

INFORMACIÓN, LENGUAJE Y CONTENIDOS: PREVENCIÓN Y ASISTENCIA EN VIH/SIDA

Milca Cuberli¹

Instituto de Investigaciones Gino Germani

Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de Buenos Aires

milcacu@hotmail.com

RESUMEN

El presente artículo presenta concepciones respecto a los alcances y utilidades para el cambio de conducta que ofrece la información, interés que ha caracterizado al campo de la comunicación y la salud, sobre todo en materia de prevención y promoción de la salud. Se presentan dimensiones exploradas en el marco de una investigación acerca de las prácticas comunicacionales desarrolladas por el equipo de salud que implementa un dispositivo en el marco del testeo voluntario del VIH en la red de salud pública de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina). Los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD), surgen como consultorías de VIH/sida y promueven una relación entre equipo de salud y usuarios basada en principios de autonomía y derechos ciudadanos. El estudio realizado es de carácter cualitativo, exploratorio y descriptivo; las unidades de muestreo fueron 5 (cinco) CePAD de la red asistencial pública de la Ciudad de Buenos Aires. Las unidades de análisis fueron integrantes del equipo de salud que participan en la instancia de Asesoramiento (entrevistas de *pretest* y *postest*) de los CePAD. La realización de este trabajo presenta resultados del análisis de datos primarios obtenidos a partir de la realización de 22 (veintidós) entrevistas semiestructuradas a integrantes del equipo de salud. El muestreo fue intencional y no se busco representatividad estadística. La investigación fue desarrollada durante los años 2008 y 2009.

¹ Licenciada en Ciencias de la Comunicación (UBA). Maestranda en Salud Pública (UBA) y Doctoranda en la Facultad de Ciencias Sociales (UBA). Egresada de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIeps), Hospital D. F. Santojanni, Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Docente de la carrera de Ciencias de la Comunicación (UBA) en la materia Taller de Comunicación Comunitaria. Participa y ha participado en proyectos UBACyT y en Estudios Multicéntricos (beca Carrillo- Oñativia), Comisión Nacional de Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación en temas sobre comunicación, información, salud sexual y reproductiva, VIH/sida, promoción de la salud y promoción de la lectura, entre otros.

Los principales hallazgos evidencian desde la perspectiva de los miembros del equipo de salud que integran los CePAD, a la comunicación como resultado de un encuentro que se da en el dispositivo de intervención. La información deviene como un componente de ese encuentro que se juega siempre a partir del vínculo que se establece con el usuario. Se ponen de manifiesto discursos que se sustentan muchas veces en la información que traen los usuarios (imaginarios que asocian el VIH con la muerte, creencias en torno a prácticas sexuales, etc.). No obstante, los mismos no son concebidos como barreras u obstáculos para las entrevistas ya que en ese marco tratan de ser articulados con la cotidianidad de cada usuario.

Palabras clave: comunicación, salud, VIH/sida

ABSTRACT

INFORMATION, LANGUAGE AND CONTENTS: PREVENTION AND ASSISTANCE IN HIV/ AIDS

The present article presents conceptions with respect to the reaches and utilities for the change of conduct that offers the information, interest that has characterized to the field of the communication and the health, mainly in the matter of prevention and promotion of the health. Dimensions explored within the framework of an investigation appear about the communicational practices developed by the health equipment that within the framework implements a device of the voluntary testing of HIV in the network of public health of the city of Buenos Aires (Argentina). The Centers of Prevention, Advising and Diagnosis (CePAD), arise as consultancies from VIH/sida and promote a relation between health equipment and users based on principles of autonomy and citizen rights. The realised study is of qualitative, exploratory and descriptive character; the sampling units were 5 (five) CePAD of public the welfare network of the City of Buenos Aires. The units of analyses were integral of the health equipment that participate in the instance of Advising of the CePAD (interviews of pretest and posttest). The accomplishment of this work presents/displays obtained results of the obtained primary data analysis from the accomplishment of 22 (twenty-two) interviews semistructured to members of the health equipment, the sampling was intentional and I do not look for statistical representativeness. The investigation was developed during years 2008 and 2009.

The main findings demonstrate from the point of view of the members of the equipment of health that integrate the CePAD, to the communication as a result of an encounter that occurs in the intervention device. The information happens as a component of that encounter that always gambles from the bond that settles down with the user. Speeches are shown that are often embodied in the information which they bring the users (imaginary who associate HIV with the death, beliefs around sexual practices, etc.). However, the same are not conceived like barriers or obstacles for them interview since in that frame they try to be articulated with the routine character of each user.

Key words: communication, health, VIH/sida

Introducción

El artículo se estructura en tres secciones. En primer lugar se realiza una descripción de la modalidad de funcionamiento que han tenido las estrategias comunicacionales para el tratamiento del VIH/sida en el campo de la comunicación y salud. Posteriormente se realiza una descripción acerca del estado del arte de las dimensiones de comunicación interpersonal y mediática en relación al VIH/sida. La segunda sección, presenta una descripción epidemiológica del VIH/sida, del testeo voluntario de VIH y del asesoramiento como práctica de intervención que acompaña el procedimiento. Se describen los CePAD como las consultorías donde se construyen las prácticas comunicacionales entre usuarios y miembros de los equipos de salud. El tercer apartado explora y describe las prácticas comunicacionales en relación a: las concepciones de comunicación e información que tienen los integrantes de los diferentes equipos, las entrevistas de pretest y postest según la función que le asignan y la construcción del lenguaje que utilizan al momento de trabajar en el asesoramiento; finalmente se describen los contenidos priorizados en la intervención por parte de los orientadores.

La comunicación y el cambio de actitudes en relación al VIH/sida

La Comunicación para la Saludⁱ (CeS) presenta características que evidencian un campo en formación y la postulan con funciones para la modificación del comportamiento humano. Si bien pueden enumerarse diferentes modelos –teóricos y metodológicos– las principales propuestas surgen ligadas a las teorías de la conducta y de la persuasión (OPS, 2001). En materia de VIH/sida la primer propuesta surge a mediados de la década del 80 a través del Modelo de Cambio de Conductas Aplicado (AISDCOMⁱⁱ). Bajo una acción coordinada confluyen elementos como un conjunto de categorías analíticas respecto al comportamiento humano, un núcleo de mercadeo socialⁱⁱⁱ y un modelo de planificación. Los autores del modelo destacan que por las características de la epidemia del VIH/sida los esfuerzos deben focalizarse en intervenciones que contemplen el comportamiento individual y en conductas particulares de una población específica. Esta última propuesta ha recibido críticas en la problemática del VIH/sida, ya que construye la denominación “grupos de riesgo” (integrados por ciertos grupos como homosexuales, hemofílicos, trabajadoras sexuales, etc.) que logra idear una visión estigmatizante provoca discriminación social e incide de modo negativo en la percepción del riesgo de exposición a nivel de las prácticas individuales. A partir de la

emergencia del VIH/sida se originó un cambio conceptual significativo en el campo de la CeS ya que si bien se implementaron numerosas campañas y estrategias a nivel comunitario, la epidemia continuó su crecimiento (Obregón, 2006). Esto derivó a reflexiones por parte de los especialistas en el campo que evidenciaron el uso de modelos efectivos para ciertas problemáticas sanitarias que distaban de la complejidad que contempla el VIH/sida. Posteriormente las estrategias comunicacionales -mediáticas y no mediáticas- comenzaron a trabajar con y sobre cuestiones determinantes como el género, la cultura y las condiciones económicas -entre otras- para promover prácticas protectoras como el uso del preservativo^{iv} (Parker y Aggleton, 2000).

En relación al VIH/sida, la producción académica desde una modalidad de comunicación mediática e interpersonal evidencia trabajos que señalan la importancia de los medios masivos de comunicación en la difusión de mensajes y el lugar de la comunicación interpersonal para trabajar la potencialidad que ofrecen los mismos (Nájera, 1990; Ianowski, 1997). En relación al uso del preservativo, no se encontró correspondencia con el nivel de información poseído, coincidente con investigaciones que señalan que no es causal ni directamente proporcional el nivel de información y las intenciones para llevar a cabo conductas preventivas (Biagini y Sánchez, 1995; Kornblit y Méndez Diz, 1995). Respecto al lugar de los medios de comunicación masivos y su relación con la adopción de medidas protectoras respecto al VIH (Kornblit y Petracci, 2000), se evidencian influencias reconocidas por las personas que abarcan una doble secuencia comprendida por medios masivos de comunicación e influencias personales (de profesionales y personas cercanas). Se señala la inexistencia de espacios traductores en las políticas preventivas limitándose a contenidos transmitidos por medios masivos de comunicación. Un estudio acerca de la situación de la opinión pública respecto a la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe (Petracci, 2004), evidencia la demanda y aceptación de transmisión de información a través de medios masivos de comunicación por parte de diferentes audiencias en relación a la temática. Se demandan investigaciones que trabajen cuestiones referentes a la comunicación interpersonal como indagar el papel de los “traductores” o “proveedores” de información (Gogna, 2005).

VIH/sida, asesoramiento y testeo

En Argentina los primeros casos de sida se detectaron en 1982 arribándose en 1997 a 10.192 casos. Según datos del Boletín Epidemiológico de la Dirección de SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación (2008), desde el 2001 no hay modificaciones significativas en la tasa de infecciones por VIH (en el año 2004 se alcanzó un valor máximo de 15,4 por 100.000 habitantes). Las relaciones sexuales sin protección son la principal vía de transmisión en el país (ONUSIDA, 2008). Entre los años 2001 y 2007 se infectaron el 82% de las mujeres y el 73% de los varones (MiSAL, 2008).

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) concentraba en el año 2000 la epidemia más importante de sida de la Argentina (29% del total de los casos de VIH diagnosticados). Se implementaba un programa de sida con escaso desarrollo a nivel de estructura jerárquica y acciones de prevención no sistemáticas. En ese mismo año y como expresión del interés en la problemática de la nueva gestión -a cargo del Dr. Aníbal Ibarra como Jefe de Gobierno-, se creó una estructura que se denominó Coordinación Sida. Desde la misma a partir del año 2001 se implementan proyectos y líneas de trabajo donde la creación de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnostico (CePAD)^v ha sido uno de los ejes centrales de su estrategia de prevención. El objetivo general es desarrollar una política local de promoción de testeo^{vi} voluntario garantizando el acceso mediante dispositivos que promuevan asesoramiento en el marco de una comunicación interpersonal^{vii}. El asesoramiento y las pruebas voluntarias para VIH/sida funcionan como una doble vía: como modo preventivo de la infección para las personas que se acercan a realizarse el test y como puerta de entrada al sistema de salud a través de la asistencia a las personas infectadas (Basambrío et al., 2005). La Ley Nacional de SIDA N° 23.798/90 promueve la existencia de un espacio de conversación previo con las personas que van a realizarse un estudio para conocer su estado serológico. Denominado “counselling” o entrevista de aconsejamiento de pretest, tiene como propósito brindar información sobre las características del VIH/sida, el tipo de análisis, la voluntariedad de la prueba y el carácter confidencial del resultado.

En relación a la estructura de los CePAD^{viii} las tareas de organización, capacitación y recursos humanos se hallan enmarcadas en lo que se denomina *tecnología leve*^{ix}. Existen en relación a los CePAD tres componentes (Basambrío et al., 2005) :

- Componente de Promoción y Difusión: contempla actividades de difusión e información acerca del VIH/sida, localizando las mismas en espacios comunitarios.

- Componente de Educación: contempla la educación como un elemento clave en el trabajo preventivo, ya que permitiría aportar elementos a las personas para que tengan recursos en el momento de implementar conductas eficaces para prevenir el VIH/sida.
- Componente de Asesoramiento^x: las tareas promueven un asesoramiento como proceso de escucha activa, individualizado y centrado en el usuario. Presupone la capacidad de establecer una relación de confianza entre los interlocutores. Está pensado para diferentes situaciones como: ayudar a iniciar cambios de comportamiento para evitar una infección, prevenir la transmisión del VIH, prevenir la reinfección, obtener información acerca de cuidados médicos, preventivos, psicosociales y cualquier otro servicio que apueste a la salud de la persona. El asesoramiento se rige por una serie de principios: confidencialidad, accesibilidad, gratuidad y respeto por los derechos humanos reforzando la autonomía de las personas.

Respecto a las entrevistas que se desarrollan en el marco de este último componente. Según documentos ideados por la Coordinación Sida, los lineamientos de la entrevista de pretest son: identificar el motivo de la consulta, reafirmar el carácter voluntario y confidencial del testeo; reconstruir la historia en cuanto a riesgos y testeos que haya realizado la persona, brindar información acerca del período ventana y los procedimientos que comprende el test de VIH; entre otros (Basambrío et al., 2005). Los lineamientos respecto a un asesoramiento postest se diferencian en cuanto a las posibilidades de resultado. Un resultado negativo sugiere recordar el significado de no infección para la persona (o no lo está tan recientemente que no produjo los anticuerpos necesarios para ser detectados mediante el período ventana), recordar que no significa inmunidad, desarrollar estrategias para mejorar las prácticas de cuidado, etc. Ante un resultado positivo se sugiere dar al usuario el tiempo necesario para asimilar el impacto del diagnóstico y brindar contención. Desmitificar sentimientos de castigo y culpa y recordar que se puede transmitir el virus a otras personas (Basambrío et al., 2005).

Las prácticas comunicacionales según el equipo de salud

Desde la política implementada por la Coordinación Sida respecto a los CePAD, se considera el trabajo en equipo como la mejor estrategia para poner en juego conocimientos y habilidades diversas, además de ser una modalidad que puede brindar contención a sus integrantes. Pueden integrar las consultorías de información y asesoramiento, personas que

quieran trabajar en prevención con conocimiento y/o disposición a aumentar sus conocimientos sobre la problemática del VIH/sida (Basambrío et al., 2005). Pertenecen al sexo femenino 12 de las entrevistadas^{xi} miembros de los equipos de salud que constituyen los CePAD. Respecto a las profesiones de grado o terciarias, 11 de los actores se ven representados por la orientación humanística o correspondiente a las ciencias sociales (antropólogos, psicólogos, trabajadoras sociales, psicóloga social), 5 al campo de las ciencias médicas (médicos y enfermeros/as) y 6 son voluntarios sin profesiones específicas o determinantes del campo de la salud. La edad promedio es de 40 años, con un valor mínimo de 26 años y un valor máximo de 56 años.

A continuación se describen las concepciones de comunicación e información que tienen los integrantes de los diferentes equipos, se caracterizan las entrevistas de pretest y postest según la función que le asignan. Se describe también la construcción del lenguaje que utilizan al momento de trabajar en el asesoramiento y los contenidos priorizados en el asesoramiento por parte de los orientadores.

Circuitos de comunicación e información

Existe consenso entre los orientadores que trabajan en el componente Asesoramiento de los CePAD, una identificación con lo comunicacional con diferencias de lo informacional. Según los orientadores, el usuario del servicio de salud es el que trae la demanda por la realización del test y de esta manera posibilita la comunicación, por fundar la intervención e iniciar el vínculo. Algunos consideran que lo informacional se da en instancias escritas y que la posibilidad de tener una relación “cara a cara”, donde priman mediante la oralidad, el diálogo y la escucha, posibilitarían “lo comunicacional”. Respecto a los lugares de ambos, usuario-entrevistador en el proceso comunicacional, algunos orientadores manifiestan que ambos son potencializadores de la comunicación:

“Si, es notoria la diferencia, depende mucho de uno, de las ganas que uno tenga y del otro. Es diferente dar información a comunicarte. Información es, sale como escupida, comunicarte implica un trabajo. Que vos te comuniques con él, puede pasar que el otro no quiere” (V, 43 años).

Otras voces –minoritarias- sientan la responsabilidad del proceso comunicacional en el orientador como receptor del motivo por el cuál el usuario demanda la realización del test. Reconocen mediaciones como los códigos lingüísticos diferenciales que tendrían ambos sujetos en la instancia de diálogo y que producirían diferencias en la interpretación por parte del usuario:

“Si, vos estás informando, pero cuando te están escuchando la persona y vos estas viviendo, recepcionando lo que necesita, ahí esta la comunicación! Si, la información siempre va a hacer la misma, que la tenemos estructurada. Pero la comunicación tiene sus variantes, porque vos cambias tus tonos y cambias las formas de decir las cosas según a quien tenés enfrente”. (V, 45 años)

“Siempre me doy cuenta, con el diálogo te das cuenta que el usuario del CePAD te comunica lo que le pasa y van intercambiando información, es un ida y vuelta. Claro, porque a nosotros nos paso un montón de veces, al menos a mí, que terminé de entregarle un resultado a una persona hace bastante y cuando termine de hablar un rato largo le digo “me entendiste?”,: “si, si,” me dice y me pregunta: “¿pero tengo o no tengo HIV?”. Y dije, “acá fallé totalmente”. Entonces volvimos todo para atrás y el tipo no me entendía bien como yo le hablaba (V, 45 años).

Los orientadores relacionan lo comunicacional con el diálogo y el entendimiento en el vínculo; visibilizan un usuario y su subjetividad en la práctica del testeo. Algunos esbozan diferentes características que constituyen la comunicación desde una perspectiva procesual, donde emergen características de un modelo sociopsicológico (Picard, 1992). Se evidencia en la interacción entre ambos actores, según los entrevistados, nociones como las de contrato, juego, estrategia o metacomunicación (Bateson, 1984) :

“Algunas veces la persona me pide información y yo les doy información. Pero de la información va a ir derivando a una charla, ella me cuenta su experiencia y yo le digo: “mirá, a mí me paso o no me paso tal cosa”. Tal vez uno como orientador no tendría que decir sus experiencias personales , sobre todo cuando entrego un resultado positivo: “mirá yo soy portador hace 14 años , mirame como estoy“. No te va a pasar nada, porque la gente

lo primero que te pregunta es: ¿me voy a morir?. Y ahí se va formando un vínculo, una comunicación.”(43)

El espacio (físico y simbólico), los códigos culturales y los gestos son considerados por los orientadores como parte del proceso de comunicación, produciendo una conjunción entre comunicación verbal y no verbal:

“Yo creo que todo el tiempo nos estamos comunicando, desde los carteles que están colgados en la puerta o hasta la posibilidad que tiene la gente de cuando te viene a buscar a este lugar. Entonces hay que estar muy atento a que los mensajes que uno emite no sean invasivos, excluyentes....Por ejemplo, acá hay mucha población latinoamericana migrante y de repente que se yó, hablar de sexualidad con las mujeres bolivianas que tal vez están como más inhibidas a hablar de su cuerpo...” (M, 26)

“Ocupa un cien por cien. El CEPAD vive de la comunicación. Venís, consultas, se responde. La comunicación es cien por cien y vuelvo a repetirte, acá no hay una enseñanza profesor-alumno, hay una postura de conocimiento y enseñanza amigo-amigo. Es todo comunicativo. Si no tenés comunicación charlada, tenés comunicación escrita, si no tenés escrita, tenés comunicación visual” (V, 37)

Un número menor de orientadores homologa ambas acciones; informar, comunicar y sus sentidos. Enuncian principios de reciprocidad con relevancia en el mensaje y su contenido:

“Para mí no hay una diferencia porque si uno va al diccionario dice que la comunicación es la transmisión de la información y para mí no... para mí con una buena comunicación transmitís una buena información. Pero para mí, la comunicación para que le llegue al otro tiene que haber un buen lenguaje, un lenguaje acorde y adecuado a la persona. Y por eso yo creo que si uno escucha, sabe que lenguaje tiene que usar con la persona que esta escuchando, porque acá vienen distintos tipos de personas. Vos te vas dando cuenta del lenguaje y yo pienso que no hay diferencias entre comunicación e información, informar es transmitir y comunicar es transmitir. Yo pienso que tanto la comunicación como la información tienen que ser acordes y tenés que llevar el tiempo que necesita la persona, hay gente que ya sabe muchas cosas y quiere que le explique sobre un tema determinado entonces

ya viene con bagaje de información y hay otras en que la información tiene que ser más importante, con mayor cantidad de datos pero eso es lo que te permite la comunicación” (M, 48 años)

Respecto de las utilidades que detentaría la comunicación en el asesoramiento, algunos orientadores consideran que posibilita problematizar cuestiones que hacen a las prácticas, sobre todo sexuales de los usuarios. Donde se produciría una auto-reflexión en el asesoramiento, donde la comunicación permitiría emerger la subjetividad del usuario y su complejidad, evidenciando obstáculos que se presentan en el usuario para tener prácticas de cuidado. Proceso que se inicia través de la escucha y el diálogo entre ambos actores (usuario/entrevistador):

“En realidad la diferencia tiene que ver con la llegada y el objetivo. La idea no es leerle a la persona las vías de transmisión, sino para mí eso es un poco la información. La comunicación es que la persona a partir de esa información pueda resignificarla a su propia vida. Que pueda repensar y que se pueda llevar algo que es aplicable de acá en adelante, entonces en ese sentido, me parece que eso sería la diferencia. La comunicación incluye esta cuestión de resignificación en la propia vida. Yo creo que la gente acá se va comunicada, porque acá hablamos de la propia experiencia, de cuestiones que involucran a la propia persona (M, 26)

“Lo que sí me parece es que si uno se puede incorporar preguntas en relación a las prácticas, es un primer avance. No creo que porque alguien se venga a testar y vos le digas y le expliques las vías de transmisión eso vaya a generar algún cambio. Yo creo más en el repensar y hacerse preguntas en relación al cuidado de la salud en general.”(M, 37)

Respecto a la tenencia de información que evidenciaría el usuario en las entrevistas, las opiniones se encuentran divididas por partes iguales. Si bien todos coinciden con que las personas que se acercan a testearse tienen información, un grupo de entrevistados caracteriza un tipo de usuario con poca información, que además sería “errónea”. La información surge además como “soporte”, evidenciando mitos e imaginarios desde los que se podría comenzar a trabajar cuestiones de conocimiento sobre las prácticas sexuales. Posterior a un proceso que se da en el diálogo y que permitiría que emerjan:

“Es la apropiación de la información y el uso de la información y eso digamos me parece que es la cuestión de la consejería, lo que posibilita un encuentro personal con otra persona. Cuestionarte, como la distancia entre vos y la información, viste, eso podés hablar con otra persona” (M, 33)

“Todo lo que es el disquito de repetir las vías de transmisión la tienen súper clara. Ahora sí, después te preguntan preguntas concretas de lo más delirantes y vos decís: pero cómo?! si las vías de transmisión las tenías súper claras?. Hay como un repetir la información. Hay personas que tienen súper claro como son las vías y te preguntan si el mosquito contagia o si no sé, o si usar, compartir un vaso de agua...(M, 33)

“Creo que hay información, en el último tiempo ha habido mucha información y lo que falta es como una explicación de la información....Después en la escuela secundaria hay un montón de información sobre el tema, después cuando te pones a ver que hacen los chicos con esa información, hacen cualquier cosa. Entonces para algunas personas hay y para otras personas, hay mal uso y digamos también, yo creo que el bombardeo indiscriminado de información tampoco sirve. Si no hay después, ámbitos donde trabajar, que puede ser la escuela, que puede ser acá y es un arma de doble filo. Hay mucha gente que cree que por hablar del tema la tiene súper clara, me parece que lo que más falta es el trabajo sobre el vínculo con la información.” (M, 33)

Relacionan la información que traen ciertos usuarios con la asociación sida-muerte, producto de las primeras campañas de comunicación realizadas por el Estado nacional y que en la década del 90 quedaron cristalizadas en el imaginario de cierta parte de la población.

“Siempre hay como situaciones que los hacen entrar en duda y entonces ahí preguntan. Hay como las cosas del temor y el miedo. Hay todavía la situación del miedo, es esto de: “yo tengo un amigo judío” y te abren la entrevista. Y empiezan, “tengo un amigo que vive con VIH”, circula y después empieza, pero tal situación?, tal otra situación?.... Entonces no sé. Sí, la información está, pero....”(M, 33)

“Hay gente que está muy informada y hay gente que no tiene ni idea. Pero yo pienso que no es que no tienen idea, hay gente que tiene pánico. Estas con la gente que te dice si yo estuve en una relación, use preservativo, pero en un momento me toque con las manos, el preservativo estaba mojado, después me metí las manos en la boca y eso, “¿es peligroso?”. No tienen idea, mucho desconocimiento, total. Entonces vos le decís, mirá si vos te querés quedar tranquilo... [respecto a la sugerencia de realizar el test]” (M, 56)

Respecto a la posible utilidad de la información para el cambio de prácticas y/o actitudes, la mayoría considera que es posible, coincidente con el modelo IMB^{xiii} (Information, Motivation, Behavioral Skills ideado por Fisher y Fisher en 1992) que considera que la información acerca de las vías de transmisión del VIH y las conductas preventivas específicas son un prerequisite para adoptar conductas preventivas. Este modelo se evidencia también cuando la mayoría de los orientadores priorizan ciertos contenidos a tratar en las entrevistas como las vías de transmisión. Sin embargo, consideran que debería haber un trabajo más allá de las entrevistas de pretest y postest ya que denuncian que la gente tiene información pero no la utiliza o la utiliza mal, evidenciando la apropiación singular que podrían hacer los usuarios:

“Cuando uno tira la información así en crudo, tiene un impacto. Entonces después hay que ver para que sirve ese impacto. A algunas personas les sirve para cuidarse y a otros para no cuidarse. Entonces yo lo que trato es de al menos en este lugar y en eso me parece lo privilegiado de este lugar, es de comunicarme con esa persona. Lo que trato de pescar en 20 minutos es que va a hacer esa persona con la información que le estoy dando. Eso no lo puedo saber, pero tratar de pensar si está buscando una excusa para no cuidarse, si realmente tiene información y eso...” (M, 33)

Un grupo minoritario cuestiona la utilidad de la información, situación que ejemplifican con los usuarios que conciben el test como un “chequeo” y lo repiten dos o tres veces al año. Subyace en los mismos, una cuestión voluntarista respecto al cuidado o no por parte de la persona en función de la información que tiene:

“Y ha pasado, es muy difícil cambiar la conducta de las personas. Tampoco se intenta cambiar la conducta, para eso está el libre albedrío cada uno decide como vivir. Pero en ese caso se hace mucho hincapié en el respeto por la otra persona. Es decir, vos podés vivir

como quieras, pero sabé que estás exponiendo a otras personas. Hay terceros, no es una cuestión de que bueno, esto le afecta a una sola persona, le afecta a todo el entorno y a toda la sociedad. Entonces si se logra hacer esa diferencia y la persona entiende que es libre de tirarse de un muelle...pero que se fije que no haya nadie en el muelle que te esté acompañando. Si querés matarte, matate sólo. Si lográs que la persona entienda que se está exponiendo, ya es un avance.” (V, 37)

Se evidencia en esta respuesta una coincidencia con el modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974), que considera que el conocimiento de las actitudes de una persona respecto a cuestiones de su salud, permite evidenciar su conducta a partir de que el sujeto considera una lógica de costos-beneficios en el campo de la salud.

A partir de las diferentes respuestas esbozadas por los orientadores puede evidenciarse desde un consenso, la diferenciación establecida entre comunicación e información sin establecerse supremacía entre alguna. Donde la primera es concebida como un proceso, un momento relacionante (Massoni, 2005) propicio para la reflexión del usuario. La segunda, deviene como soporte de mitos e imaginarios que permitirían obtener un estado de conocimiento del usuario para promover la deconstrucción de información errónea. Si bien existe una valoración hacia la información como posibilitadora del cambio de actitudes, debe considerarse lo enunciado anteriormente, ya que estas concepciones devienen superadoras de la comunicación y la información como herramientas útiles para el cambio de comportamientos, conductas, prácticas, etc., concepción que ha sido la hegemónica durante mucho tiempo.

Acerca de las entrevistas: características

Respecto a las entrevistas de pretest y postest, existen perspectivas diferenciadas por parte de los orientadores en relación a la utilidad que tendrían para los usuarios y para la intervención en sí misma. Las consideraciones hacia el pretest denotan mayor importancia a la asignada al postest por parte de la mayoría de los miembros de los diferentes equipos. Lo describen como la instancia para conocer al usuario, la demanda que trae y brindar la mayor cantidad de

información en base a la misma. Algunos consideran que una primer entrevista satisfactoria asegura que el usuario regrese a buscar el resultado del análisis:

“En la entrevista pretest tenés el primer acercamiento con la persona, yo trato específicamente de tratar de hacer empatía con la persona que viene a hacer el análisis, despejar todas las dudas. Yo trato siempre de ser lo más neutral posible y de respetar la singularidad y la diversidad de la persona... sería más que nada ver porque se realiza el análisis, si tiene alguna duda, bajarle la angustia. Y en lo que sería el postest es reforzar algo en el caso en que haya dado negativo. Y seguramente a esa persona la primera entrevista que es como un disparador le pudo generar todo tipo de cuestiones y volver a trabajarlas. Igual siempre lo que trato es mediante la escucha ver la demanda, es un ida y vuelta siempre, no le doy un librito, ni un discurso. (M, 37)

“Mirá, la entrevista pretest, suele ser si se quiere mucho más angustiosa porque la persona muchas veces se siente con culpa o con vergüenza por venir a hacerse un análisis de VIH y a lo mejor tiene la idea previa de que va a ser retada, por las conductas de exposición. La persona en la segunda entrevista si bien está muy movilizada para la entrega del resultado ya vio el tipo de trabajo, sabe que no se lo va a retar por las conductas de exposición, si que se le va a dar la información, si que se le va a brindar asesoramiento en ese sentido, pero ya entabló un vínculo.... La segunda por lo general suele ser mas distendida, esto va a cambiar según el resultado, pero la persona ya entabló un vínculo, ya tiene confianza...” (M, 26).

Para la mayoría de los orientadores, el postest remite a una entrevista de carácter expeditivo debido a la ansiedad que le provoca al usuario retirar el resultado. Para algunos es un momento oportuno para reforzar cierta información o para trabajar cuestiones que pudieron haber quedado inconclusas. Consideran igualmente que la situación de toma de conocimiento urgente del resultado por parte del usuario no posibilita mayor desarrollo:

“Lo que pasa es que cuando viene, la segunda no es una entrevista. La persona viene entregada a ver que resultado fue, entonces es mucho más rápida, porque la persona viene con ansiedad y trato de dilatar lo menos posible y ver el resultado. Y en caso de que sea positivo dar las primeras orientaciones. Si es positivo, agudizas tus sentidos para que la persona escuche las primeras orientaciones que vos tenés que darle. Para mí, es fundamental mas allá de las emociones, trato de ver cuando le cae la ficha. Que trate de escuchar, que

vaya tal día a la facultad a hacerse la carga viral. Para que a esa persona le quede en la cabecita que eso es fundamental, que se haga los estudios y para que siga su curso en esta nueva aventura que esta viviendo de convivir con el VIH.” (V, 53)

“La entrevista de postest es mucho más corta en general porque no hay tiempo. Para mí sería mejor hacerla más larga. Porque es un momento en el que también ahí, la mayoría de las veces no da para abrir, por el tiempo .A mí me gustaría hacerlo, porque en esas dos semanas a las personas les pasaron cosas” (M, 33)

La angustia aparece como el sentimiento que puede acompañar el proceso de testeado que realiza el usuario, en el pretest, postest o en ambos. En el caso de un resultado positivo, los entrevistados señalan el despliegue de recursos como: la articulación con otros servicios, el acompañamiento y la contención para iniciar el proceso de tratamiento. Algunas orientadoras enuncian que además de reforzar la información a nivel individual en el postest, se puede iniciar una situación de efecto multiplicador que podría realizar el usuario posteriormente con sus relaciones interpersonales inmediatas:

“Me parece que el pretest siempre es como más, a mí me resulta más difícil personalmente, porque tenés que generar vínculos eh, generar cierta empatía para que el otro pueda preguntar. A veces lo que hago es apelar, si está muy cerrada la entrevista a trabajar alguna información que esté en algún folletito y re trabajar en el postest. Y por ahí a veces a partir de la tranquilidad que da el resultado, como que empiezan a surgir otras cosas.... Tal vez en el postest uno está manejando la situación y eso hace que sea más relajado, ya tenés un resultado. En el pretest no sabes con que te podes encontrar, en ese sentido me parece que pueden ser mas descontracturados en los casos que no de positivo. Los otros los transpiras hasta que vienen. Tampoco es fácil para uno hacer una devolución, pero probablemente sea más relajado el postest. Me parece como que uno maneja más la situación. Ya sabes quien viene, ya tenés como un chequeo y entonces se puede dar como una cosa mas relajada y que el otro este menos temeroso.” (M, 37)

“Yo trato de transmitir de cómo mantener el negativo y como él o ella tendría que hacer un agente multiplicador, sin andar por la calle como los evangelistas impartiendo la palabra de Dios. No es necesario, simplemente con la gente de la familia, con amigos, hermanos, ser

agente multiplicador. Que es lo que se lleva de esta experiencia: pretest, análisis, entrevista postest. Que no es poco, yo por lo menos me preocupo bastante; como que se lleven algo, se sientan importantes para ser un agente multiplicador.” (M, 47)

De contenidos y obstáculos en las entrevistas de pretest y postest

Los contenidos a priorizar por parte de los orientadores en las entrevistas remiten en la mayoría a informar a partir de las demandas que trae el usuario. La información acerca de las vías de transmisión aparece como el contenido priorizado por todos los orientadores, además se promueve el uso del preservativo como único método que previene la transmisión del virus:

“Disfruta tu vida sexual que es fabulosa pero usá preservativo. Hacé lo que quieras pero usá preservativo. Nada más que eso. Para mí es fundamental eso. Las vías de exposición tiene que saber: “sabé que si no pasa esto, esto o esto, no hay posibilidad alguna”. Viví tu vida con todo pero sobre todo la parte sexual disfrutala, no te vuelvas paranoico ni paranoica, pero cuidate” (V, 37)

“Un contenido que yo si o si trabajo es la percepción de riesgo, para mí eso es lo central de la consejería, porque la información está en muchos lados pero cuestionar la percepción de riesgo que tiene la persona para mí es el plus que le da el encuentro con otra persona. Que no es con Internet, ni con otra folletería, es: “ en que situación estuve yo en riesgo”. Y si eso que para mí es riesgo real o no, o si tengo una percepción más grande de lo que realmente es.(M, 33)

“Hay cosas que si o si tienen que estar. Primero porque se viene a hacer el análisis, si eso es lo primero y es el disparador de para donde vos vas a apuntar. Si, tienen que estar las vías de transmisión, las formas de prevención porque puede ser que una persona se venga a hacer el análisis, porque se le rompió un preservativo y que bueno, tampoco tenga información de las otras vías y trabajar mucho con la demanda del otro” (M, 37)

Un número mínimo de entrevistados señaló la posibilidad de trabajar en los contenidos que se brindan, sobre todo en el pretest, cuestiones como aspectos legales u otros relacionados a derechos que protegen a los consultantes en tanto usuarios del sistema de salud y ciudadanos:

“Las vías de transmisión, el período ventana es fundamental para ver si la persona tiene que repetirlo o no... y para mí es fundamental el tema de la estigmatización que tiene la enfermedad o la infección, que es lo que no “infecta” digamos” (M, 56).

El tipo de lenguaje utilizado en el asesoramiento aparece definido por todos los entrevistados como uno de tipo coloquial, vulgar, común, no técnico (por oposición al médico) y definido a partir de establecer en la entrevista de pretest un contacto con la persona. Reconocen que ello no es garantía de un total entendimiento, aunque sí una acción que lo promueve.

“Mirá en eso trato de hacer como un esfuerzo muy importante, trato de usar el lenguaje más simple que pueda. Porque el lenguaje simple lo entienden todos y a veces las cuestiones culturales o códigos te hacen usar palabras que te parecen re-comunes y no son tan comunes que no responden a los mismos códigos. Así que trato de ser lo más simple posible y lo más explícita posible. Si tengo que explicarle a alguien: “para mantener sexo oral hay que usar preservativo”, explico lo que es el sexo oral, poniéndole palabras, porque por sexo oral no todos entendemos lo mismo. Y a lo mejor al otro le da vergüenza preguntar y bueno, a veces lo decís y el otro te queda mirando, como que suena fuerte, me parece que hay que ponerle palabras a las cosas. Porque si no te queda la duda y al otro le queda la duda y pasa que después recién en la segunda entrevista se animan a re-preguntar. Me parece que hay que ser lo más básico posible y ponerle nombre a todo.” (M, 37)

“Trato de ubicarme según la persona que tengo enfrente y lo adapto a la persona. En general acá llega una población de clase media y no hablo muy diferente de lo que hablo con vos, yo no soy una intelectual, de utilizar terminología complicada. Creo que soy bastante sencilla para hablar por ahí modifico si viene chicos muy jóvenes, trato de hablarles. Porque yo atiendo adolescentes en la clínica, tengo hijas adolescentes así que trato de utilizar algún modismo de ellos.... Creo que no tengo problemas para que la gente me entienda pero trato de adaptarme en esos casos, de hacerlo lo más simple posible.” (M, 57)

Algunos orientadores manifiestan un esfuerzo o una disposición para la implementación de un vocabulario simple. Reconocen cierta asimetría que contempla el discurso que detentan por ser miembros del equipo de salud. Cuestión que surge al describir “bajadas de información, bajar el nivel del lenguaje”. Manifiestan utilizar cierto tipo de vocabulario según el usuario que se presenta, al cual reconocen según sus actitudes, vestimenta, gestos como en: adolescentes, travestis, chicos en situación de calle.

“Trato de bajar lo más llano posible sin entrar en lo grosero y lo chabacano. Trato de bajar y acomodarme al lenguaje de la persona, primero escucho antes de que yo me ponga a papapapapá. Porque yo como docente me pongo a hablar, primero escucho porque vienen y bueno.” (M, 48)

“Depende, para mí lo más importante es ver quien es el otro y en general soy bastante, así como estoy hablando con vos, hablo con cualquiera ... me parece que hay que captar el lenguaje del otro y hablar yo dentro de mis posibilidades. No puedo convertirme en algo que no soy, pero a veces es bajar mucho el contenido de la información, como algo muy chiquito para que la persona lo pueda escuchar....Yo trato todo el tiempo de amoldarme a la persona que está viniendo, por eso nunca una consejería va a ser igual que la otra. (M, 33)

Existe consenso entre los entrevistados acerca del uso de cierta terminología en común que habría en sus discursos y que se ha ido modificando a lo largo de los años. Reconocen la significación simbólica que construye el lenguaje, donde ciertas metáforas que han caracterizado el discurso del VIH/sida, han reforzado mecanismos de discriminación y estigmatización:

“Tenemos un lenguaje ya aplicado que está bueno también por el tema de la discriminación que hubo tantos años, por el impacto que causa sobre la otra persona que se fueron seleccionando ciertas palabras. Situación de riesgo cambió por situación de exposición, es lo mismo pero “riesgo” suena “ahhhh” viste. Si una persona viene acá y le decís: “Mirá, tuviste una situación de riesgo”, es como que queda muy chocante, entonces podés decir lo mismo con una situación de exposición. En sí una persona que convive con el virus, es algo que es más cotidiano, es lo mismo, pero es algo más cotidiano que ya se ve desde otro punto y eso está bueno. Está bueno como fueron evolucionando las palabras y como se fueron

seleccionando para que el impacto sea el mismo pero sin llegar a ser dramático. Eso también lo permitió la evolución de la enfermedad, antes era mortal y hoy por hoy agarrada a tiempo es crónica, entonces también permite proyectar y soñar aún conviviendo con el virus, no es que tenés el virus y te vas a morir y eso también está bueno” (V, 37)

Señalan que en la mayoría de las entrevistas se logra empatía y entendimiento, aunque reconocen quiebres en el diálogo que pueden darse por cuestiones relativas al entrevistador o al usuario. Aducen que a veces el usuario no quiere explayarse, porque tal vez quiere saber el resultado y no necesitaría averiguar nada más, no necesitaría información:

“Decir bueno, vení, contame que te pasa, ¿cuál es tu problema?. Crear el clima hace que la persona se pueda abrir y te pueda contar cosas, hay momentos en que la persona no quiere contar. Por supuesto que no todos los testeos son exitosos y guau!, lo logré!. No, no se puede establecer eso. Quizás tenga que ver con que estoy siendo un mal entrevistador o no hubo feelling con la otra persona, tiene que ver con eso. Por suerte nos pasa muy poquitas veces, es raro que la persona venga a testearse y no te cuente porque quiere testearse. Lo que yo veo es que no necesitas mucho para que la persona te cuente. El que se viene a testar ya viene decidido a testearse y a preguntar” (V, 39).

Los obstáculos en la comunicación no son reconocidos ni enunciados por la mayoría de los entrevistados. Señalan que al ser el test voluntario, no deberían existir, ya que el usuario viene con una demanda puntual y fundaría la intervención en salud:

“Yo creo que no hay ningún tipo de obstáculos, depende de cómo inicies la charla, si uno puede lograr brindarle a la otra persona confianza, con la información precisa, justa, la otra persona se va a desenvolver más y va a poder tener esta charla activa. Entonces yo creo que si hay un feedback, mucho mejor. “ (V, 35)

Aquellos que los reconocen, señalan cuestiones relacionados a diferencias de género mayoritariamente y a diferencias etareas (respecto a adolescentes). En el caso de los primeros existiría una falta de “códigos comunes” en materia sexual para entablar la comunicación. Tres entrevistados señalaron su perplejidad en no saber como trabajar la cuestión preventiva en ciertas prácticas sexuales enunciadas por los adolescentes, además del uso de ciertas drogas de reciente aparición o uso no tradicional como drogas de diseño^{xiii}. Una entrevistada manifestó que consideraba invasivo el acercamiento a los adolescentes, calificándolos como

“vergonzosos”, por ello postula la posibilidad del trabajo con multiplicadores de su misma edad, que compartan códigos similares “de vida”.

“Mirá estamos trabajando con un proyecto con las trabajadoras sexuales, no en todos los casos, pero hay casos que son personas muy cerradas , como que te cuesta llegar. También con las chicas trans (travestis) hay casos que por ahí vos querés llegar a esa persona y por ahí te cuesta un poquito más.... Vos le preguntas, te mira y te dice “ni”, entonces como que le estas poniendo mucho más energía en esos casos.” (V, 53)

“A veces le cuesta más a una mujer entablar una comunicación, una entrevista con otra que siendo hombre. No porque yo sea hombre, la mujer: ta-ta-ta-ta- te cuenta y cuenta. Al hombre a veces con una mujer [como rol de entrevistadora] es más difícil, cuesta más porque a veces cuestiones de genero, mujer con mujer: ”yo no le voy a decir a esta”, yo cogí con fulana, fulano, porque voy a pasar por una puta” y pasa eso, me entendés?” (V, 41)

Las mujeres que se desempeñan en el rol de entrevistadoras explicitan la dificultad que tienen en relacionarse con hombres que acuden a las consultorías, poniendo el peso en la ausencia de un “marco común de vivencias” para interactuar, cuestión que resulta de forma contraria al trabajar con su mismo género.

“La verdad es que con las mujeres es un facilitador, (su género) muchas veces me dicen bueno te cuento, como cosas de mujeres y con los varones, son muchos más tímidos en las entrevistas. Entonces yo soy mucho más explícita, con esto de ponerle nombre a las cosas: bueno “el semen” y que sé yo, que a veces para el varón que se lo diga una mujer como que lo descoloca mucho (M, 26).

“Con los varones claramente, me parece que ahí hay una cuestión de género que se juega, con los varones adultos, porque con los adolescentes es diferentes el clima que se juega. Con los varones adultos por ahí es complejo laburar algunas situaciones. No es tan fácil poder intercambiar cuestiones que tienen que ver con la sexualidad. Digo, uno seguramente pone cosas en juego que por ahí las racionaliza y trata de trabajarlas y superarlas, pero para el otro es muy difícil. En general no son entrevistas en la que puede haber un intercambio, es difícil ahí si se juega bastante la situación de genero imagino, si, si.”(M, 33)

Conclusiones

En ninguno de los entrevistados, un discurso médico, voz de la medicina (Barry et al., 2001) aparece como predominante. Todos los orientadores manifiestan la adhesión hacia un discurso que privilegia el reconocimiento de cuestiones del cotidiano de las personas, como contenidos esenciales para considerar en la instancia de intercambio o transmisión de información respecto a situaciones de exposición o en las estrategias de cuidado, por ej. la negociación del preservativo en el caso de las trabajadoras sexuales. En cuanto a las acciones que definen los CePAD como dispositivos, el asesoramiento es enunciado en las entrevistas de los orientadores como el componente fundamental que enlaza lo preventivo. Asesoramiento y prevención como caras de la misma moneda, que se producen a instancias de lo vincular; característica que se imprime como condicionante de las prácticas instituidas por los CePAD. Las consultorías surgen como espacios de intercambio, de comunicación, lo relacional y lo dialógico cobran relevancia, la información deviene soporte desde la cuál pueden los usuarios repensar sus propias prácticas. La comunicación deja de ser un producto (material de comunicación) o una estrategia que busca un cambio de conductas, desde los servicios de salud se le asigna otro sentido posible que permite la aprehensión de la realidad.

Notas

1 Si bien el artículo es original, cabe aclarar que algunos aspectos fueron enunciados de forma preliminar en eventos académicos realizados durante el año 2009.

2 Tiene como antecedente a la Comunicación para el Desarrollo, perspectiva que surge en el marco de las primeras concepciones de la comunicación que se desarrollan en Estados Unidos (EEUU).

³ Propuesto por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID) en el marco de proyectos para la investigación y elaboración de estrategias de comunicación para la prevención del VIH/sida.

⁴ En 1971 surge definido por Philip Kotler el concepto de marketing social, *“la mercadotecnia social es una estrategia para el cambio de la conducta y combina los mejores elementos de los enfoques tradicionales al cambio social en un marco integrado de*

planeación y acción, al tiempo que utiliza avances en la tecnología de las comunicaciones y en las técnicas de comercialización” (Kotler, 1995:37).

⁵ Estos procesos están sistematizados en el “Marco de Comunicaciones sobre el VIH/SIDA: una nueva orientación” elaborado por ONUSIDA en el año 1999.

6 En el año 2002 surge la resolución N° 1060/SS/02 del Secretario de Salud que otorga un marco formal al funcionamiento de los CePAD.

7 El análisis de HIV es un análisis de sangre que detecta la presencia de anticuerpos al HIV, se denomina ELISA y no es específica de la infección por HIV. En caso de dar un resultado positivo, debe ser confirmada con otra prueba denominada Western Blot.

8 En la Ciudad de Buenos Aires el antecedente antes de la formulación de la política se dió en el año 2000 con la apertura de un espacio de testeo voluntario en el Centro de Salud y Acción Comunitario N° 2. En Argentina el primer centro de testeo se creó en la ciudad de Rosario en el año 1997.

9 En el año 2009 se hallaban en funcionamiento veinte (20) CePAD, 15 están ubicados en Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), 3 en hospitales generales de agudos, 1 en una Organización no Gubernamental gay (NEXO Asociación Civil) y 1 en un gremio.

10 Las tecnologías leves se definen por oposición a las tecnologías de alta complejidad en el sentido que pueden llevarse a cabo en espacios del primer nivel de atención e incluso en espacio comunitarios.

11 Las prácticas comunicacionales desarrolladas por los equipos de salud que constituyen el objeto de estudio de esta investigación se contextualizan en el último componente mencionado.

12 Se enuncia a los miembros de los equipos de salud como orientadores o entrevistadores, modalidad bajo la cual se definieron a sí mismos en las entrevistas.

13 Los autores idearon este modelo a partir de integrar la teoría de la Acción Razonada, el modelo de las Creencias de Salud y el modelo de la Autoeficacia, aplicándolos al caso de la infección por VIH/sida.

14 Información que se trabaja cuando el postes da positivo, cuando se encuentra la presencia del virus en la sangre de la persona y esta debe iniciar un tratamiento.

15 Las drogas de diseño o de síntesis, son sustancias ligeramente distintas en su estructura molecular a las drogas existentes de las que derivan pero con los mismos efectos a nivel del sistema nervioso central. Algunos tipos: ketamina, metanfetamina, oxicodona, mescalina, etc.

Bibliografía

- Basambrío, A; Carrozi, B; Gennari, L; Weller, S. (2005). Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD): Herramientas para su desarrollo. Coordinación SIDA, Buenos Aires: Secretaria de Salud.
- Barry C, Stevenson F, Britten N, Barber N, Bradley C. (2001). Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science & Medicine*, 53: 487-505.
- Bateson, G. (1976). Una teoría del juego y la fantasía. En: Pasos hacia una ecología de la mente. 2nd ed Nueva York: Carlos Lohlé.
- Becker, M. (1984). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, New York, 1984.
- Biagini, G; Sánchez, M. (1995). Actores Sociales y SIDA. Las Organizaciones no gubernamentales en Argentina y el Complejo VIH-SIDA. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Gogna, M. (2005). Estado del Arte. Investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina (1990-2002). CEDES-CLAM: Buenos Aires, 2005.
- Ianowski, M. (1997). La escuela secundaria como espacio privilegiado en la articulación de campañas preventivas. En: Kornblit, A editor. SIDA y Sociedad. Espacio Editorial: Buenos Aires.
- Kornblit, A; Petracci, M. (2000). Influencias mediáticas y personales sobre la decisión de la gente de protegerse del VIH/SIDA. En Kornblit, A. SIDA: entre el cuidado y el riesgo: Estudios en población general y en personas afectadas. Buenos Aires: Alianza Editorial.
- Kornblit, A; Mendez Diz, A. (1995). Los trabajadores de la salud en los tiempos del SIDA. Centros de Estudios Avanzados. Oficina de Publicaciones del Ciclo Básico Común. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Kotler, P (1995). Social Marketing: strategies for Changing Public Behavior. Free Press Macmillan: Nueva York.
- Ministerio de Salud de la Nación. Boletín epidemiológico 2008. Dirección de SIDA y ETS. Buenos Aires.
- Nájera, P. (1990). Educación para la salud en el caso del SIDA. En Nájera P, editor. SIDA: de la Biomedicina a la Sociedad. Madrid: Editorial Eudema.

- Massoni, S. (2005). Saberes de la tierra mí. Rosario: UNR Editora.
- Obregón, R. (10-10-2006). Entrevista del Portal de Comunicación Comunicación y Salud: construcción y desafío de un campo interdisciplinar. INCOM-UAB: Aula Abierta. [página en Internet]. Barcelona, 2008. [recuperado el 20 de mayor de 2008] de http://www.portalcomunicacion.com/esp/aab_ent_det.asp?entrevista=47&id_sub_des=41
- ONUSIDA. (12-12-1008) Informe sobre la epidemia mundial de sida. [página en Internet]. Ginebra, [recuperado el 3 de abril de 2009] de <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2001). Comunicación en Salud: Lecciones Aprendidas y desafíos en el desarrollo curricular. Washington DC: OPS.
- Parker R; Aggleton, P. (2002). Estigma y discriminación relacionadas con el VIH/SIDA: un marco conceptual e implicaciones para la acción. Documento de trabajo N°9. Programa de Salud Sexual Reproductiva y Sociedad. México.
- Petracci, M. (1994). Feliz Posteridad. Cuatro estudios de opinión pública sobre el SIDA. Buenos Aires: Ediciones Letra Buena, 1994.
- Picard, D. (1993). De la Comunicación a la Interacción: La evolución de los Modelos. En: Psicología de la Comunicación, N° 93, Madrid.

Para citar este artículo:

Cuberli, Milca (31-03-2011). INFORMACIÓN, LENGUAJE Y CONTENIDOS: PREVENCIÓN Y ASISTENCIA EN VIH/SIDA. HOLOGRAMATICA - Facultad de Ciencias Sociales UNLZ Año VII, Número 14, V2, pp.67-91
ISSN 1668-5024
URL del Documento : cienciaried.com.ar/ra/doc.php?n=1442
URL de la Revista : cienciaried.com.ar/ra/revista.php?wid=3

Este artículo fue publicado con anterioridad en la revista académica Calidad de Vida UFLO, <http://www.calidaddevidauflo.com.ar/>