales, por complicaciones, infecciones secundarias, etc. Aunque hay que recordar que los enfermos de VIH/SIDA, en un porcentaje muy alto, se encuentran en países del tercer mundo y que los medicamentos no están a su alcance.²⁹

TARSA es otro medicamento ampliamente empleado desde 1996. En combinación con otros análogos nucleósidos, han aumentado el tiempo de supervivencia y mejorado la calidad de vida de muchas personas con SIDA. Los inhibidores de proteasa actualmente disponibles son Saquinavir (Invirase y Fortovase), Indinavir (Crixivan), Ritonavir (Norvir) y Nelfinavir (Viracept).

Los inhibidores de proteasa interfieren con la enzima proteasa del VIH, una proteína necesaria para la reproducción del virus. Los inhibidores de proteasa impiden que el VIH produzca nuevas copias de sí mismo capaces de infectar otras células. No son una cura para el VIH, pero su importancia radica en la capacidad de ayudar al sistema inmunitario a luchar contra el VIH y las enfermedades ocasionadas por éste.

Todos los inhibidores de proteasa pueden causar molestias gastrointestinales, tales como náusea, dolor de estómago y diarrea. Se han reportado casos aislados de una variedad de síntomas que pueden ser o no ser el resultado del tratamiento anti-VIH, como una redistribución anormal de la grasa corporal (ejemplo obesidad en el tronco) y el deterioro de los músculos en los brazos y las piernas. También pueden ocasionar resultados anormales en las pruebas de laboratorio, como elevaciones del nivel de triglicéridos (grasas), del colesterol y de la glucosa (azúcar en la sangre) .

A pesar de sus limitaciones, los inhibidores de proteasa son fármacos anti-VIH poderosos, aunque si son empleados por sí solos pierden rápidamente su capacidad para suprimir el avance del VIH. Afortunadamente, la supresión eficaz y duradera del VIH se produce al combinar los inhibidores de proteasa con otras

²⁹ Fernández, Claudia, EL UNIVERSAL, Clandestino flujo de fármacos de E:U: para enfermos de Sida. México, D. F. 14 de febrero 1997, pág. 18.

clases de fármacos anti-VIH como los análogos nucleósidos (AZT, 3TC, ddl, ddC y d4T) y los fármacos INIT (nevirapina, delavirdina y efavirenz).³⁰

Es extremadamente improbable que con los fármacos actuales se logre erradicar el VIH de todas las células del cuerpo. Es por eso que las personas infectadas con este virus posiblemente tendrán que tomar el tratamiento anti- VIH por el resto de sus vidas. Aunque tal vez puedan beneficiarse de la erradicación completa, al menos logren controlar el avance del VIH e incluso restaurar sus funciones inmunológicas dañadas.

³⁰ <http://www.aidsinfo.net.org> Medicamentos nuevos: los inhibidores de Proteasa y nuevas clases de medicamentos.

FECHAS DE APROBACIÓN DE MEDICAMENTOS*

NOMBRE COMERCIAL	MEDICAMENTO	FDA-USA	SSA-MEX	CATÁLOGO
Retrovir	AZT	Mar/87	Ene/90	Nov/96
Videx	Ddl	Oct/91	Nov/96	Nov/96
Hivid	DdC	Jun/92	Ago/95	Nov/96
Zerit	D4T	Jun/94	Jul/98	Sep/98
Epivir	3TC	Nov/95	Nov/96	Sep/98
Invirase	Saquinavir	Dic/95	Nov/96	May/97
Ritonavir	Norvir	Mar/96	May/97	May/97
Indinavir	Crixivan	Mar/96	May/97	May/97
Convivir	AZT+3TC	Sep/97	Mar/98	En trámite.
Viramune	Nevirapina	Jun/96	Ago/97	Jun/99
Viracept	Nelfinavir	Mar/97	Feb/99	Dic/99
Rescriptor	Delavardina	Abr/97	May/98	Dic/99
Fortovase	Saquinavir 2	Nov/97	Ago/98	En trámite.
Efavirenz	Stocrin	Jul/98	Sep/98	Dic/99
Ziagenavir	Abacavir	Dic/98	Mar/99	Abr/00
Amprenavir	Agenerase	Abr/99	Ago/99	En trámite.

*La fecha de México fue proporcionada por CONASIDA y laboratorios.

En nuestro país las fechas de aprobación de medicamentos por la Secretaría de Salud son cada vez más rápidas pero la pretensión es que sean simultáneas con las de los demás países.

Es muy importante consignar que cuando un medicamento ingresa al catálogo de medicamentos, se hace obligatorio para todas las instancias de salud pública proporcionarlo a quién lo necesite.

1.3.4. LA IMPORTANCIA DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

Un papel fundamental para controlar e idealmente disminuir el ritmo y frecuencia de transmisión de VIH, son las Organizaciones no Gubernamentales (ONG), ya que estas han enfrentado el miedo, la discriminación, la ignorancia y el rechazo, elementos que han impedido, en su conjunto, el avance de la respuesta social favorable contra la epidemia. Tenemos que reconocer que se debaten en un ambiente de lucha por la supervivencia financiera, la precariedad de esfuerzos articulados relevantes y permanentes que en ocasiones les impiden llevar a cabo proyectos. En México, las primeras ONG's dedicadas específicamente al VIH/SIDA surgen en 1983, con el trabajo de grupos homosexuales de las ciudades de México, Guadalajara y Tijuana.

Existen diferentes tipos de ONG's, unas promueven las actividades de prevención, atención y defensa de los derechos humanos. Teniendo algunas de ellas su origen en la militancia gay y/o la lucha feminista, contribuyendo con su visión de la epidemia. Las otras organizaciones surgen del conservadurismo social y promueven de manera exclusiva la abstinencia sexual, la monogamia y la fidelidad, tal es el caso del Comité Nacional Pro Vida, A.C. (PRÓVIDA), oponiéndose a la difusión de medidas preventivas como el uso del condón o la práctica del sexo seguro.

"Una propuesta que se manejó por parte de un grupo social que está en desacuerdo con las campañas contra el SIDA emprendidas por el Estado, era una

quemada masiva de preservativos frente a la Secretaría de Salud; el acto –que no se llevó a cabo- demuestra la existencia de prejuicios insalvables pues derivan de ideologías estigmatizantes.”³¹

Sin embargo, “ las relaciones entre el gobierno y las ONG’s no han sido siempre del todo armónicas; sin embargo, en muchos países, incluido el nuestro, los gobiernos trabajan abiertamente con las ONG’s, reconociendo que sólo éstas pueden abordar tópicos y efectuar labores que, por inexperiencia, falta de recursos o impedimentos de carácter político, no pueden ser tratados por el gobierno. Más aún, es dentro del terreno de la lucha contra el SIDA donde se ha establecido una relación modelo- si bien perfectible- entre algunos sectores del gobierno y la sociedad civil, que ha arrojado lecciones de enorme valor y apuntan a una colaboración futura más planificada y orgánica, con esfuerzos combinados y concertados para enfrentar la epidemia.

La reunión ocasional de las altas calificaciones y la experiencia acumulada desarrolladas en uno y otro sector en la lucha contra el SIDA, ha demostrado su eficacia y ha movido a instituciones como la Organización Mundial de la Salud al reconocimiento de dichos esfuerzos. Un futuro de disputa y disenter continuo, sea en la relación gobierno- sociedad civil o entre las ONG’s, obstaculizaría más el

³¹ Sepúlveda Amor, Jaime, obr cit p. 499.

avance activo contra la epidemia, provocaría mayores retrocesos y conduciría a errores de consecuencias indeseables"³²

En México, al igual que en otros países, las ONG's fueron las primeras en ensayar una respuesta social ante el SIDA. La inexperiencia, el desconocimiento de la naturaleza del virus, la falta de recursos y las dificultades, no han impedido, que estos grupos y luchadores pioneros acumulen una vasta experiencia, visible ahora a través de una riqueza de recursos, conocimientos, lecciones aprendidas y propuestas de acción que, a lo largo de los años, han conseguido mejorar, promover y organizar respuestas concertadas y conjuntas para continuar con las acciones en la lucha contra el SIDA.

³² Hernández Chávez, Juan Jacobo. El trabajo en VIH-SIDA de las Organizaciones No Gubernamentales Mexicanas. Colectivo Sol.en Salud Pública de México. Nov.- Dic. 1995 Vol. 37 No.6 págs 654-660

1.4 ESTADISTICAS ACTUALES EN MEXICO

AÑO	NOTIFICADOS*	DIAGNOSTICADOS
1981	N/D	N/D
1982	N/D	N/D
1983	6	60
1984	6	198
1985	29	349
1986	246	673
1987	518	1485
1988	905	2069
1989	1605	2661
1990	2587	3517
1991	3155	3625
1992	3210	3988
1993	5058	3950
1994	4111	4129
1995	4310	4106
1996	4216	3810
1997	3670	3550
1998	4758	3498
1999	4372	1541
2000	-	25
TOTAL	42762	44044

Estos casos fueron publicados en su mayoría en los Boletines de CONASIDA en los años respectivos.

- ** A los casos acumulados hay que agregar:

35% por retraso en la notificación = 15,415

18% por subregistro = 8,148

SUMA = 23,563

Casos diagnosticados = 44,044

Total de casos estimados al 31 de Marzo = 67,607

Según ONUSIDA por cada caso de SIDA deben considerarse de 3 a 4 casos de VIH sin haber desarrollado el virus; según esto, en nuestro país hay además 270,428 casos de VIH.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIDA
DIAGNOSTICADOS EN EL AÑO SEGÚN FACTOR DE RIESGO.**

CATEGORIA	EN EL TRIMESTRE
SEXUAL	92.0
Homo y bisexual	32.0
Heterosexual	60.0
SANGUÍNEA	0.0
Transfusión sanguínea.	0.0
Hemofílico	0.0
Donador	0.0
Drogas intravenosas	0.0
Exp. Ocupacional	0.0
PERINATAL	4.0
OTRAS(Homo/DIV)	0.0
DESCONOCIDO	4.0
TOTAL	100.0

* Por fecha de diagnóstico

- Información actualizada al primer trimestre del 2000.

CASOS DE SIDA DIAGNOSTICADOS EN EL AÑO SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA

ENTIDAD	EN EL TRIM.	ACUM.	ENTIDAD	EN EL TRIM.	ACUM.
Aguascalientes	-	-	Morelos	6	6
Baja California	-	-	Nayarit	-	-
Baja California Sur	1	1	Nuevo León	-	-
Campeche	3	3	Oaxaca	-	-
Coahuila	-	-	Puebla	4	4
Colima	-	-	Querétaro	-	-
Chiapas	-	-	Quintana Roo	1	1
Chihuahua	5	5	San Luis Potosí	-	-
Distrito Federal	-	-	Sinaloa	-	-
Durango	-	-	Sonora	-	-
Guanajuato	2	2	Tabasco	-	-
Guerrero	-	-	Tamaulipas	-	-
Hidalgo	-	-	Tlaxcala	-	-
Jalisco	-	-	Veracruz	-	-
México	-	-	Yucatán	-	-
Michoacán	2	2	Zacatecas	1	1
TOTAL				25	25*

- Información actualizada al primer trimestre del 2000.

ESTIMACIONES SOBRE EL VIH-SIDA EN EL MUNDO*

1. Personas que vivían con el VIH-SIDA, final de 1999						2. Huérfanos por el SIDA	3. Defunciones por SIDA, 1999	4. Población, 1999
PAIS	ADULTOS Y NIÑOS	ADULTOS (15-49)	TASA DE ADULTOS (%)	MUJERES	NIÑOS	HUERFANOS CIFRA ACUMULATIVA	ADULTOS Y NIÑOS	TOTAL (MILES)
Africa Subashariana	24 500 000	23 400 000	8,57	12 900 000	1 000 000	12 100	2 200 000	596 272
Asia Oriental/ Pacífico	530 000	530 000	0 06	66 000	5 200	5 600	18 000	1 477 678
Australia y Nueva Zelanda	15 000	15 000	0 13	1 100	190	500	120	22 522
Asia Meridional/ Sudoriental	5 600 000	5 400 000	0 54	1 900 000	200 000	850 000	460 000	1 920 326
Europa Oriental/ Asia Central	420 000	410 000	0 21	110 000	15 000	500	8 500	391 5370
Europa Occidental	520 000	520 000	0 23	130 000	4 100	9 000	6 800	401 691
África Norte/ Oriente Medio	220 000	210 000	0 12	42 000	8 000	15 000	13 000	336 496
América Del Norte	900 000	890 000	0,58	180 000	11 000	70 000	20 000	306 931
Caribe	360 000	350 000	2,11	130 000	9 600	85 000	30 000	32 024
América Latina	1 300 000	1 200 000	0,49	300 000	28 000	110 000	48 000	473 388
TOTAL MUNDIAL	34 300 000	33 000 000	1,07	15 700 000	1 300 000	13 200 000	2 800 000	5 958 865

*Datos obtenidos en el Informe sobre la epidemia mundial de VIH-SIDA. ONUSIDA. Junio de 2000. (versión español)

Las estimaciones se refieren al final de 1999. Se dan números redondeados. Sin embargo, se utilizaron números no redondeados para el cálculo de las tasas y los

totales regionales/mundiales y la suma de las cifras nacionales.

En el presente informe se define a los adultos como los varones y las mujeres comprendidos entre 15 y 49 años de edad. Este grupo abarca a las personas que se hallan en los años de mayor actividad sexual. Si bien, como es lógico, el riesgo de infección por el VIH continúa más allá de los 50 años de edad, lo más probable es que la inmensa mayoría de aquellos cuyo comportamiento implica un alto riesgo se infecten antes de alcanzar esa edad. Dado que las estructuras de población difieren en gran medida de un país a otro, en particular cuando se trata de niños y de adultos de más edad, restringir la condición de "adulto" a las personas de 15 a 49 años tiene la ventaja de hacer más comparables a poblaciones diferentes. Este grupo de edad se utilizó como denominador para calcular la prevalencia del VIH en adultos.

De acuerdo a lo expresado anteriormente, podemos concluir que el riesgo de contagio de SIDA es un problema latente y que deben destinarse mayores esfuerzos hacia su prevención. Uno de ellos y quizá el más importante mientras no se descubra como contrarrestar el virus son las campañas de información y concientización en los medios de comunicación, siendo éstos ideales por el alcance informativo que tienen entre las sociedades.

Por ello, el siguiente capítulo está dirigido a la participación en importancia que tienen los medios de comunicación en la lucha contra el SIDA.

CAPITULO II

EL SIDA EN LA RADIO

2.1 MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SIDA.

Los medios de comunicación representan desde su creación, una de las formas más eficientes de mantener vínculos entre las sociedades humanas. De ahí la importancia del uso de los medios de comunicación (radio, televisión, prensa y cine), para difundir, a través de ellos, información sobre temas de interés puesto que su uso brinda la posibilidad de emitir mensajes concretos.

A nivel técnico, los medios de comunicación son capaces de hacer llegar información a todo el país. Pero es necesario tener en cuenta que éstos sólo son "...las avenidas por las cuales los mensajes alcanzan audiencia..."³³, por lo anterior, referimos la importancia de elaborar estrategias de información directa y apegadas lo más posible a la realidad.

Sin embargo, en el caso específico del SIDA, informar no basta, sino que es necesario asegurar un entorno de relaciones sociales basadas en la tolerancia y el respeto mutuo pues la sociedad debe entender que la infección por VIH constituye no sólo un problema de salud sino además un conflicto social, cultural, económico y político que afecta a todos los países. En cuanto a las campañas en medios masivos, dado el amplio y variado público al que se dirigen, deben ser breves, directas usando un lenguaje claro y más allá de pretender dar información únicamente, deben contemplar el lado humano de las personas afectadas.

2.2 ANTECEDENTES DE CAMPAÑAS: Plan de Medios de CONASIDA

Es difícil aceptar que respecto a un tema tan importante los medios de comunicación no han tenido un papel destacado. Por ello, analizaremos los obstáculos que éstos han tenido para llegar a la población desde la aparición de CONASIDA.

En 1985 se creó el Comité para la Prevención y el Control del SIDA- que luego se transformó en el Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA)- y en noviembre de 1987 salió al aire la primera campaña en medios masivos de comunicación. A partir de esta fecha, al igual que la epidemia, las estrategias informativas y educativas han atravesado por cambios importantes.

"El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) fue creado mediante decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 24 de Agosto de 1988. A partir de ese momento las actividades del CONASIDA se financiaron con recursos provenientes de fondos internacionales, principalmente del Programa Global de SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en 1991 le fue otorgado el presupuesto federal ante la progresiva e importante disminución del financiamiento internacional y el crecimiento de la epidemia. Este presupuesto específico quedaba dentro del

³³ Lerbinger, O. Diseños para la comunicación persuasiva. Edit. El Manual Moderno, México 1979. P. 50.

CONASIDA le fue asignado presupuesto federal propio (clave presupuestal KOO)³⁴

A partir del 22 de diciembre de 1994 el CONASIDA quedó incluido en la estructura de la Dirección General de Epidemiología, dependiente de la Subsecretaría de Servicios de Salud.

Actualmente el CONASIDA es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con nivel de Dirección General y cuenta con plazas federales propias. Depende directamente de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades.

El Secretario de Salud es el Presidente del Consejo y puede invitar a representantes de las dependencias de la Administración Pública Federal centralizada como vocales del Consejo para coadyuvar en el desempeño de las funciones del mismo. La participación de las dependencias centralizadas de la Administración Pública Federal y de representantes del IMSS, ISSSTE, Instituto Nacional de la Nutrición, se requieren para desarrollar las actividades de prevención y control del SIDA en cada una de sus instancias.

³⁴ Información básica del CONASIDA. Orígenes y Estructura Actual. CONASIDA. Pág. I. México D.F.

La Secretaría de Salud cuenta con la participación de Comités Técnicos para la coordinación de actividades sustantivas equivalentes y evitar la duplicación de acciones: Comité de Aspectos Clínicos, Comité de Epidemiología, Comité de Bancos de Sangre, Comité de Aspectos Sociales, y Comité de Aspectos Jurídicos.

Los objetivos principales del CONASIDA son:

1. - Prevención de la transmisión sanguínea, sexual y perinatal: prevenir la transmisión del VIH a la población por vía sexual, sanguínea y perinatal, a través de diversas estrategias como la promoción de medidas preventivas, la detección oportuna y el tratamiento adecuado de otras enfermedades de transmisión sexual, el control y la detección del VIH en todo paquete de sangre y homoderivados, y la prestación de asesoría y de servicios a la población con prácticas de riesgo.
2. - Reducción del impacto individual y social: fortalecer y promover las acciones que favorezcan atención médica, el apoyo psicológico y social adecuado a las personas afectadas así como a sus familiares; promover acciones que disminuyan el impacto social y económico del VIH/SIDA y que favorezcan el respeto a los derechos humanos, así como el rechazo a la discriminación y la estigmatización.
3. - Movilización y unificación de esfuerzos nacionales: movilizar al Sistema Nacional de Salud, al resto del sector público y a la sociedad en su conjunto en la lucha contra el VIH/SIDA.

4. - Investigación: promover y realizar actividades de investigación para conocer las características particulares de la enfermedad en nuestro país desde el punto de vista epidemiológico, biomédico y psicosocial.

Los Planes de Comunicación que utilizamos para nuestra tesis, van apoyados directamente por el CONASIDA, ya que éste es el organismo base para las dependencias gubernamentales y no gubernamentales. Todas las campañas existentes, se planean a través de CONASIDA.

2.3 CAMPAÑAS CONTRA EL SIDA.

1987-1988

El primer modelo de comunicación desarrollado consistió en la distribución de folletos con preguntas y respuestas sobre el SIDA, dirigidos al público general. También se repartieron materiales destinados a hombres homosexuales y bisexuales. Después siguió una campaña de información errática, pues combinaba mensajes que atemorizaban por ejemplo: la foto de un cadáver de cuyo pie pendía una tarjeta con la leyenda "Murió de SIDA", con otros humorísticos- la distribución de cajas de cerillos con un condón y una leyenda que decía : " yo no juego con fuego".

" En 1987-1988 el equipo de comunicación del CONASIDA consideró que había llegado el momento de pasar a una nueva fase de la campaña, que fuera cuidadosamente planeada y que estuviera destinada a cubrir las necesidades específicas de información planteadas por la población. Con este propósito, en abril de 1987 se inició una investigación sobre conocimientos y actitudes del público en general en relación con el SIDA. La metodología elegida- cuestionarios incluidos en periódicos de distribución nacional, para ser contestados voluntariamente- no garantizaba representatividad. Sin embargo, resultaba una estrategia rápida, poco costosa y que permitía cubrir a un gran número de encuestados.

Esta estrategia fue complementada con una encuesta telefónica realizada en una muestra seleccionada al azar, y otra entre usuarios del Sistema de Transporte Colectivo Metro. Ambas tuvieron como sede el Distrito Federal".³⁵

La información recolectada hacía evidente que muchas personas habían oído hablar del SIDA, pero que predominaban las concepciones equivocadas. La campaña en los medios masivos fue específicamente preventiva, dirigida a combatir los mitos prevalecientes en ese entonces, al tiempo que se promovía la monogamia como la mejor estrategia de prevención y el uso de condones como una alternativa. El lema de la campaña, que aparecía al final de los spots era: "Disfruta del amor. Hazlo con responsabilidad" La campaña utilizó varios canales con el objeto de llegar al público en general, así como a las personas con comportamientos de alto riesgo, y fue complementada con mecanismos de comunicación interpersonal para aumentar su impacto. En esta campaña por primera vez es mencionada en los medios de comunicación de nuestro país la palabra "condón".

En abril de 1988 se logró la participación de la Asociación Nacional de Actores (ANDA) en las campañas. Una actriz y cantante muy popular filmó un spot en el que una de sus canciones fue modificada para promover el uso de condones: en

³⁵ Rico Galindo, Blanca; Bronfman M., Mario; Las campañas contra el SIDA en México: ¿ Los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas?. Salud Pública de México, noviembre-diciembre, 1995 Vol.37 No.6 pág. 643.

una actitud provocativa, y con un paquete de condones en la mano, repetía el lema de la campaña anterior: "disfruta del amor, hazlo con responsabilidad".

Pero muy pronto la reacción conservadora no se hizo esperar, el Secretario de Salud fue acusado de "iniciar la revolución sexual en México".³⁶ y de inducir la promiscuidad; la televisión privada se negó a difundir la campaña y ésta fue interrumpida definitivamente.

Otro intento de mensaje en 1988, fue un famoso jugador de fútbol que terminaba diciendo " siga la información" fue tan absurdo este mensaje que la audiencia no lograba identificar cuál era el motivo del mensaje. A partir de esta fecha todas las campañas de CONASIDA terminaban presentando la identificación institucional y el número telefónico de TelSIDA.

Después de este mensaje surgió un periodo de silencio por las elecciones presidenciales, comenzó allí el primer espacio de silencio en las campañas contra el SIDA.

1989-1992

Mayo de 1989 marcó un cambio en estrategias de CONASIDA, se realizó un foro con la más amplia representatividad: académicos, artistas, líderes de opinión, organizaciones de homosexuales, funcionarios públicos, grupos de derechos civiles, de sexo servidoras, ministros religiosos y representantes de todo el espectro político se pusieron en la mesa los temas como: el papel del gobierno y

³⁶ Idem, pág. 645.

de los medios, la educación sexual en las escuelas, la discriminación y los derechos humanos, entre otros.

CONASIDA fue severamente criticado por liberales y conservadores. Aquellos se centraban en la insuficiente información sobre SIDA y éstos sostenían que la promoción de los condones inducía a la promiscuidad sexual. Los pocos que aprobaron estas medidas fueron señalados como progubernamentales. De este foro emergieron tres recomendaciones:

- a) el SIDA es un problema de salud pública y no un problema moral,
- b) la información debe ser explícita; y,
- c) las Organizaciones no Gubernamentales deben asumir un rol más activo.

El resultado de esta campaña, consistió en 18 mensajes difundidos por televisión. La primera parte, presentó las nuevas tendencias epidemiológicas, haciendo énfasis en los grupos estigmatizados y utilizó como lema: "¿No cree que debería informarse?". La segunda, estuvo destinada a reconocer y estimular el compromiso de la sociedad en la lucha en contra del SIDA. Para ello se usaron testimonios de líderes políticos, adolescentes, seropositivos, ejecutivos de empresas transnacionales y demás, todos ellos terminaban con el siguiente mensaje: " Esto es lo que yo estoy haciendo, y tú "¿qué estas haciendo?".

“Mientras esta campaña se llevaba a cabo, CONASIDA comenzó a preparar nuevos mensajes enmarcados en la filosofía de ser positivos, orientados hacia la prevención y visualmente atractivos; el lugar seleccionada para lanzar esta nueva campaña fue el metro de la Ciudad de México, se eligió el juego de la lotería, popular en el país entre todas las edades y en todos los grupos sociales”.³⁷

Los personajes de la lotería fueron seleccionados para representar prácticas de riesgo y, en conjunto con refranes populares humorísticos, se presentaron en 21 carteles diferentes que se exhibieron en los vagones, en los corredores y en las plataformas del metro. Una atención especial se le dió a las mujeres, subrayando el hecho de que entre ellas la epidemia avanzaba más rápidamente que en otros grupos y les estimulaba a exigir a sus compañeros el uso del condón. Además de los carteles se realizaron dos spots televisivos para completar la campaña y el lema que acompañó toda la campaña fue: “ El SIDA no es cuestión de suerte, sino de vida o muerte”.

Esta campaña fue lanzada el 1 de diciembre de 1989, Día Mundial del SIDA, y una semana después el Coordinador General de CONASIDA fue acusado penalmente por la asociación Pro-Vida, bajo los cargos de promover la promiscuidad y pervertir a menores, al presentar los condones como la medida preventiva contra el SIDA. Después de un cuidadoso análisis de los cargos, el Procurador General de la República decidió que no había crimen que perseguir.

³⁷ SIDA/ETS. Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA(CONASIDA), Secretaría de Salud (SSA), México

Ante esta situación hubo un período de calma muy prolongado, sólo interrumpido por tres spots realizados y transmitidos con motivo del Día Mundial del SIDA, el 1 de diciembre de 1990, cuyo lema fue el elegido por la Organización Mundial de la Salud para ese día: "La mujer y el SIDA".

En 1991 se lanzó una nueva campaña, desarrollada por un equipo especializado que trabajó junto con CONASIDA, fue un spot de televisión en el que un niño de 11 años, con los ojos vendados, preguntaba a su padre- que estaba leyendo el periódico-: "¿papá qué es el SIDA?"- El padre evidenciaba incomodidad, bajaba el periódico-él también tenía una venda en los ojos- y trataba de responder a su hijo, pero sin saber qué decir. El spot finalizaba con la frase: "Quítate la venda de los ojos y quitasela a tus seres queridos". Al evaluar este material no fue muy bien aceptado al mostrar un padre ignorante.

1992-1994

Tomando en cuenta las opiniones de activistas de ONG's, epidemiólogos, clínicos, psicólogos, educadores sanitarios, profesionales de la planificación familiar y de las experiencias de otros países, desarrollaron un " Plan de Medios 1992-1994, donde combinaron campañas en medios masivos para la población en general, con mensajes específicamente diseñados para las poblaciones objetivo que fueron definidas en el proceso antes descrito, por ejemplo adolescentes, y con

estrategias cara a cara; es decir, se incluían intervenciones específicas dirigidas a grupos específicos³⁸.

Los supuestos más importantes de la campaña fueron:

1. - La mayoría de las personas en México tienen la información básica sobre el SIDA y cómo prevenirlo. Por ello los mensajes no deben repetir lo que la gente ya sabe; deben, en cambio, dar nueva información, ser utilizados para sensibilizar y generar preocupación sobre el problema.
2. - La mayoría de las personas no se sienten en riesgo. La campaña debe incrementar la percepción de riesgo en el conjunto de la población.
3. - Persiste una actitud estigmatizante y discriminatoria frente a los que viven con VIH/SIDA. Los anuncios deben abordar este problema con el objeto de incrementar la solidaridad y evitar violaciones a los derechos humanos.
4. - Las campañas en medios masivos no modifican el comportamiento y, por lo tanto, deben ser reforzadas con intervenciones cara a cara. El plan incluyó intervenciones cara a cara específicas para diferentes grupos, a través de materiales educativos y de intervenciones que se realizaron en escuelas, lugares de trabajo, bares, etc. Los anuncios buscaban crear un clima apropiado para hacer que estas intervenciones específicas, cara a cara, fueran aceptadas e incluso solicitadas.

³⁸ Plan de medios 1992-1994, CONASIDA. Documento de circulación interna.

5. - Como institución de gobierno, CONASIDA debía dirigirse a todos. México es un país complejo, con variadas y diferentes realidades sociales, culturales y religiosas. Por lo tanto, se debían proponer opciones para todos: desde la abstinencia hasta el uso del condón.

6. - Existe una creciente tendencia a olvidar que el SIDA se ha instalado entre nosotros. Uno de los principales objetivos de la campaña fue asegurar que la población no olvidara el problema del SIDA, por lo que se buscó una presencia permanente en los medios.

Con esta campaña se identificaron tres fases; la primera se llamó una "campaña puente", consistente en un spot destinado a informar al público sobre CONASIDA y sus servicios. La segunda fase, a la que se denominó "apertura social", consistía en promover un clima que le facilitara a las personas hablar sobre SIDA bajo cualquier circunstancia: en la escuela, en el trabajo, en la casa, etc. El objetivo era promover un surgimiento de conciencia gradual sobre los riesgos de infectarse y combatir el mito de que el SIDA sólo es un problema de homosexuales o de gente "poco decente". y por último la tercera fase consistió sobre "los derechos humanos", con un spot cuyo objetivo era sensibilizar a la población general sobre la importancia de respetar los derechos humanos de infectados y enfermos.

1994-1995

Los lineamientos y consideraciones aplicables al concepto general de campaña fueron:

- a) promover la búsqueda de información útil para la prevención de la transmisión del VIH/SIDA.
- b) generar la reflexión acerca de la percepción de riesgo.

“Con una necesidad institucional de ponderación y selección de datos y referencias epidemiológicas en individuos, grupos y sociedades. También con una correlación de grupos más afectados/ necesidades educativas. Y la aplicación de políticas informativas y normatividad del Consejo, zonas de influencia y políticas de vinculación y concertación interinstitucional”.³⁹

El Concepto general de campaña: “Todos, sin excepción, estamos en riesgo de adquirir el VIH/SIDA” Y el lema: “ El SIDA es asunto de todos”

1996-2000

Se realizó la plataforma creativa y la producción de las fases I y II del Plan de Comunicación 1996-2000. Al finalizar cada una, se procedió a evaluar el impacto con grupos focales y a través de TelSIDA.

³⁹ Presentación de Campaña 1994-95. Dirección de Documentación y Comunicación. Dpto. de diseño y producción de materiales educativos. Pág. 7-10.

Los aspectos generales en que se basó CONASIDA para proponer el Plan Comunicación 1996-2000 son los siguientes:

- a) La campaña se dirigió a adolescentes, sobre su responsabilidad individual para prevenir el VIH/SIDA, y de la importancia de sus padres y madres, maestros y maestras, como fuente de orientación y educación. El lema fue: ¡ Protégete, usar condón es una forma!
- b) Sensibilizar a los padres y madres de familia y a los maestros y maestras, sobre la relevancia de su participación y responsabilidad en la educación sexual de sus hijos e hijas y alumnos y alumnas, encaminada a la prevención del VIH/SIDA. Los lemas que se incluyeron: ¡ Hablemos de SIDA con nuestros hijos e hijas! ¡El SIDA es una realidad! Y ¡Hablemos de SIDA con nuestros alumnos y alumnas!.
- c) Cada fase de la campaña incluyó varias estrategias: spots de radio y televisión, carteles, dípticos, inserciones en periódicos y revistas, así como espectaculares. Con esto se pretendió lograr un mayor impacto y penetración del mensaje.

La difusión en radio y televisión se hizo en los tiempos oficiales asignados a la Secretaría de Salud por la Secretaría de Gobernación a través de la Dirección General de Radio, Televisión y Cinematografía (RTC) y en los medios impresos (periódicos y revistas), mediante inserciones pagadas como publicidad. El Departamento de Información y Medios Masivos de CONASIDA proporcionó a la Dirección General de Comunicación Social las pautas de

medios para la difusión de la campaña. Además se realizaron materiales de apoyo, como carteles, dípticos y espectaculares.

La campaña constó de los siguientes materiales para cada fase:

- 1 spot de televisión (adolescentes)
- 2 spots de radio (adolescentes)
- 2 spots de radio (padres y madres)
- 2 spots de radio (maestros y maestras)
- 1 cartel (adolescentes)
- 1 cartel (maestros y maestras)
- 1 folleto díptico (padres y madres)
- 1 espectacular (padres y madres)

CAMPAÑA “LAZO ROJO”

El programa “Lazo Rojo” es una estrategia que pretende ampliar la respuesta al SIDA involucrando de manera activa a nuevos sectores sociales. Como una iniciativa de la Organización de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Secretaría de Salud (SSA) a través del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA).

Este programa utiliza el símbolo del lazo rojo, cuyo uso y significado no son nuevos. Lazo Rojo es un símbolo creado en 1991 por un grupo de personas de Nueva York que, preocupados por la falta de conciencia y de respuesta de la sociedad, quisieron hacer visible al SIDA de alguna manera. La primera persona que lo utilizó públicamente en el mundo fue el actor Jeremy Irons y a partir de entonces se ha convertido en un símbolo internacional que cada vez usan públicamente más personalidades, científicos, activistas, médicos y miembros de la sociedad. En 1996 el Programa Mundial de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA) lo incorporó de manera oficial a su logotipo.

El programa “Lazo Rojo” paralelamente con la campaña en medios de comunicación “Enlázate a la vida”, cuyo objetivo es crear conciencia, motivar y apoyar el movimiento Lazo Rojo, posicionándolo como un símbolo de conocimiento, conciencia y compromiso en la lucha contra el SIDA.

“ Este esfuerzo comunicativo, cuyo objetivo es crear conciencia en la población de la importancia que representa estar bien informado sobre el VIH/SIDA, está dirigido a un público primario de hombres y mujeres de 18 a 30 años de todos los niveles socioeconómicos y a un público secundario de hombres y mujeres de 14 a 18 años y de 30 en adelante. A quien porta el “Lazo Rojo” se le identifica como una persona comprometida en la lucha contra el SIDA, alguien que inspira confianza y comprensión a las personas infectadas por el virus y que participa en el movimiento del “ Lazo Rojo” e invita a otras personas a participar”⁴⁰

Los puntos más importantes en esta campaña son:

- a) El uso correcto y consistente del condón es una alternativa. Se trata de la forma más afectiva de prevención del VIH/SIDA para la población sexualmente activa.
- b) El SIDA no tiene cura.
- c) Basta una vez para contagiarse
- d) Para los y las jóvenes, el concepto de usar y/o exigir el condón en las relaciones sexuales.
- e) Para los padres y madres de adolescentes y jóvenes, el concepto de no darle más vueltas y hablar del asunto con sus hijas e hijos
- f) Convocatoria a la participación social solidaria e informada.

El lema de esta campaña es: “Porque el SIDA no se ve hasta que te da... protégete. Usa condón”.

⁴⁰ Campaña de prevención del VIH/SIDA. México-Salud 2000. CONASIDA.

La campaña consistió en los siguientes materiales:

- 3 spots de televisión (uno dirigido a hombres adolescentes, otro a mujeres adolescentes y uno más para padres y madres adolescentes).
- 9 spots de radio (3 dirigidos a hombres adolescentes, 3 a mujeres adolescentes y 3 a padres y madres adolescentes).
- 2 carteles (uno dirigido a adolescentes y otro a sus padres y madres).
- 1 tríptico para padres y madres.
- 1 anuncio móvil en microbuses dirigido a padres y madres.

2.4 SERIES RADIOFÓNICAS SOBRE SIDA: UN MEDIO ALTERNATIVO PARA INFORMAR E INTERRELACIONAR A PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH, Y A LA SOCIEDAD EN GENERAL.

Desde la aparición del virus del SIDA en el mundo, muchos han sido los esfuerzos humanos por impulsar programas de investigación y prevención con la finalidad de atacar esta enfermedad mortal.

A partir del conocimiento del VIH, las sociedades, gobiernos e instituciones han aprendido que el SIDA es un problema de salud complejo, que requiere de un trabajo multidisciplinario para establecer mecanismos de comunicación real ente la comunidad en general y las personas afectadas por el virus.

México no ha sido la excepción, por ello, la Secretaría de Salud en coordinación con CONASIDA y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales, han creado diversas campañas con el fin de elevar el nivel de investigación e información para prevenir y controlar dicha enfermedad.

Entre las actividades implementadas, se encuentran desde hace varios años (inician oficialmente en 1987) los "Planes de medios de comunicación", con el fin de difundir la mayor información posible sobre SIDA a la comunidad en general,

que incluyen spots en radio y televisión, conferencias, talleres, carteles, periódicos, revistas, espectaculares y dípticos, que son transmitidos regularmente.

En este tipo de acciones, se presta primordial atención a aquellos grupos de mayor riesgo de infección además de proporcionar alternativas para evitar la transmisión del virus por vía sexual, sanguínea y perinatal, siendo entonces campañas preventivas en su mayoría.

En los medios electrónicos, radio y televisión, se transmiten mensajes a través de los tiempos oficiales asignados a la Secretaría de Salubridad y Asistencia por la Dirección General de Radio, Televisión y Cinematografía de la Secretaría de Gobernación y administrado por la Unidad de Comunicación Social de la Secretaría de Salud, la cual programa las fechas de inicio y término de transmisión al aire, así como la periodicidad de los mismos.

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por evitar la propagación del VIH, "diariamente se infectan 16,000 personas en todo el mundo"⁴¹ de las cuales 7,000 son jóvenes de 13 a 14 años, lo que significa que el 30% de casos de SIDA se adquiere durante la adolescencia.

De acuerdo al Programa Mundial de SIDA (ONUSIDA), México ocupa actualmente el lugar 69 según la tasa de incidencia y el 11°. En América. Además de lo anterior, los casos detectados de SIDA en la República Mexicana, podrían existir aproximadamente 15,000 portadores de virus de VIH y el 90% de ellos, desconoce que están infectados.

Las campañas de prevención e información están dando resultado de acuerdo a las evaluaciones terminales de cada período, sin embargo en ocasiones se enfrentan a problemas como la crítica de grupos de organizaciones no gubernamentales quienes han declarado de manera infundada, según expertos en el tema y psicólogos, que las campañas han influido en los comportamientos, cuando el único resultado posible era la simple sensibilización.

Por lo expuesto anteriormente, hay ocasiones en que las campañas programadas para determinado tiempo, son reajustadas, alterando así los planes de proyección informativa hacia la sociedad.

Otro aspecto importante a considerar es el perfil de preferencia en el uso de los medios de comunicación. Para definir esta situación, en 1999, CONASIDA realizó una encuesta aleatoria en 6 estados de la República Mexicana que arrojó los siguientes datos:

⁴¹ "Situación del SIDA en México y el mundo 2000". CONASIDA. Julio 2000

USO DE MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN EN MÉXICO*

MEDIO	POB. GRAL	MEDICOS	ESTUDIANTES	PROSTITUTAS	HOMOSEX
Radio	66	59	77	63	73
Televisión	82	85	73	72	77
Periódico	46	72	67	28	58
Revistas	26	50	34	45	50

**Datos obtenidos en Informe Anual 1999, CONASIDA.*

Los datos obtenidos reportaron que los mexicanos prefieren como primera opción la televisión y en segundo la radio. Sin embargo, por las características de la problemática que nos atañe, consideramos utilizar para nuestro proyecto de serie, la radio, pues como medio de comunicación presenta una gama de opciones (entrevista, drama vivo, noticiero, reportaje, debate, encuestas, participación vía telefónica, por e-mail y por correo) que nos permitirán provocar en el radioescucha lo que pretendemos: sensibilizar, concienciar e informar sobre la grave problemática del SIDA.

Además, pensamos que fuera serie radiofónica pues la radio como un importante medio de comunicación, llega a una gran cantidad de hogares y puede escucharse en automóvil, o transportes públicos. Esto implica, según estadísticas de la Asociación de Radiodifusores del Valle de México (ARVM)⁴², que un 70% de los habitantes de nuestro país tienen acceso y escuchan radio, siendo ésta una cifra elevada para difundir un problema de grandes dimensiones.

⁴² Asociación de Radiodifusores del Valle de México, La radio, audiencia en México 1999. México, DF p 37.

Enfocándonos entonces específicamente a la radio en cuanto a programas y spots se refiere y de acuerdo al registro de éstos por año, realizado por CONASIDA, consideramos que los espacios no son suficientes de acuerdo a la magnitud del problema como lo veremos en el siguiente cuadro:

ANÁLISIS DE TRANSMISION DE SPOTS, CAPSULAS Y PROGRAMAS SOBRE SIDA EN LA RADIO⁴³

PLAN DE MEDIOS (AÑOS)	NUMERO DE PROGRAMAS	NUMERO DE SPOTS	CAPSULAS INFORMATIVAS
1987- 1989	SIN REGISTRO	SIN REGISTRO	SIN REGISTRO
1989- 1992	48 (a)	4 CN*	10 A.M **
1992- 1994	68	40 CN*	45 AM**
1994- 1995	49	16 CN* (b)	SIN REGISTRO
1996-2000	156	34 CN* (c)	SIN REGISTRO

- *(CN) Cobertura Nacional
- **(AM) Área Metropolitana

- a) De los cuales 19 fueron transmitidos por Radio UNAM en formato de serie, iniciada el día 1º. De Diciembre de 1992.
- b) Algunos spots programados para 1995, se transmitieron hasta 1996, por ajustes en el Plan de Medios.
- c) Datos de Programas y spots de acuerdo al Plan de Medios 1996-2000. En este se contempla la etapa 4 con la campaña "Lazo Rojo" 1999-2000, del cual aún no han sido transmitidos todos los programados.

⁴³ CONASIDA, Informes Anuales 1987 a 1999. México.

De acuerdo a los informes revisados, concluimos que el Día Mundial de la lucha contra el SIDA (1º de diciembre), se presentaron al radioescucha diversos programas sobre VIH en los que se daban aspectos meramente informativos y preventivos y que posteriormente se tocaba el tema en programas muy esporádicos, sin tomar en cuenta una secuencia que permitiera al radioescucha incrementar el conocimiento sobre la enfermedad. Únicamente en 1992, según registros de CONASIDA, RADIO UNAM creó un programa en formato de serie con duración de 19 emisiones.

Otros programas de importancia que abordaron el tema ocasionalmente fueron: Monitor de la mañana, Intimo, Sexualidad en voz Alta, Mundo Joven, Zona libre, Fátima en directo, de los cuales el 95% de las emisiones fueron específicamente informativas y un 5% enfocadas al aspecto emocional de los afectados.

Hasta ahora, pocas personas se habían preocupado por seguir de cerca la vida de los afectados y sus familias, las repercusiones que tienen en la sociedad y además, de tomar en cuenta los esfuerzos diarios de todas las organizaciones existentes relacionadas con la epidemia.

Por ello, nuestra tesis propone un Proyecto de serie radiofónica que tiene como meta primordial formar una Red que integre a la comunidad SIDA a través del de objetivos específicos que incluyan la participación de los infectados por VIH, de sus familias, de la sociedad civil y de nuestro gobierno pues consideramos que

la enfermedad está aquí, día a día, viviendo entre nosotros y que no es un problema exclusivo de determinado sector social.

Planteamos formar una Red que sirva de apoyo psicológico, económico, social y preventivo para nuestra sociedad. Sólo uniendo esfuerzos encontraremos la forma de ayudar a las personas afectadas por el VIH, elevando así, la calidad de vida de los seres humanos y en especial de aquellos que viven con SIDA.

CAPITULO III

PROPUESTA DE SERIE RADIOFÓNICA PARA DIFUNDIR UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA

3.1 FICHA TÉCNICA

Nombre de la serie: "ENCUENTROS VIH-SIDA"

GENERO: Noticias

Entrevistas- invitados en cabina, grabados.

Reportajes

Debate

Encuestas

Drama vivo

Campañas Informativas

Participación telefónica cerrada.

DURACIÓN: Consideramos que una duración de 60 minutos es suficiente para poder desarrollar los temas convenidos, plantearlos y concluirlos. Se requiere de ese tiempo también porque como lo plantea el objetivo de la serie, se implementará un sistema de retroalimentación con los radio-escuchas para responder a sus preguntas y para integrar la red amigos SIDA.

MODALIDAD DE PRODUCCIÓN: En vivo, pues la misma naturaleza de los objetivos así lo requiere. Los reportajes y algunas entrevistas serán grabadas. Sin embargo la transmisión en vivo será básica para poder lograr la retroalimentación.

PERIODICIDAD: Tres veces por semana permitirá mantener una continuidad adecuada para que no decaiga el interés del público y no se pierda el hilo conductor del programa. De igual manera el temario es abundante en tópicos y está calculado para 144 programas.

HORARIO: Nocturno: 20:00 a 21:00 hrs. Por la naturaleza del tema, el público objetivo es principalmente adolescentes y adultos, por lo que el horario es propicio para desarrollarlo libremente. Así también en este horario la atención de la sociedad mexicana será captada con mayor facilidad al final de una jornada laboral.

AUDITORIO: Dirigido a personas infectadas por el virus de Inmuno Deficiencia Humana o enfermos de SIDA. Familiares y amigos de los afectados y público en general. Adolescentes y adultos.

TEMPORALIDAD: Un año- 144 programas.

Por la abundancia del temario un año es apenas suficiente para lograr los objetivos de integración de la Red y de un desarrollo a satisfacción de los temas; establecer y brindar los apoyos propuestos.

3.2 OBJETIVOS GENERALES

Integrar la comunidad SIDA.

Crear una red de comunicación entre personas infectadas por el VIH- SIDA, que les permita ponerse en contacto para satisfacer sus necesidades primarias y secundarias como podrían ser: ayuda psicológica, social, moral, médica y legal, todo con el propósito de mejorar su calidad de vida, con ayuda de instituciones abocadas al tratamiento, control y prevención del SIDA.

Se ofrecerá también apoyo a sus familiares para mejorar la convivencia diaria con ellos.

Por último el programa continuará con otros esfuerzos de educación y concientización a la sociedad en general con respecto al VIH-SIDA.

OBJETIVOS PARTICULARES

- 1.1. Comunicar e intercomunicar entre la población la oferta y la demanda de medicamentos necesarios para retrasar la reproducción del VIH.

- 1.2 Propiciar el contacto directo de personas infectadas a través de la radio. Dar a conocer teléfonos, direcciones o puntos de reunión de ellos, generando con esto que no continúen dispersos, ni los individuos ni las organizaciones ni sus esfuerzos de difusión educativa, orientación y ayuda.

1.3 De la misma manera atenderá y canalizará las necesidades referidas en el objetivo general de las personas infectadas en dos niveles:

1. - Entre ciudadanos infectados.
2. - De ciudadanos infectados a organizaciones especializadas.

Se tomará como base de apoyo los programas que en la materia han desarrollado la Secretaría de Salud y CONASIDA así como un importante número de organizaciones no gubernamentales dedicados al combate y prevención del SIDA.

De estas dependencias y grupos se invitarán a especialistas de las disciplinas referidas para poder cumplir con el punto 1-3 de los objetivos particulares.

- 1.4 Los familiares de las personas infectadas podrán expresar sus dudas, inquietudes y cuestionamientos en el programa y de la misma forma se dará puntual respuesta especializada.
- 1.5 Mantener informados a los radioescuchas sobre las noticias que con regularidad aparecen en los medios de comunicación sobre descubrimientos y avances en los tratamientos y posibles curas y que con suma frecuencia se pierden en el marasmo informativo.
- 1.6 Difundir, las campañas de prevención y educación ya instituidas en México y el mundo.

JUSTIFICACIÓN:

Desde la aparición de este síndrome a nivel mundial, muchos han sido los esfuerzos emprendidos por la comunidad nacional e internacional por buscar una cura o posibles tratamientos para quienes hayan sido contagiados por el Virus de Inmuno Deficiencia Humana. A la par, múltiples campañas se han difundido primero para dar a conocer la concientización necesarias con el fin de prevenirla.

Se ha hecho también, un esfuerzo importante para que los infectados interactúen en la sociedad tratando de mantener una calidad de vida decorosa e intentando erradicar los tabúes existentes para con ellos.

Sin embargo, en los medios de comunicación, en este caso electrónicos, al SIDA sólo se le da relevancia en el día mundial de la lucha contra esta enfermedad. En programas televisivos y radiofónicos se pueden ver y escuchar: reportajes, entrevistas, campañas y dramas vivos de los individuos y organizaciones relacionadas con el padecimiento. Pasado el 1º. De Diciembre todo vuelve a la normalidad y el SIDA queda otra vez, confinado a las paredes de CONASIDA o la vida diaria de cada persona infectada. En el mejor de los casos, programas especializados en sexualidad realizan esporádicamente transmisiones en donde abordan el tema ya sea en medios privado, estatales o universitarios. Hasta hoy, pocas personas se han preocupado por seguir de cerca la vida de los afectados y sus familias, así como los esfuerzos diarios de todas las organizaciones existentes involucradas con la epidemia.

Es por ello que esta serie lo hace, integrará a la comunidad SIDA a través de los objetivos planteados, pues consideramos que la enfermedad no tiene tiempos específicos. Esta aquí día a día, avanza y hasta hoy no hay cura, pero si podemos conocer y entender la enfermedad, podremos lograr un mejoramiento sistemático en la calidad de vida en los que directa o indirectamente viven con ella.

3.3. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

- Rúbrica - identificación del programa
- Introducción al tema a tratar en ese día
- Reportaje
- Puente musical
- Entrevista
- Debate
- Puente musical
- Encuestas
- Noticias
- Comentarios
- Puente musical
- Campaña
- Rúbrica - identificación del programa

* Participación telefónica de radioescuchas durante todo el programa con preguntas y comentarios.

Reportaje: Con este género se ampliará la información sobre la vida cotidiana de los enfermos de VIH-SIDA dentro de los albergues así como también fuera de éstos. Con ello se perseguirá crear la Red de Ciudadanos Infectados.

Entrevista: Se concertarán entrevistas con enfermos de VIH-SIDA que se presenten al programa para proporcionar información y ayuda. Para tal efecto, se entrevistarán también a especialistas en la materia.

Debate: Se organizarán debates entre los invitados con el fin de aclarar los innumerables tabúes existentes alrededor de esta enfermedad.

Encuestas: Se realizarán encuestas para determinar el grado de información que existe en la sociedad mexicana sobre el SIDA, así como también de los temas que se tocan en los programas sobre VIH-SIDA.

Noticias: Se presentará a los radioescuchas en cada serie, la información más reciente publicada en periódicos, revistas, etc. Sobre los avances médicos existentes en la lucha contra el SIDA.

Campañas Informativas: Se llevarán a cabo campañas de uso de condón como protección en la prevención del SIDA, así como también se ampliará la información general sobre el virus dentro de la sociedad mexicana.

Participación telefónica cerrada: Se tendrán disponibles para los radioescuchas, dos líneas telefónicas que recibirán llamadas con comentarios, preguntas, búsqueda y contacto con instituciones y personal capacitado para atender a los enfermos de VIH-SIDA, así como también para obtener información de la Red VIH-SIDA.

TEMARIO COMPLETO

- Introducción de la Serie
- Invitación a la formación de la red
- Formas de contagio
- Métodos de prevención ¿Grupos de riesgo?
- Sexualidad responsable
- Pruebas para la detección del VIH. Lugares, costos, requisitos.
- Integración de la Red Amigos SIDA
- Derechos Humanos de los portadores y enfermos
- SIDA y sociedad, trato y convivencia
- Personalidad Jurídica de los afectados
- Aspectos laborales
- Aspectos escolares
- SIDA e infancia
- SIDA y adolescencia
- Integración de la red
- Aspectos médicos. Generalidades
- Hábitos de vida de portadores y enfermos
- Hábitos nutricionales de portadores y enfermos
- Ejercicio de la sexualidad de portadores y enfermos
- Deporte y SIDA
- Cuidados a portadores del VIH
- Cuidados a enfermos de SIDA

- Manejo de lesionados accidentados con sospecha de ser portadores del VIH
- Aparato respiratorio
- Sistema Digestivo
- Sistema Nervioso
- Sistema endócrino
- Aparato reproductor, masculino y femenino
- Sangre. Donaciones y transfusiones
- SIDA y embarazo
- SIDA y lactancia
- Tratamientos y medicamentos existentes
- Listado de medicamentos
- Centros de distribución y expedición
- Costos de la enfermedad
- Integración de la Red
- Medicina alternativa
- Organizaciones y Grupos involucrados. Trabajo
- Dependencias Médicas (públicas y privadas)
- Estadios psicológicos de portadores y/o enfermos.
- Grupos de ayuda
- Estadios Psicológicos de familiares de los afectados
- Centros de Asistencia Integral
- Albergues
- Seguimiento de notas (permanente)

- SIDA y cultura
- Literatura y SIDA
- Música y SIDA.

RECURSOS HUMANOS

- Conductor
- Productor
- Guionista
- Coordinador
- Reportero
- Asistente
- Operador
- Musicalizador

Conductor: Establecerá el enlace entre radioescuchas e invitados al programa realizando entrevistas, moderando debates, así como también dando a conocer resultados de las encuestas realizadas por el equipo de trabajo. Además será el encargado de difundir las noticias más recientes sobre los avances médicos en la lucha contra el SIDA y será el portavoz de las campañas de sexualidad referentes a la prevención del SIDA.

Productor: Seleccionará y programará temas, entrevistas, reportajes, encuestas y campañas sobre sexualidad y SIDA de cada programa, realizando para ello, el guión correspondiente de cada emisión de la serie.

Guionista: Se encargará de la redacción del programa.

Coordinador: Mantendrá en todo momento el contacto con el equipo de trabajo y será enlace directo entre el locutor y el productor durante toda la transmisión del programa así como también proporcionará al locutor todas las llamadas y faxes.

Reportero: Realizará los reportajes y entrevistas necesarias para el programa, asistiendo a los lugares que, para tal efecto, se requieren. Elaborará el seguimiento noticioso.

Asistente: Aplicará encuestas en escuelas, parques, centros recreativos y comerciales para obtener resultados confiables también contestará durante la transmisión del programa, las llamadas de los radioparticipantes obteniendo así de manera escrita, las preguntas y comentarios referentes al programa.

Operador: Se encargará de realizar técnicamente el programa de transmisión.

Musicalizador: Será el encargado de seleccionar, programar y transmitir la música adecuada para el programa.

RECURSOS TÉCNICOS

- Tiempos de estudio. 1 hora previa al programa
- Cintas de carrete abierto
- Cassettes
- DATS
- Mini Disks
- 2 Grabadoras de reportero
- Fotocopias (encuestas y guiones y formato de llamadas)
- Pilas para grabadora
- Cabina de transmisión
- Denon- Compact Disc
- Micrófonos unidireccionales. Extras
- Libretas profesionales
- Discos compactos y cintas de fonoteca de la estación
- Hojas blancas
- Dos líneas telefónicas
- Plumaz tinta negra.

3.4 PRESUPUESTO

Preproducción

Imagen audible

- Rúbrica
- Salida
- Identificadores (5)
- Autopromos (3)
- Producción: loops, cortinillas (con librerías).

COSTO: \$ 50 000.00

(Incluye producción en sistema Pro tools 5.0, honorarios de operador, productor y locutores).

* Se entregará en los formatos solicitados.

Producción

Tiempo aire cotizado en el Núcleo Radio Mil

Radio Mil 1000 AM

\$ 80 000.00 mensuales.

* Incluye una hora de estudio previa al programa para necesidades de producción.

Honorarios

Conductor: \$ 15 000.00

Guionista: \$ 9 000.00

Productor: \$ 12 000.00

Coordinador \$ 10 000.00

Reportero: \$ 7 500.00

Asistente: \$ 6 500.00

Operador y musicalizador: Incluidos en la tarifa de tiempo aire NRM

Gastos varios \$ 5 000.00

** Las cifras proporcionadas anteriormente son costos mensuales para la realización del programa en una estación comercial.*

Financiamiento

*Venta de espacios publicitarios en el NRM

Tarifa por minuto: \$ 6 000.00

Programa 3 veces por semana con una hora de duración.

5 bloques de anuncios de 2 minutos 30 segundos cada uno.

Empresas interesadas

- Condonex SICO
- Condonex DUREX
- CONASIDA
- FARMACIAS DE ESPECIALIDADES, SA DE CV
- IMSS
- SSA
- FUNDACION MEXICANA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA
- LABORATORIOS ROCHE

ANALISIS MERCADOLOGICO

CORE POSITION

Encuentros VIH-SIDA es un programa diseñado para la población infectada con VIH que haya o no desarrollado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, cuyo fin es posicionarlo como la mejor forma de enlace para que obtengan todo tipo de ayuda y asistencia médica, legal, farmacológica, psicológica, tanatológica e incluso económica.

COPY STRATEGY

Crear una Red de ayuda a través de interrelacionar a los escuchas vía telefónica, e-mail y en directo.

FRAME OF REFERENCE

3 veces por semana permite la continuidad para optimizar la formación de la Red.

FOCUS SALE

Personas infectadas con VIH, familiares, amigos, compañeros de trabajo y de Estudio, vecinos, investigadores y médicos.

REASON WHY

Creación de una Red de ayuda. La mejor información para la toma de decisiones del target y los publics referidos.

BRAND CHARACTER

Es un programa líder en su tipo, es utilitario, de servicio cuya principal fortaleza es el altruismo.

TARGET

Hombres y mujeres de 18 a 35 años de nivel socioeconómico A, B y C+, que tenga alguna relación con personas infectadas por el VIH.

PUBLICS

Habitantes del Distrito Federal y área Metropolitana.

OUT: Relacionados de cualquier forma con el VIH-SIDA.

IN: Personal de la estación Radiofónica.

3.5 ESCALETA

PROGRAMA RADIOFÓNICO " ENCUENTROS VIH-SIDA"

OPERADOR	<u>FADE IN RUBRICA "ENCUENTROS VIH-SIDA"</u> <u>FADE OUT RUBRICA.</u>
LOCUTOR	Presentación del programa e identificación de la estación. Justificación del tema a abordar: "SIDA, aspectos laborales y consecuencias" Dar pie al reportaje grabado sobre SIDA y aspectos laborales.
OPERADOR	<u>PUENTE MUSICAL BAJA A FONDO</u> <u>ENTRA REPORTAJE SUBE MUSICA Y</u> <u>SALE FADE.</u>
LOCUTOR	Comentario sobre el reportaje Objetivo del programa Teléfonos / Buzón Presentación de los invitados: Psic. Víctor Ortiz, Jefe del Departamento de Programas con Organismos no Gubernamentales de CONASIDA. Lic. Fermín Coria, especialista en Derecho Laboral y miembro del Departamento Jurídico de CONASIDA Aarón- caso de seropositividad
LOCUTOR	Entrevista con invitados Drama vivo- historia laboral del caso de Aarón Participación de los invitados para opinar sobre el caso de Aarón. (Situación psicológica y laboral) Moderar debate.

LOCUTOR	Dar entrada a la encuesta realizada en la calle sobre el trato que debe dársele a portadores de VIH/SIDA.
OPERADOR	<u>PUENTE MUSICAL, SALE EN FADE</u> <u>ENCUESTA GRABADA</u> <u>PUENTE MUSICAL SALE EN FADE</u>
LOCUTOR	Comentarios sobre encuestas realizadas (opinión de los invitados) Lectura de llamadas recibidas vía telefónica. Dar entrada a NOTISIDA
OPERADOR	<u>PUENTE MUSICAL BAJA A FONDO</u> <u>NOTISIDA</u> <u>SUBE MUSICA Y SALE EN FADE</u>
LOCUTOR	Conclusión de invitados sobre el tema del día. Agradecimiento
OPERADOR	<u>PUENTE MUSICAL BAJA A FONDO</u>
LOCUTOR	RED "Encuentros VIH-SIDA" Anuncia de medicamentos Apoyo médico, psicológico y laboral.
OPERADOR	<u>SUBE MUSICA Y SALE EN FADE</u> <u>ENTRA RUBRICA DE SALIDA Y SALE EN FADE.</u>
LOCUTOR	Oscar Aldo González Escárcega
PRODUCCIÓN Y COORDINACIÓN:	Alma Lilia Santa Olalla Piñón Leticia Martínez Báez.

3.5 DEMO “ ENCUNTROS VIH-SIDA ”

1er. Programa: “ Aspectos laborales y el VIH-SIDA”

Duración: 50 min.

CONCLUSIONES

De acuerdo al Programa Mundial de SIDA (ONUSIDA), se estima que más de 30 millones de personas se encuentran infectadas actualmente por el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) y que diariamente se contagian 16 mil más en el mundo, de las cuales, 7 mil son jóvenes de entre 10 a 24 años.

México se encuentra inmerso en estas estadísticas pues ocupa el lugar 69 según la tasa de incidencia. De acuerdo a investigaciones realizadas se calcula que en toda la República Mexicana podrían existir aproximadamente 150 mil portadores del VIH y el 90% de ellos, desafortunadamente, lo desconoce.

Ante estas cifras, no podemos permanecer inmutables y seguir negando la realidad que nos rodea. Es verdad que la expansión del SIDA plantea graves retos, problemas y dilemas pero, pese al breve lapso que ha transcurrido desde la aparición de esta enfermedad, existen avances alentadores. Tal vez por algunos años más, a falta de un método clínico para detener el avance de la epidemia (vacuna), el único programa factible, aceptable y viable será la educación masiva. La contención de esta epidemia requiere entonces, esencialmente, de programas de educación para la salud, pues quizá más que ninguna otra enfermedad, el SIDA prospera a costa de la ignorancia.

Los medios de comunicación juegan un papel fundamental en la lucha contra el SIDA pues son el vínculo esencial entre las sociedades. La mayor parte de las personas tienen acceso a ellos convirtiéndose así en un símbolo común que no sólo entretiene, sino también informa.

Por ello consideramos que las campañas en los medios de información y la comunicación interpersonal se complementan mutuamente en el desarrollo de las intervenciones de comunicaciones para la prevención del VIH/SIDA. Los medios de comunicación pueden transmitir información de manera eficiente y, por tanto, proporcionar apoyo eficaz para la comunicación "cara a cara". La combinación entre los medios de información y comunicación interpersonal permite abordar diversas preocupaciones individuales y de grupo, al tiempo que respeta la naturaleza privada y delicada de la sexualidad humana.

Con la participación de los medios de comunicación, la intervención del gobierno, las Organizaciones no Gubernamentales y la sociedad en general consideramos que podrían integrarse verdaderas "redes" que permitieran informar, sensibilizar y promover la participación social en la lucha contra esta enfermedad mortal. Un trabajo con objetivos comunes que tuvieran mayor impacto en la sociedad, pues como analizamos a lo largo de nuestra investigación, las campañas realizadas hasta hoy no han tenido el éxito esperado, ya sea por razones políticas, económicas, religiosas, morales, etc.

Es así como nosotros planteamos la Serie Radiofónica "Encuentros VIH-SIDA" para que la sociedad en general se mantenga no sólo informado, sino que además se sensibilice y ayude a los infectados por el VIH. Un programa que como principal objetivo tiene la creación de una "Red" que permita vincular a la comunidad infectada por el virus para que tengan la oportunidad de vivir dentro de la sociedad y no aislados. Además, pretendemos proporcionar con esta "Red",

asesoría jurídica, ayuda psicológica y moral (a los afectados y sus familiares), y ser el enlace entre éstos últimos, para el intercambio de medicamentos que en ciertas circunstancias y de manera confidencial pudieran darse.

Finalmente, la sociedad entera debe tomar muy en cuenta que un programa de SIDA no es únicamente para aquellos que viven con VIH, sino para la sociedad en general. Debemos informarnos y educarnos para evitar el contagio y que mejor que la radio para ser el canal entre la información y la sociedad pues las personas pueden interrelacionarse con ella de manera natural.

Por último, es importante destacar que para nosotras el programa radiofónico "Encuentros VIH/SIDA" forma parte de una investigación, con el objetivo de sensibilizar, informar y prevenir a la población sobre esta pandemia.

GLOSARIO *

ABORTO: Interrupción de la gestación antes de la vigésima semana. En los casos de VIH/SIDA es muy importante que el médico valore el riesgo que tiene el producto de nacer infectado, considerando el avance de la infección en la madre y la necesidad de usar otros medicamentos que pueden ser dañinos al feto.

ACIDO DESOXIRRIBONUCLEICO. ADN: Ácido nucléico formado por nucleótidos unidos en cadena. Normalmente se unen dos cadenas formando lo que se llama un doble hélice. Se ha demostrado que el ADN es el material hereditario de los seres vivos. Se transmite de una célula madre a la célula hija, produciendo copia de sí misma.

ÁCIDO RIBONUCLEICO. ARN: Cadena simple de nucleótidos que tienen ribosa, a diferencia del ADN que tiene desoxirribosa. Se encarga de transportar la información genética desde el ADN hasta donde se sintetizan las proteínas. En algunos virus el ARN es el material que tiene la información hereditaria y por ejemplo en los retrovirus, puede transmitirlo para formar nuevos virus iguales a él.

ACUMINADO: Elevado, protuberante, por ejemplo los condilomas acuminados que son producidos por una enfermedad de transmisión sexual vulgarmente conocida como cresta o verrugas.

ADINAMIA: Debilidad, falta de fuerza, astenia. Puede ser una manifestación de anemia o síndrome de desgaste. Es un síntoma de progresión de diversas enfermedades como hepatitis, cáncer o SIDA.

ADN: Ácido desoxirribonucleico (ver).

ADQUIRIDA: Obtención de algo. Hablando del SIDA, significa que la infección se transmite de una persona a otra por mecanismos diferentes a los de la herencia, y que no se presenta como una consecuencia natural del envejecimiento. Si bien puede ser transmitida de una madre infectada a su producto durante el embarazo, el parto o la lactancia; esa transmisión no es congénita, sino provocada por el intercambio de fluidos y por la transmisión de virus a través de la leche materna.

AIDS: SIDA por sus siglas en inglés: Acquired Immunodeficiency Syndrome.

ALTO RIESGO: Peligro considerable. Nombre con el que se designa a las prácticas que conllevan elevado peligro de transmisión del VIH, porque implican intercambio de secreciones potencialmente infectadas, como puede ser tener relaciones sexuales sin protección ya sea de condones o espumicidas; por el uso compartido de jeringas o navajas sin esterilización antes de cada empleo. Anteriormente se usaba el término " Grupos de alto riesgo " para indicar que determinada preferencia o actividad sexual conlleva el riesgo de infección por VIH como la homosexualidad, bisexualidad, drogadicción o prostitución, cuando en realidad todos los individuos que componen estos "grupos" están a salvo si tienen los cuidados necesarios para prevenir la infección, que además son los mismos para todos los seres humanos.

AMOR: Elemento muy importante en el tratamiento contra el VIH/SIDA. El apoyo afectivo, ya sea de un amante, un familiar o un amigo es fundamental para la persona que vive con VIH/SIDA, tan importante es recibir como dar amor.

AMPULA: Vejiga que se forma en la piel, por una lesión sobre la misma y el tejido subcutáneo, también llamada ampolla, úlcera, escara; puede ser producida por el continuo roce de la ropa de cama sobre la piel de un paciente que permanece mucho tiempo encamado.

ANSIEDAD: Angustia que acompaña algunas enfermedades.

ANTICONCEPTIVO: Métodos para evitar el embarazo, pueden ser naturales o artificiales. Son naturales los que toman en cuenta el ritmo y sus variantes. Los artificiales pueden ser barreras mecánicas como el condón, empleo de espumas espermaticidas, y también pueden ser quirúrgicas.

ANTICUERPO: Inmunoglobulina. Proteína producida por las células plasmáticas del sistema inmunológico, que son células B activadas, como respuesta a la presencia de un antígeno, lo que constituye la respuesta humoral del sistema inmune. Las pruebas más conocidas para diagnóstico de la infección del VIH, como el ELISA y el Western Blot, miden la presencia de anticuerpos contra el virus, pero no al virus.

ANTIDEPRESIVOS: Medicamentos empleados contra la depresión, colateralmente estos medicamentos combaten la neuropatía por el VIH.

ANTIDIARREICO: Fármaco que sirve para combatir la diarrea, la cual puede ser por múltiples causas, por lo que su administración debe ser por prescripción médica.

ANTÍGENO P24: Componente protéico de la cápside del VIH. Hay un examen de laboratorio que mide la presencia de esa proteína viral, y que se considera un marcador del grado de replicación viral.

ANTIRRETROVIRAL: Fármacos que se emplean para destruir o evitar la replicación de los retrovirus, tales como el VIH causante del SIDA.

ARN: Ácido Ribonucléico.

ASINTOMÁTICO: Sin síntoma. Se llama portador asintomático a una persona infectada por un organismo, pero que no tiene manifestaciones de la infección; sin embargo, en el caso del VIH, un portador asintomático puede transmitir el virus. El período o fase asintomática, aunque variable, puede durar más de diez años.

B, HEPATITIS: Es una inflamación del hígado que puede ser aguda o crónica y es producida por un virus llamado precisamente de la hepatitis "B". Los pacientes con infección crónica pueden desarrollar cirrosis y hepato carcinoma. En la actualidad existe un tratamiento basándose en interferón para los que padecen hepatitis B crónica.

BACTERIA.: Organismo constituido por una sola célula, la cual no tiene núcleo y que se multiplica por división.

BANCO DE MEDICAMENTOS: Acopio y almacenamiento de medicamentos, la mayor de las veces obtenidos en donación y entregados gratuitamente a los pacientes de escasos recursos que los necesitan. Cuando estos medicamentos se comercializan se hace a través de un club de compradores.

BANCO DE SANGRE: Centro de captación, conservación, determinación, clasificación por tipos y distribución de sangre y sus derivados con fines quirúrgicos o de tratamiento.

BRONQUIO: Cada uno de los dos conductos fibrocartilaginosos en que se bifurca la tráquea y que entran en los pulmones, donde se dividen y subdividen hasta terminar en los alvéolos.

BRONQUITIS: Inflamación de los bronquios.

CÁLCULO: Acumulación de sales en forma de piedra, transportadas por algunos líquidos del organismo como la orina y la bilis, que pueden causar cólicos muy intensos en los órganos que afectan. Es un efecto secundario del Indinavir o Crixivan.

CÁNCER: Grupo de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado de células anormales. Cuando se disemina a tejidos vecinos se llama invasión y cuando lo hace a tejidos distantes se denomina metástasis. Tumor maligno o neoplasia. Los linfomas y el sarcoma de Kaposi son tipos de cáncer.

CANDIDA ALBICANS: Hongo que produce la candidiasis, llamada también monilia.

CARGA VIRAL: Número de copias del VIH en la sangre. Cantidad de virus que existe en el organismo por unidad de volumen de sangre. Este marcador cada vez se considera más importante, por la correlación que existe entre ésta y el avance del padecimiento, también sirve para saber en que momento establecer el tratamiento y para determinar más rápidamente la efectividad de los fármacos, en experimentación.

CD4. Proteína que se encuentra en la superficie de algunas células que por esta razón toman el nombre de "Célula CD4".

CÉLULA: Estructura o unidad fundamental de la vida, formada por núcleo, citoplasma y membrana celular.

CHANCRO: Lesión provocada por una enfermedad de transmisión sexual.

CHANCRO BLANDO: Chancroide. Enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Haemophilus ducreyi* que se manifiesta por úlceras genitales muy dolorosas y de color cenizo. La lesión surge después de un período de incubación de tres a cinco días y puede facilitar la transmisión del VIH.

CHANCRO DURO: Lesión primaria e indolora de la infección provocada por el *Treponema pallidum* causante de la sífilis.

CITOMEGALOVIRUS: Virus que ocasiona una infección oportunista. Es un virus de la familia de los herpes. Las infecciones por CMV pueden ser sin síntomas o con síntomas inespecíficos como fiebre, irritación de la garganta, debilidad, escalofríos y crecimiento ganglionar.

CLAMIDIASIS: Enfermedad de transmisión sexual producida por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Puede ocasionar tracoma que es una infección ocular, linfogranuloma venéreo que es muy doloroso, inflamación de la uretra, recto, colon, matriz y ovarios o causar neumonía.

COMPLEJO DEMENCIAL DEL SIDA: Pérdida progresiva de las facultades mentales, cognitivas, motoras y sensitivas, causadas por el VIH a nivel del sistema nervioso central.

COMPLEJO RELACIONADO AL SIDA: Clasificación de una etapa previa a la de SIDA en que pueden aparecer síntomas como fiebres recurrentes, pérdida de peso inexplicable, ganglios linfáticos inflamados por más de tres meses y hongos en la boca y la garganta, pero sin la aparición de las infecciones oportunistas requeridas para un diagnóstico de SIDA.

CONDILOMA ACUMINADO: Papiloma genital con un corazón de tejido conectivo, que aunque usualmente son pocos, se agrupan para formar una masa en forma de coliflor que suele aparecer en la cercanía del ano, vulva o prepucio. Es causado por el "Papiloma virus" y suele adquirirse por transmisión sexual.

CONDÓN: Barrera mecánica, generalmente elaborada de látex, que sirve para evitar que el semen penetre en la otra persona, ya sea con fines de control natal o para prevenir la transmisión de enfermedades.

CRIPCOCOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: Infección oportunista producida por un hongo llamado *Cryptococcus neoformans*, el cual se adquiere por vías respiratorias. Sus principales síntomas son dolor de cabeza, mareo, visión doble, convulsiones y fiebre.

DEFICIENCIA: Carencia o disminución de algo. En el caso de las personas con VIH/SIDA algunas veces se presentan deficiencias que pueden ser causadas directamente por el VIH. La deficiencia más importante es la del sistema inmunológico debido a la acción del VIH.

DEFINICIÓN DE LOS CDC: La más reciente definición propuesta por los Centros de Control de enfermedades de los Estados Unidos. CDC por sus siglas en inglés- Centres of Disease Control-, indica que una persona tiene SIDA cuando está infectada por el VIH y ha desarrollado una o más enfermedades oportunistas que ponen en peligro su vida o cuanto tenga menos de 200 células CD4, o cuando tengan cáncer cérvico uterino, tuberculosis pulmonar o neumonía bacteriana recurrente.

DEMENCIA POR SIDA: La demencia es la pérdida de habilidades intelectuales que no permiten llevar una vida social o laboral, puede incluir fallas en la memoria, en el juicio, en el uso del lenguaje y comprensión.

DIARREA: Disminución de la consistencia y aumento de la frecuencia de las evacuaciones fecales superiores al 80% y en las personas con SIDA avanzado puede llegar al 90%

DISCRIMINACIÓN: Diferenciar, dar un trato inferior a una persona por su condición nacional, racial, sexual, económica, profesional o de salud. Para la Organización Internacional del Trabajo consiste en "cualquier distinción, exclusión o preferencia basada en motivos raza, color, sexo, opinión política, ascendencia nacional u origen social". En el caso de las personas con VIH/SIDA se presenta con frecuencia por el temor equivocado de contraer esta enfermedad por el contacto casual, lo que motiva despido laboral o escolar, maltrato en sus hogares, escuelas y sitios de reunión donde conocen su condición.

DROGADICCIÓN: Adicción a cualquier tipo de droga, pero referida especialmente a las drogas ilegales. En el SIDA ha sido factor importante de transmisión el uso compartido de jeringas con agujas contaminadas con el VIH entre drogadictos que utilizan drogas por la vía intravenosa.

EDEMA: Aumento de volumen de la piel y tejidos subcutáneos o viscerales por acumulación de líquidos, se reconoce porque al presionar la piel con un dedo, éste deja marcada su huella, igual que ocurre por la presión que ejerce calcetines o medias.

EMBARAZO: Gestación del feto en el útero de la madre que culmina con el parto. El embarazo es un período de alto riesgo para transmitir el VIH de una madre infectada a su producto, lo cual puede suceder antes del parto, durante el mismo o después por la lactancia materna.

ENCEFALITIS: Inflamación del encéfalo o cerebro, que provoca alteraciones en el proceso pensante y en la conducta, así como en las actividades motoras. En los pacientes con VIH/SIDA es provocada frecuentemente por el *Toxoplasma gondii*.

ENCEFALOPATÍA: Enfermedad que puede ser provocada por el VIH y que consiste en la degeneración del tejido cerebral; sus principales manifestaciones o síntomas son pérdida progresiva de la memoria, alteraciones del estado de alerta, convulsiones, cefalea, búsqueda de VIH en líquido cefalorraquídeo.

ENFERMEDAD CRÓNICA: Padecimiento muy largo o habitual. La diabetes es un ejemplo de enfermedad crónica y se espera que el VIH/SIDA pase de ser una enfermedad mortal a una crónica.

ENFERMEDAD DETERMINANTE DE SIDA: De acuerdo con los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos de Norteamérica, CDC por sus siglas en inglés, las enfermedades que conllevan un diagnóstico de SIDA son la neumonía por *Pneumocystis carinii*, el complejo *Mycobacterium Avium Intracellulare*, complejo de demencia por SIDA, Síndrome de desgaste, sarcoma de Kaposi y retinitis por citomegalovirus.

ENFERMEDAD VENÉREA: Enfermedad de transmisión sexual.

ENTERITIS: Inflamación del intestino. En SIDA puede ser causada por el mismo VIH, por el citomegalovirus, *Cryptosporidium*, *Osospora belli*, las amibas, *Microsporidium avium*. La manifestación más frecuente es la diarrea, la deshidratación, la pérdida de líquidos, electrolitos y proteínas en las heces fecales y por la desnutrición que puede llegar al Síndrome de Desgaste. Además puede causar dolor abdominal y plenitud de gases, lo cual se denomina "meteorismo".

EPIDEMIA: Aparición de un número anormalmente alto de personas con una enfermedad en una región y tiempo determinados.

EPIDEMIOLOGÍA: Ciencia que estudia la causalidad, comportamiento, distribución y control de las enfermedades, que se presentan dentro de una población, ya sea a nivel local, nacional o internacional.

EPIDERMIS: La capa más externa de la piel. Cuando se descama completamente se llama epidermolísis y se puede relacionar a alergias a algunos medicamentos.

ERUPCIÓN: Aparición en la piel de enrojecimiento o prominencias o de ambas cosas a la vez, con fiebre o sin ella.

ESÓFAGO: Conducto que comunica la boca y faringe con el estómago por donde pasan los alimentos y líquidos para llegar éste. Se afecta severamente en las etapas avanzadas del SIDA por infecciones por cándida, herpes, citomegalovirus y tumores como el sarcoma de Kaposi.

ESPECÍFICO: Se dice de los medicamentos que sirven para curar sólo cierta enfermedad o padecimiento, por ejemplo el AZT, ddI, ddC y d4T se utilizan hasta el momento, únicamente para tratar a pacientes con VIH.

ESPERMA: Líquido producido y emitido por glándulas reproductoras masculinas y que contiene espermatozoides. A través del esperma se puede transmitir el VIH al igual que por el líquido preeyaculatorio.

ETAPA TERMINAL: Período o fase final en el curso de una enfermedad que conduce a una persona a su muerte.

EXAMEN PARA DETECCIÓN DEL VIH: La mayor parte de las pruebas que existen para el VIH, detectan la presencia de anticuerpos al virus de la inmunodeficiencia humana y no al virus mismo. Hay dos tipos de pruebas: A) pruebas presuntivas o de tamizaje; estas son fáciles, rápidas, de bajo costo y son las que se realizan inicialmente para determinar si alguien está infectado; por ejemplo la prueba de ELISA. B) pruebas confirmatorias; estas son más caras, lleva más tiempo su realización y se efectúan con posterioridad a las presuntivas o de tamizaje, para confirmar un resultado positivo; por ejemplo las pruebas Western Blot y la de inmunofluorescencia. Estos exámenes deben practicarse de manera voluntaria, confidencial y de preferencia anónima.

FIEBRE: Conjunto de síntomas provocados por ciertas enfermedades, siendo el síntoma más común la elevación de la temperatura a más de 38 grados centígrados. La fiebre puede ser el primer dato de una infección oportunista, cáncer o un efecto secundario de algunos medicamentos.

FLUIDO: Líquidos y gases. Los fluidos corporales como sangre, secreciones vaginales, flujo menstrual, líquido preeyaculatorio y la leche materna pueden transmitir el VIH, a diferencia de otros fluidos corporales que no lo hacen como la saliva, lágrimas y sudor.

GAY: Palabra inglesa que significa alegre o llamativo. Con este término se designa a lo homosexual; en nuestro país lo equivalente sería "ser de ambiente". Gay es una palabra internacionalizada e implica toda una cultura, con fuertes implicaciones económicas y políticas.

GRUPOS DE ALTO RIESGO: Designación que se da a comunidades que se considera están más expuestas a adquirir el VIH, como los homosexuales, los trabajadores del sexo y los drogadictos por vía intravenosa. Aunque esta designación puede ser válida para fines estadísticos o establecer criterios de exclusión en prácticas como transfusión sanguínea o trasplante de órganos, considerando que el órgano proviene de una persona homosexual, que de otra que no lo es.

GRUPO DE AUTOAPOYO VIH: Conjunto de personas que viven con VIH/SIDA, que se reúnen para intercambiar experiencias y encontrar consuelo a las situaciones que debido a su condición de salud tienen que vivir, como es la incompreensión en sus hogares, la discriminación en sus lugares de reunión, los despidos de trabajos y su situación anímica derivada de la percepción cercana de la muerte.

HIV: Virus de la Inmunodeficiencia humana según sus siglas en inglés- Human Immunodeficiency Virus-

INFECCIÓN OPORTUNISTA: Causada por microorganismos que comúnmente se encuentran presentes en el organismo humano o en el ambiente, pero que sólo producen enfermedad en las personas que no presentan condiciones óptimas de salud y aparece en el organismo aprovechando la oportunidad que tiene de multiplicarse al disminuir las defensas del organismo entre otras causas por el empleo de quimioterapia, uso de medicamentos inmunosupresores como los cortocosteroides o por la acción del VIH.

INMUNODEFICIENCIA: Disminución o deterioro de la capacidad del organismo para defenderse de los microorganismos que la atacan, incluye la incapacidad de eliminar células cancerosas o extrañas. También se le llama inmunosupresión. Puede ser heredada o adquirida.

INMUNOLÓGICO: Relativo a la Inmunología. Se llama así al sistema que se encarga de defender al organismo contra el ataque de agentes extraños. También se le designa como sistema inmune.

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA: Forma de adquirir o confirmar conocimientos respecto al hecho o sustancia investigados, mediante un método preciso que produce resultados confiables y reproducibles. En el caso del VIH/SIDA es muy importante que exista realmente una investigación científica que respalde las afirmaciones con respecto a medicamentos, tratamientos y procedimientos.

LINFOCITOS T: Grupo de Linfocitos que se encargan de la inmunidad celular. Se subdividen en: Linfocitos T, Cooperadores o T4, también llamados CD4; Linfocitos T Supresores o T8, también llamados CD8 y Linfocitos Citotóxicos o T8.

LINFOMA: Trastorno neoplásico "cáncer" del tejido linfoide, es decir de los ganglios linfáticos.

MICOSIS: Enfermedad causada por un hongo, Cuando las personas que viven con VIH/SIDA, ven disminuidas sus defensas es muy posible que se presenten infecciones oportunistas causadas por hongos como candidiasis, criptococosis del sistema nervioso central y la histoplasmosis, que se tratan con antimicóticos.

MYCOBACTERIUM AVIUM INTRACELLULARE: Mico bacterias Avium e Intracellulare asistentes en la tierra y el polvo, que asociadas son las causantes de una infección oportunista llamada Complejo Mycobacterium avium intracellulare-MAI- que ataca principalmente a los nativos de los Estados Unidos de Norteamérica donde se le designa como MAC por Mycobacterium Avium Complex. En SIDA el MAI puede estar localizado en un órgano, pero puede propagarse a través de la sangre e infectar nódulos linfáticos, médula ósea, hígado, bazo, fluido espinal, pulmones e intestino.

MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS: Bacilo de Koch. Agente causal de la tuberculosis.

NEUMOCISTOSIS: Neumocistis. Es una infección oportunista causada por un hongo llamado *Pneumocystis carinii*, aunque algunos investigadores lo clasifican como un protozoo, en realidad tiene características de ambos.

NEUMONÍA: Enfermedad del sistema respiratorio, básicamente de los pulmones.

NEUMONÍA. LINFOIDE INTERSTICIAL: Padecimiento que afecta al 35 o 40 por ciento de los niños con VIH. Esta neumonía es determinante de SIDA infantil.

NÚCLEO: Parte central de la célula que contiene todo el bagaje genético, integrado en el ADN. El núcleo está rodeado por una membrana nuclear y por el citoplasma, que a su vez está rodeado por otra membrana. El núcleo de la célula es un organelo esencial para el funcionamiento de la célula como la reproducción y la síntesis de proteínas.

P-24: Proteína del centro del virus, que puede ser medida en la sangre y otros fluidos corporales. Los niveles del antígeno p24 en la sangre se usan para monitorear la actividad viral, niveles altos sugieren que el VIH se está replicando y niveles bajos que se encuentra en estado de latencia.

PCP : *Pneumocystis carinii* pneumonia. Siglas en inglés para designar a la neumonía por *Pneumocystis carinii*.

PERIODO DE VENTANA: Es el tiempo que transcurre entre el momento de la infección y aquel en el que es posible detectar los anticuerpos generados por el organismo. En el VIH este período es de 4 a 6 semanas en promedio, pero puede ser hasta de algunos meses.

PROTEASA: Enzima proteo lítica. El VIH en el interior contiene cuatro proteínas o enzimas que participan en la invasión y replicación; estas enzimas son proteasa, integrasa, ribonucleasa H y transcriptasa inversa.

PRUEBA DE ELISA: " Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay " por sus siglas en inglés que significan Ensayo Inmuno Enzimático Absorbente. Estudio inmunológico de laboratorio por medio de reactivos para detectar diversos gérmenes, tales como virus o protozoarios, mediante la detección de anticuerpos específicos contra ellos o alguno de sus antígenos. En el caso del SIDA es empleada para detectar anticuerpos contra el VIH.

PRUEBA DE WESTERN BLOT: Prueba confirmatoria de la presencia en la sangre de anticuerpos al VIH. Se emplea después de que una prueba de ELISA ha dado un resultado positivo. Es más confiable que la ELISA, ya que detecta de 8 a 10 anticuerpos VIH contra uno que detecta la de ELISA, pero es más difícil y costosa.

REACTOGENICIDAD: Capacidad de los fármacos o vacunas para producir reacciones adversas.

REPLICACIÓN VIRAL: Reproducción o multiplicación del virus. En el caso del VIH se lleva a cabo en el interior de la célula infectada a la cual el virus ha introducido su código genético por medio de la transcriptasa inversa.

RETROVIRUS: Virus que poseen la cualidad de poder transformar su ARN en ADN para de esta manera transmitir su código genético a la célula infectada y lograr así que cuando la célula intente reproducirse, en la realidad produzca retrovirus.

SARCOMA: Tipo de cáncer que se forma a partir de tejido conectivo, muscular, óseo y cartilaginoso.

SARCOMA DE KAPOSÍ: SK. Cáncer causado por el virus herpes 8. Son lesiones rojo violáceas que no causan dolor y que al parecer reproducen como consecuencia de una sustancia angioproliferativa. Esta afección se presenta frecuentemente en las personas atacadas por el VIH. Su presencia conduce a una calificación de SIDA.

SERONEGATIVO: Nombre que se asigna a la persona cuyos análisis de sangre, determina que no contiene anticuerpos a algún antígeno. En el caso del SIDA se refiere a anticuerpos específicos al VIH.

SEROPOSITIVO: De reacción positiva al suero. Nombre que se da a la persona cuyos análisis de detección en sangre, determinan que contiene anticuerpos a algún antígeno. En el caso del SIDA significa que se han encontrado anticuerpos específicos al VIH y por lo tanto se establece que es portador del virus de la inmunodeficiencia humana.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SIDOSO: Persona que padece SIDA. Debido a que se le ha dado una connotación peyorativa, debe sustituirse por persona que vive con SIDA.

SÍNDROME: Conjunto de síntomas, indicios, signos, señales, manifestación o manifestaciones que aparecen de manera simultánea, independientemente de las causas que los producen y que ayudan a identificar un padecimiento.

SISTEMA: Combinación de partes reunidas para obtener un resultado o formar un conjunto.

SISTEMA INMUNOLÓGICO: Conjunto de distintas poblaciones de células distribuidas en todo el organismo, incluyendo a órganos como el timo, el bazo y los ganglios linfáticos. La función de este sistema es reconocer antígenos y células cancerosas para su anulación.

TOXOPLASMOSIS: Infección oportunista causada por el parásito protozoario llamado *Toxoplasma gondii*. Los gatos, pájaros y otros animales son portadores del parásito que también se pueden encontrar en tierra contaminada por excremento de gatos y en algunas carnes de animales infectados.

TUBERCULOSIS. TB: Es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*. La tuberculosis es un padecimiento que se contagia por vía aérea y es altamente contagioso, se inhala aire contaminado con diminutas de secreciones conteniendo el microbio que proviene de personas que padecen tuberculosis a nivel pulmonar. Los síntomas iniciales son fatiga, pérdida de peso, fiebre, escalofrío y sudores nocturnos.

VECTOR VIRAL: Virus vivo como adenovirus o vaccinia, que sirve de vehículo viral para portar uno o varios genes del VIH. Estos vectores o vehículos virales se introducen en el organismo de la persona sin que ésta llegue a infectarse del VIH por no ser un virus completo, pero sí estimula la producción de anticuerpos. Los investigadores esperan que mediante esta técnica sea posible elaborar una vacuna.

VIH: Iniciales en idioma español, con las que se nombra usualmente al Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Convencionalmente a nivel internacional se emplean las siglas HIV.

VIH-1: Virus de la inmunodeficiencia humana que se presenta preponderantemente en América y Europa.

VIH-2: Virus de la inmunodeficiencia humana que se presenta preponderantemente en África.

VIH/SIDA: Formula para designar Virus de la Inmunodeficiencia Humana y/o SIDA.

BIBLIOGRAFIA

Sepúlveda, Jaime. Estrategias de prevención y control del SIDA en México, desde sus inicios. SSA-Instituto Nacional de Salud Pública (CONASIDA), Gaceta Médica de México 132 sup. 1, 1996.

Sepúlveda, Jaime. SIDA, Ciencia y Sociedad en México. Biblioteca de la Salud. México, D.F. 1991.

Heinz Dieterich. SIDA, Cáncer y Parkinson (nuevos descubrimientos de prevención y curación. Editorial Planeta, México, D.F. 1992.

Grmek, Mirko. Historia del SIDA. Editorial Siglo XXI. México, D.F. 1992.

González Block, Ma. El traslape de la demanda en el Sistema Nacional de Salud en México: limitaciones en la integración sectorial. Salud Pública de México. Vol. 130. México, DF. 1988.

Organización Panamericana de la Salud, SIDA, la epidemia de los tiempos modernos. OMS, España, 1993.

Fineberg, Harvey. Las dimensiones sociales del SIDA. Scientific American, vol. 259 núm. 4 Octubre 1988.

The World Bank, World Development Report. 1996, Investing in Health, Oxford University Press.

CONASIDA, Orígenes y estructura actual, México 1999.

CONASIDA, Campaña de Prevención del VIH/SIDA/ITS. México-Salud 2000.

ONUSIDA, Marco de Comunicaciones sobre el VIH/SIDA. Ginebra, Suiza, versión española. Junio 2000.

ONU, Informe anual 1999, Organización Panamericana de Salud, 1999.

ARVM, La radio, audiencia en México, México 1999.

Reid, E. Las mujeres y el SIDA. Salud Mundial, Marzo de 1988.

Hernández Chávez, Juan, El trabajo en VIH-SIDA de las Organizaciones no Gubernamentales Mexicanas. Colectivo Sol. 1995

Lerbinger, O. Diseños para la comunicación persuasiva. Edit. El Manual Moderno, México 1979.

Rico Galindo, Blanca, Las campañas contra el SIDA en México: ¿los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas? Salud Pública de México, México 1995.

Arjonilla, Elia. Lo que debemos saber sobre SIDA. SEP México 1999.

Conos, John, Libertad y responsabilidad de las emisoras radiofónicas. Editorial Limusa, México 1993.

Esenbach, Josef. Radiodifusión para la innovación. Editorial Época. México, 1980.

Faus, Ángel. La radio, Introducción a un medio desconocido. Editorial Diana. México 1980.

Granados Chapa, Miguel Ángel. La radio en México. Editorial Caballito, México, 1992.

Kaplum, Mario. Producción de programas de radio. Centroamérica, Editorial CIESPAL, 1978

Romo Gil, María Cristina, Introducción al conocimiento y práctica de la radio, Editorial Diana, México, 1987.

Figueroa, Adrián. México: participación civil en la lucha contra el SIDA.

REVISTAS Y FOLLETOS

CONASIDA, Situación del SIDA en México y el Mundo 2000. Biblioteca CONASIDA, México D.F.. 2000-11-22

SSA, Gaceta Médica de México, Vol. 132.

RIUS. Todo lo que querías saber sobre SIDA, SSA. México, D.F. 1998. 25 págs.

SEMINARIO

I Seminario sobre SIDA dirigido a comunicadores. "La heterosexualización y su impacto en la mujer". Jalisco 1995.

Juntos por el amor libre de SIDA. Jornada por la salud sexual. 8-14 febrero 2000. Ciudad de México. Gobierno del Distrito Federal- Letra S.

PERIÓDICOS

Suplemento Letra S. Salud, Sexualidad, SIDA. La Jornada. Publicaciones semanales consultados 1998, 1999, 2000.

Fernández, Claudia, EL UNIVERSAL, "Clandestino flujo de fármacos de Estados Unidos para enfermos de SIDA ", México D.F. 14 febrero 1997.