

141
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE
ENTRENAMIENTO PARA VOLUNTARIOS DE
AVE DE MEXICO, SOBRE LA INTERVENCION
TELEFONICA EN RELACION CON EL IMPACTO
QUE TIENE EL VIH-SIDA.**

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
A DEYANIRA PIZANA CARLON

**DIRECTORA Y ASESORA DE TESIS
LIC. BLANCA ELENA MANCILLA GOMEZ**

**JURADO: MTRO. FEDERICO G. PUENTE SILVA
DRA. LUISA J. ROSSI HERNANDEZ
LIC. BLANCA E. MANCILLA GOMEZ
LIC. SOTERO MORENO CAMACHO
LIC. IRMA L. ALARCON RUIZ**



**FACULTAD
DE PSICOLOGIA MEXICO**

1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

✓ 277344



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPITULO I ANTECEDENTES.....	10
*IMPACTO PSICOSOCIAL DEL VIH/SIDA.....	10
*CUATRO MODELOS DE INTERVENCIÓN TELEFÓNICA.....	34
CAPITULO II FORMAS DE INTERVENCIÓN EN VIH/SIDA.....	49
*CONSEJERÍA EN VIH/SIDA.....	55
*INTERVENCIÓN TELEFÓNICA.....	66
*CÓDIGO ÉTICO DEL PSICÓLOGO.....	73
CAPITULO III ELABORACIÓN DE PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO..	121
CAPITULO IV DIAGNÓSTICO DE AVE DE MÉXICO.....	127
PROPUESTA DE PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO	134
BIBLIOGRAFIA.....	147
ANEXO I.....	152
*HOJA REGISTRO DE LLAMADAS.	
ANEXO II.....	155
*HOJA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.	

RESUMEN

El SIDA ha sido desde su aparición un mal que ha afectado a diversos sectores de la sociedad, en diferentes aspectos tanto físicos, morales, sociales y psicológicos. A raíz de la aparición de esta nueva epidemia se empezaron a formar grupos u organizaciones los cuales preocupados por el ascendente número de infectados por el VIH/SIDA se han dedicado a promover la educación y prevención en torno a este virus y también a brindar apoyo a las personas impactadas por el VIH/SIDA de manera directa o indirecta.

Tal es el caso de AVE de México (Compañeros en Ayuda Voluntaria Educativa A.C.), organización no gubernamental constituida desde 1988 por voluntarios altruistas. La cual se dedica específicamente a la educación y prevención en torno al VIH/SIDA. Dentro de esta organización se ha observado que las llamadas recibidas no sólo son para pedir información sobre los cursos o talleres, sino que también hay curiosidad, miedos, angustias, mitos y demás aspectos que hacen del VIH/SIDA algo obscuro y tenebroso.

Toda esta respuesta de las personas que llaman a AVE de México es un claro ejemplo del impacto psicosocial que tiene el VIH/SIDA sobre la gente, lo cual nos lleva a tener personas angustiadas, en crisis, o con mucha incertidumbre sobre lo que les pasará en un futuro a ellos o a las personas que están cerca de ellos. Todas estas llamadas son atendidas por los voluntarios de AVE de México, ya que es una necesidad que se presenta día con día y cada vez aumenta más.

Pero aunque los voluntarios atienden estas llamadas, AVE de México no cuentan con una formación específica para los voluntarios que contestan el teléfono, la herramienta con la que cuenta AVE es una "Guía para la Atención Telefónica", en la cual se hace referencia a algunos de los puntos a tocar en las llamadas.

Es por esto que AVE de México preocupada por la formación de voluntarios mejor preparados se ha interesado en que éstos reciban un

Es por esto que AVE de México preocupada por la formación de voluntarios mejor preparados se ha interesado en que éstos reciban un entrenamiento sobre la intervención telefónica. Lo cual favorecerá el desarrollo de las habilidades de los voluntarios y dará como resultado la implementación de los servicios que se brindan en AVE de México.

Viendo estas necesidades es que surge la idea de una Propuesta de un Programa de Entrenamiento para los voluntarios de AVE de México en relación con la intervención telefónica, en donde se ha incluido diversos temas y actividades necesarios para lograr facilitar el desarrollo de habilidades de los voluntarios al estar en la línea telefónica. Este programa está enfocado principalmente a las necesidades de los usuarios de dicha línea, para así poder llevar a cabo intervenciones efectivas de acuerdo a los motivos de sus llamadas.

TITULO: PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA VOLUNTARIOS DE AVE DE MÉXICO, SOBRE LA INTERVENCIÓN TELEFÓNICA EN RELACIÓN CON EL IMPACTO QUE TIENE EL VIH/SIDA.

INTRODUCCIÓN

Ave de México es una organización no gubernamental la cual brinda servicios de educación con respecto al VIH/SIDA y además promueve cursos y talleres para la prevención. Algunas otras instituciones que trabajan en la lucha contra el SIDA canalizan a algunas personas a AVE de México por vía telefónica, persona a persona, y algunas otras veces las personas llaman a AVE de México D.F. por su propio interés, necesidad o simplemente porque tienen conocimiento previo, o alguien se las recomendó.

Por lo cual en AVE de México se reciben llamadas para solicitar información sobre los servicios que se ofrecen ahí, cursos o talleres y también llaman por desconocimiento o desinformación con respecto al VIH/SIDA, lo cual les produce miedo y angustia, ya que a veces tienen la incertidumbre de poder haber adquirido el virus, o desconocen como protegerse, si están en riesgo o no, como tratar o que precauciones tomar porque ya sea un amigo, un familiar, conocido o quizá ellos mismos se saben portadores del virus, algunas veces llaman para pedir asesoría porque se han sabido portadores del VIH y no saben que hacer, que va a pasar con ellos, si ya tienen SIDA, si van a morir o qué les espera.

Estas son algunas de las dudas o incertidumbres por las que las personas llaman a AVE de México. Algunas personas cuando llaman están muy angustiadas, con miedo, rabia u otros sentimientos desorganizadores que el impacto del VIH/SIDA les puede causar, y algunas veces ni ellos mismos pueden manejar dichos sentimientos, es entonces cuando el voluntario de AVE de México que atiende este tipo de llamadas debe saber de que manera o en que forma debe intervenir con el solicitante para poder tranquilizarlo o tener las herramientas necesarias para manejar los sentimientos que el usuario es incapaz de manejar.

OBJETIVO GENERAL:

Diseño e implementación de un programa de entrenamiento sobre intervención telefónica para voluntarios de AVE de México en la ciudad de México.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Implementación de dicho programa.

JUSTIFICACION:

Considero importante que la intervención telefónica sea adecuada, asertiva y profesional sobre todo tratándose de personas impactadas por el VIH/SIDA, ya sea por un diagnóstico, ignorancia o temor de infección. Es por eso que pienso que en este rubro es prudente no cometer errores en la intervención, por lo cual considero necesaria la elaboración del programa.

Por esto considero importante y necesario que los voluntarios de AVE reciban entrenamiento antes de atender el teléfono, puesto que el voluntario sin dicho entrenamiento sobre la intervención telefónica podría promover más angustia al que llama en lugar de disminuirla.

Otro punto importante por lo cual es necesario que se reciba entrenamiento previo es que en realidad la asesoría o intervención telefónica es una necesidad para el usuario ya que éste está solicitando este servicio y por lo mismo se debe de dar una buena intervención para de esta manera satisfacer las necesidades que el solicitante nos esta manifestando y para poder hacer esto de manera efectiva ayudaría mucho a los voluntarios recibir entrenamiento previo.

Este trabajo nos ayudaría para tener una visión sobre la frecuencia de dudas en cuanto a información sobre VIH/SIDA en otros espacios como SAPTEL, AYUDATEL, TELSIDA. El conocer este tipo de información nos daría una pauta para ver que tan importante y necesario es el servicio de intervención telefónica para la población solicitante.

Otro rubro importante en lo que respecta a la elaboración de este programa de entrenamiento es que no se ha llevado a cabo la elaboración de un programa de entrenamiento especializado en la intervención telefónica para las personas que atienden los teléfonos en AVE de México , ya que el curso que da AVE a sus voluntarios es informativo no formativo y sobre todo en ésta área (la intervención telefónica) no hay una formación específica, por lo cual este trabajo sería pionero en este rubro, en la institución.

Con la elaboración de este programa se lograría que los voluntarios de AVE de México tuvieran un entrenamiento sobre intervención telefónica y de esta manera poder brindar un mejor servicio a los usuarios y poder satisfacer las necesidades que estos expresen.

METODO

Planteamiento del Problema: ¿Es necesaria la elaboración de un programa de entrenamiento para poder dar intervención telefónica a personas impactadas por el VIH/SIDA?.

Después de haber observado que en algunas organizaciones no gubernamentales no dan asesoría o intervención vía telefónica, sino que por lo general remiten a las personas a la institución para dar la intervención o asesoría cara a cara, y considerando que para dar este tipo de intervención o asesoría corre un tiempo muy importante para el que llama e incluye un traslado que probablemente no puede hacer en ese instante. Por eso es importante que con esa llamada debe de quedarle al solicitante algo esencial como primera intervención, que lo motive posteriormente a asistir a la organización. Es por eso que es necesaria la elaboración de un programa de entrenamiento para poder dar intervención telefónica a personas impactadas por el VIH/SIDA (amigos, familiares, etc). En especial para los voluntarios de AVE de México, ya que no hay un programa o manual guía del cual los voluntarios al teléfono puedan apoyarse para atender al usuario. Otro punto importante en este rubro es que hay muy poca bibliografía sobre intervención telefónica.

Hipótesis de Trabajo: Si es importante el brindar una buena intervención vía telefónica entonces la creación de un programa sobre intervención telefónica nos ayudaría a lograr esta meta.

Escenario: Dado que el programa será para voluntarios de AVE de México, el trabajo se realizará en las instalaciones de la organización.

Procedimiento: Se llevará a cabo la revisión sobre las actividades u objetivos esenciales que AVE de México cubre como parte de sus funciones y se verá si cubre con las necesidades que se están presentando. Se buscará información bibliográfica sobre algunos modelos de intervención vía telefónica. Se revisará material bibliográfico sobre asesoría y/o consejería en VIH/SIDA. Se elaborará hoja de registro de llamadas para poder definir el perfil del usuario y sus necesidades (Anexo I). Se recabará más información sobre consejería e intervención vía telefónica en AVE de México y en AYUDATEL (organización no gubernamental que da atención o intervención telefónica sobre sexualidad y SIDA). Se participará en

el curso de sensibilización con respecto a VIH/SIDA y sobre asesoría telefónica en el mismo rubro con el fin de conocer algunas herramientas y modelos de intervención en ésta área. Se buscará y localizará información de organizaciones en E.U. que han sido pioneras en la intervención telefónica sobre VIH/SIDA para ver si tienen un manual o programa para la gente que atiende el teléfono. Se buscará información bibliográfica sobre los puntos que se tienen que cubrir en la elaboración de un programa para poder llevarlo a cabo. Se analizarán las hojas de registro de llamadas (Anexo I) para ver las necesidades del solicitante y para ver en que puntos se tendría que especificar más el programa. Se llevará a cabo la elaboración del programa de entrenamiento para intervención telefónica.

Resultados: Propuesta del Programa de Entrenamiento Finalizado.

CAPITULO I A N T E C E D E N T E S

IMPACTO PSICOSOCIAL DEL VIH/SIDA . Desde el año 1983 cuando se efectuó el primer diagnóstico de SIDA en México, surgió el problema, al principio de modo insidioso, y después como epidemia.

Los primeros casos de SIDA se publicaron en 1981 en E.U.. Al inicio parecía una enfermedad que afectaba sólo a los homosexuales, sin embargo pronto fue obvio que otros grupos de personas lo estaban adquiriendo.

A pesar de la atención que ha recibido el SIDA de los medios de comunicación y las pruebas que señalan que todos podemos adquirirlo, muchos siguen pensando que es la "plaga de los homosexuales", una enfermedad que solo ocurre o principalmente ocurre a varones homosexuales. El SIDA no es una enfermedad de homosexuales, el virus no discrimina. Afecta a heterosexuales, homosexuales, bisexuales, blancos, negros, personas ricas o pobres, mujeres. hombres, niños, etc. Es un problema social que nos afecta a todos.

La educación sobre el SIDA es esencial no sólo como una forma de prevención de la enfermedad, sino también como medio para combatir el temor y la ignorancia que rodean esta afección. Ello combinado con las actitudes racistas, sexistas y antihomosexuales, ayuda a explicar porque muchas personas con SIDA han experimentado una respuesta hostil o no agradable de otros. Los medios masivos, que tienen un papel potencialmente importante en la educación sobre el SIDA, deben de tomar cierta responsabilidad para ello. De hecho el enfoque de algunas secciones de los medios ha sido sensacionalista y de juicio.

La histeria sobre el SIDA generada por los medios de difusión es en parte culpable de la discriminación relacionada con el SIDA. Sin embargo, la discriminación contra personas con CRS (complejo relacionado con el SIDA; serie de síntomas que son generalmente menos severos que aquellos con los cuales se define el SIDA, las personas

con este complejo tiene algunos síntomas relacionados con la infección por VIH). SIDA o que viven con VIH se relaciona al hecho de que en la imaginación pública el SIDA se asocia con la homosexualidad (homofobia o antilesbianismo no SIDA), la prostitución, promiscuidad.

Con frecuencia se ha hablado del SIDA, en especial por algunas secciones de los medios masivos de publicidad, en una forma que es igualmente de juicio. La suposición de que el SIDA resulta de una mala conducta, evita que se perciba que es una enfermedad transmitida por, tal vez culpables, portadores como homosexuales, toxicómanos y prostitutas, a "víctimas inocentes".

Al inicio se culpaba a los varones homosexuales del SIDA. Ello aseguraba que los que adquirían el SIDA, de los que ha habido muchos casos, recibían pocas simpatías públicas. No sólo se consideraba como su culpa que estuvieran enfermos, sino también, y de mucho mayor interés para la mayoría heterosexual, se percibían como culpables de que quienes no fueran homosexuales desarrollaran SIDA. Los homosexuales se consideraban los culpables de diseminar la enfermedad. Con el reconocimiento cada vez mayor de que el SIDA no es "una enfermedad de homosexuales" y que puede transmitirse heterosexualmente, se hizo necesario contar con otro chivo expiatorio. Al parecer, las prostitutas ocuparon el lugar.

Cualquier aumento en la tolerancia a la homosexualidad por la sociedad que se haya establecido en la era anterior al SIDA se ha perdido hoy en día por la elevada asociación de la homosexualidad con la enfermedad. Ello ha conducido, en algunos casos, a altos grados de culpa sobre la homosexualidad y las costumbres sexuales, muchos de los pacientes se culpan a sí mismos por ser homosexuales y en estos casos es frecuente que presenten depresiones.

Estudios acerca de la actitud de los profesionales de la salud demuestran que un número significativo muestra sentimientos negativos respecto a los homosexuales a causa del SIDA y algunos opinan que los afeminados "tienen su merecido" (Douglas, Kalman y Kalman, 1985).

El público en general y los profesionales de la salud tienen información equivocada, muestran desagrado y rechazan la conducta de personas que participan en prácticas homosexuales.

Una crítica constante de los pacientes infectados y enfermos de SIDA se dirige al trato que reciben por parte del personal de salud, esto se explica de la siguiente manera: en primer lugar por la falta de información, por la deformación de dicha información y porque todavía se sigue asociando el SIDA a la homosexualidad y a la prostitución.

La aparición y expansión del SIDA muestran la persistencia y recurrencia de la "respuesta social" estereotipada, caracterizada por un profundo temor acompañado de un bagaje de comportamientos irracionales y contradictorios: pánico al contagio, preocupación por la transmisión casual, denuncia moral, profecías, estigmatización de las víctimas (Brandt, 1988).

A los toxicómanos que son seropositivos se les ha negado en ocasiones operaciones, tratamientos dentales y otras formas de cuidados médicos. Esta falta de empatía (simpatía) para tratarlos surge en parte por los temores infundados que tienen algunas personas que trabajan en cuidados de la salud de contraer el VIH de pacientes infectados. Es posible que también se relacione con la suposición de que quienes usan drogas tienen lo que se merecen por su toxicomanía.

Los homosexuales también han sufrido injusticias similares. Las creencias homofóbicas de que la sexualidad es anormal, una enfermedad, o mala moralmente ha hecho que algunos expresen la afirmación temerosamente insensible de que el SIDA no es más que lo que se merecen.

Cualquiera que sea la forma en que se lleve a cabo, la discriminación por el SIDA será molesta para quienes padecen una enfermedad relacionada con VIH o son positivas a anticuerpo. Algunas pueden responder con enojo, otras aterrorizadas por haberlo descubierto, quizá tengan gran ansiedad y aislamiento.

Las personas con CRS, SIDA o infección VIH con frecuencia son aisladas socialmente. Puede deberse a la forma en que las personas mal informadas sobre el SIDA y cómo se disemina reaccionan contra ellas: con temor o evitación. Para muchos, esta respuesta genera un sentimiento de ser sucio o impuro y quizá elijan no comentar su diagnóstico con otros por temor a la forma en como reaccionarán.

Considerando los temores y prejuicios irracionales que rodean al SIDA quizá no sorprende la idea de aislar a quienes padecen SIDA, CRS o viven con VIH.

La relación del temor al SIDA con el temor a la homosexualidad puede afectar los derechos de las lesbianas y de los varones homosexuales, en asilos, trabajos, seguros, etc. La hostilidad y discriminación antihomosexuales es el resultado de la ignorancia y la histeria que rodea al SIDA.

Las afirmaciones de que las prostitutas están diseminando el SIDA, deben comprenderse en relación con las creencias sobre la prostitución y el SIDA. Ser prostituta es pertenecer a una categoría de mujeres normalmente despreciadas que (igual que la homosexualidad) se ha relacionado con enfermedades y contagios. La imagen de una mujer que vende sexo por dinero es con frecuencia la de alguien que es sucio, disemina infecciones y es inmoral.

El SIDA es una enfermedad gravemente estigmatizante. No es una afección "glamorosa" ni alguna que despierte la simpatía pública. Por el contrario, suele ser recibida en la sociedad con temor y rechazo. La prueba de ello es señalada por pacientes que han experimentado "esquivamiento" por parte de amigos, colegas, empleados, etc. Para muchos, esta respuesta pública (la anticipación de ella o el afrontarla) pudiese llegar a generar sentimientos de angustia, miedo, enojo, etc. en la persona que la recibe, lo cual provocará que algunos pacientes se sientan aislados socialmente.

Lo mismo que aquellas añejas enfermedades, el SIDA va acompañado de una serie de prejuicios, de actitudes sociales de estigmatización del enfermo, de una visión cultural del mal, que dificulta su tratamiento y eventual cura.

El SIDA se ha utilizado para legitimizar muchos de los temores y prejuicios que ya existían en la sociedad por ejemplo: los moralistas de derecha consideran al SIDA como una prueba de que sus valores son correctos. En su opinión el sexo fuera del matrimonio y el sexo con alguien del mismo sexo, es moralmente erróneo. El SIDA es un reconocimiento de ello un castigo de Dios para la aceptación por la sociedad de la homosexualidad, prostitución y promiscuidad.[^]

Junto con su expansión, el SIDA genera otros procesos sociales complejos. El desarrollo de prejuicios de parte de mucha gente en torno a esta enfermedad, y el estigma que recae sobre sus víctimas. Diversos factores determinan que una enfermedad genere prejuicios y estigmatice a sus víctimas. En primer lugar, se trata de un padecimiento relacionado con lo sexual, y lo sexual es una materia sensible en nuestra sociedad. En segundo lugar, es un fenómeno que además de asociarse a lo sexual, es mórbido; es una enfermedad venérea, y los que padecen este tipo de males son señalados porque se les atribuye una vida sexual desordenada.

En otras palabras, las enfermedades venéreas se consideran propias de grupos y conductas socialmente desacreditadas (prostitución, sexualidad fuera del matrimonio, etc). En tercer lugar, existe entre nosotros una tendencia cultural a ver con cierto rechazo los líquidos corporales (sangre, sudor, orina, semen, saliva), y a considerarlos como fuentes de contaminación.

Las enfermedades de transmisión sexual han sido siempre objeto de estigmatización en la sociedad, ya que suelen ser contempladas como consecuencia de excesos sexuales, y conllevan un carácter de baja moralidad, suciedad e impureza. Tan fuerte es la conexión de estas enfermedades con el pecado y la depravación moral en la mentalidad

general, que las víctimas se ven empujadas a negar su situación o a afirmar su inocencia con frases como "lo cogí en el asiento del retrete". Como es lógico, el SIDA no es la excepción. El hecho de que se asocie a los dos grupos más estigmatizados por la sociedad, los homosexuales y los drogadictos, ha acentuado aún más el rechazo hacia la enfermedad. Por tanto, la necesidad de separarse incluso de la implicación de estar infectado es extremadamente grande. El uso del preservativo puede ser asumido como equivalente a aceptar que se podría estar en riesgo o como una impugnación hacia el compañero. Por último, el miedo al estigma puede hacer que una persona no desee estar informada sobre el SIDA.

El SIDA también podría implicar enormes cambios en cuanto a cómo ven la sexualidad las personas. Ofrece una oportunidad para hablar más abiertamente sobre el sexo y que surjan problemas sobre elección y control sexual. El SIDA también reta lo que se considera natural o normal. Varones homo y bisexuales tienen cuidado a quién comentan sobre su sexualidad. Incluso cuando alguien no es homosexual, el estigma que rodea al SIDA determina que la confidencialidad sea un aspecto importante.

Comentar toda la verdad sobre el diagnóstico puede tener implicaciones claramente desastrosas para la persona afectada en lo que se refiere a su carrera o su economía, y vale la pena recordar que la ansiedad y el estrés que implica no comentar toda su historia puede ser perjudicial para el ajuste general del paciente después del diagnóstico.

Los factores socio-culturales relacionados al paciente con SIDA resultan de varias fuentes, siendo la más importante el estigma social, que asociado al aspecto infecto-contagioso de la enfermedad causa conductas de rechazo que hacen difícil el contacto físico y social, obligándoles no sólo a identificarse sino a asociarse a grupos minoritarios (Galván y Gay, 1992).

De la misma manera se ha encontrado que el adolescente asocia al SIDA con conducta sexual, muerte, riesgo de contagio por aproximación y con homosexualidad, por lo que se ha visto que las actitudes hacia las personas con SIDA son una consecuencia primaria de las actitudes hacia los homosexuales (Galván y Gay, 1992).

Como ya se mencionó, el estigma social y las conductas de rechazo, prejuicio y estigmatización social inciden en diversos aspectos contra los pacientes que viven con VIH/SIDA, siendo frecuente el rechazo en el ambiente laboral y escolar, así como en los derechos humanos en general (Godínez, 1994).

El SIDA ha sido y es, una enfermedad social. Hay un "SIDA SOCIAL" que consiste en aquellas reacciones de la sociedad en su conjunto que tienden a impedir el ejercicio de los derechos fundamentales de las personas con VIH/SIDA, que es lo mismo que atentar contra los derechos de todas las personas. Palabras como contagio, sidoso, sidatorio, víctima inocente y víctima culpable, grupo de riesgo... hechos como el rechazo familiar y social, la violación de la intimidad de las personas, la violación del secreto profesional, y etc. han sido algunos de los factores implicados en la historia de esta pandemia.

Quien se preocupa por el SIDA y por la posibilidad de contraerlo ya experimenta una consecuencia negativa de esta epidemia. No es necesario padecer SIDA para padecer consecuencias psicológicas o sociales. Las personas relacionadas con los afectados casi siempre sienten los efectos emocionales del SIDA.

El resultado positivo a la prueba de detección de anticuerpos al VIH/SIDA trae consigo una serie de factores emocionales y sociales que pueden perjudicar a las personas afectadas tanto directa como indirectamente, ya que :

-Se dispone de información distorsionada con una fuerte carga de miedo a la enfermedad y muerte difundida en los medios masivos de comunicación.

-Falta de información clara y objetiva en torno al VIH/SIDA, lo que conduce a un rechazo a las personas .

-Discriminación y rechazo a los grupos sociales en los que inicialmente se manifestó la infección.

-Sentimiento de culpa que se genera al responsabilizarnos de la propagación de la epidemia.

El efecto negativo del VIH en la vida emocional y social se manifiesta de diversas maneras, entre las que se pueden mencionar miedos y temores, sentimiento de culpa, posibilidad de inestabilidad emocional, sentimiento de discriminación y falta de apoyo en el entorno familiar y social. Estas manifestaciones pueden llevar a la persona afectada por el VIH/SIDA a manifestar diferentes conductas y comportamientos:

-Sentimiento de soledad, abandono y culpa.

-Disminución o inhibición de la vida s xual.

-Desinterés en la vida propia y en el núcleo familiar y social.

-Cambios emocionales como angustia, apatía, depresión o ira.

En algún momento de la enfermedad los pacientes (amigos, pareja y familiares) que est n siendo afectados por el VIH/SIDA requieren algún tipo de intervención psicosocial como terapia de apoyo, de orientación, intervención en crisis, etc.

Problemas especiales de los pacientes, las familias y los compañeros:
A diferencia de otros adultos jóvenes con enfermedades graves, la mayoría de los pacientes con SIDA no vuelven a integrarse a sus familias, ni tienen parientes o esposa en los que confiar para que les presten apoyo financiero o emocional. Los compañeros sexuales de los pacientes con SIDA se enfrentan con la pérdida de alguien a quien aman y del que dependen. Por otro lado, tienen un comprensible miedo a haber estado expuestos al virus y, si están casados, preocupación

por el posible riesgo de sus hijos. Todas las enfermedades de transmisión sexual implican sentimientos de culpa y reproche de los demás. A menos que se traten esos puntos de una forma abierta, pueden erosionar la relación de la pareja y hacer que ambos se sientan más aislados, angustiados y temerosos del futuro.

En muchos casos la familia de los pacientes con SIDA tienen gran necesidad de apoyo. No sólo sufren el mismo miedo y ansiedad que cualquier otra persona con contactos frecuentes con pacientes, sino que además tienen que controlar el rechazo de la sociedad, al igual que los propios enfermos.

Algunas mujeres tendrán ansiedad porque otras personas sepan que su niño es positivo al anticuerpo o tiene SIDA. Temen que su niño sea condenado al aislamiento en la comunidad. No es raro que los padres de los compañeros de clase de un niño con SIDA o CRS teman que su hijo pueda tener riesgo de infección, y exijan que se saque de la escuela al niño con VIH. De igual forma, esos compañeros de clase pueden rechazar mezclarse o jugar con un niño que se sabe que está infectado con el virus. Los niños con SIDA sufren con frecuencia la misma estigmatización que los adultos con la enfermedad. Es importante que los padres, también los maestros, comprendan que los niños no tienen el peligro de adquirir el SIDA por el contacto social normal con otros niños.

La familia juega un papel central en el soporte social de los pacientes, en este sentido la familia debe ser entendida como un subsistema social que ha tenido y tendrá acciones sobre el desarrollo de las manifestaciones clínicas de los pacientes. Las actitudes como la ira, el rechazo, la culpa, el miedo, la desesperanza y el abandono van a influir en el desarrollo de síntomas psicológicos en el paciente, que imposibilitarán su proceso de adaptación. Aún más, el SIDA pone en crisis el sistema familiar, de tal manera que tanto la familia de origen, la nuclear o la pareja del paciente se ven, de

igual manera que éste, obligándolos a enfrentar una situación para la que no estaban preparados, presentando sintomatología familiar que pone en riesgo la integridad y perpetuación de este grupo social.

Es posible que la gente que viven con VIH o SIDA se sientan muy culpables y se culpen por todo tipo de cosas, incluyendo su estado. Es más probable que estas reacciones ocurran cuando alguien ha contraído el virus por actividades que no son aceptadas o aprobadas socialmente. En mujeres suele significar por el uso de drogas, o cierta forma de actividad sexual, en particular cuando una mujer ha tenido relaciones sexuales con diferentes hombres. La imagen de los medios de difusión sobre las prostitutas y quienes usan drogas intravenosas y también los varones homosexuales como alguien a quien culpar por la diseminación del SIDA aumenta los sentimientos de autorrecriminación y culpa. Las personas infectadas pueden experimentar una caída de su autoestima, es posible que también se sientan enojadas consigo mismas por causar su estado. Es posible que se sientan como leprosos sociales, por haber sido rechazados por sus amigos, amantes, familiares o compañeros de trabajo, también pueden haber pensamientos suicidas.

Cualquiera que sean las razones para el aislamiento social, es importante que las personas con infección por VIH, CRS o SIDA tengan alguien con quien hablar. La plática puede ser la forma de afrontar el estrés del diagnóstico, con frecuencia las personas impactadas por el VIH/SIDA sienten la necesidad de discutir sus problemas prácticos y también sus temores y ansiedades. Con frecuencia alguien que padece SIDA se sentirá deprimido y con ansiedad. Quizá necesita platicar sobre su enfermedad, incluyendo sus temores sobre la muerte y la agonía.

Es importante recordar que es probable que una mayoría de las personas que acuden a buscar consejo tengan una gran ansiedad, aunque al inicio pueden presentarse como si buscaran asesoría simplemente. Siempre vale la pena preguntarles si se preocupan bastante sobre el SIDA.

Obviamente, quienes se inquietan la mayor parte del tiempo sobre el SIDA no sólo están preocupados simplemente, tienen un temor específico al SIDA, y hay que buscar la posibilidad de ansiedad, depresión u obsesiones (Miller y col., 1985).

Un diagnóstico de SIDA tiene profundas implicaciones para el paciente. La predicción de la muerte que la mayor parte establece aunada el diagnóstico, el reconocimiento escalofriante de que aún no existe curación y que los amigos y otros están muriendo de SIDA y la respuesta no agradable, muy difundida, por parte del público hacia los homosexuales afectados, origina un sentimiento de atrapamiento para la mayoría de los pacientes.

La mayoría de las personas sienten un choque y desorientación cuando descubren que padecen SIDA o están infectados con el virus que lo causa. Quizá rechacen el diagnóstico y se enojen. De manera alternativa, es posible que reaccionen culpándose y se sientan deprimidas. Casi todas se sienten con ansiedad y asustadas. La ansiedad es algo que todo el mundo experimenta en diferentes épocas de su vida. Sin embargo, en este contexto es muy probable que sea mucho más intensa y dure más. Un diagnóstico de seropositividad o SIDA es muy atemorizante. Después de todo, es una enfermedad mortal para la cual no se conoce curación aún.

La mayoría de las personas cuando se saben que tienen CRS, SIDA o son positivas al anticuerpo se deprimen. El VIH/SIDA les hace sentir que ya no tienen ningún control sobre su vida. Esta situación se exagera por el hecho del que el SIDA es incurable y tiende a seguir una evolución impredecible. Algunas de las implicaciones emocionales del diagnóstico de seropositividad, CRS o SIDA pueden ser la ansiedad, depresión, enojo, culpa y obsesiones.

En un estudio se encontró que la depresión era el problema psicológico más típico en pacientes con SIDA (Dilley y col., 1985), y al parecer resulta del aislamiento real o imaginario posterior al

diagnóstico, la incertidumbre sobre su futuro y la tristeza de perder la salud, el empleo y futuras relaciones. Se ha observado que se relaciona muy estrechamente con la percepción por parte de los pacientes de que el SIDA es una forma de castigo a su homosexualidad. Se han observado mayores implicaciones emocionales en las reacciones de familias y colegas en quienes la ocasión del SIDA enfatiza una oposición fundamental hacia la homosexualidad.

El diagnóstico puede ser considerado como una confirmación del "MAL" que implica la homosexualidad y sus tratos subsecuentes con el paciente y su estilo de vida se tornan hostiles y con resentimiento. La información puede servir como catalizador para ventilar problemas emocionales y perturbadores que presenta la persona. Es importante reconocer que la ansiedad, igual que la depresión, es una respuesta humana normal a enfermedades que ponen en peligro la vida y en consecuencia cabe esperarlas.

Sin embargo, en este contexto la ansiedad parece más grave y de mayor duración y ya que al parecer es obvio que la ansiedad prolongada es en sí inmunodepresora (Coates y col., 1984), es vital la necesidad de intervenir con eficacia. El inicio de la ansiedad tiende a relacionarse en algunas personas con la aparición de nuevos encabezados sobre VIH/SIDA.

Al igual que la ansiedad, es necesario identificar a la depresión como una respuesta esperada al diagnóstico y la incertidumbre que lo acompaña. La epidemia del SIDA ha despertado una aura de melancolía y desaliento alrededor de todos los relacionados con la enfermedad. Los trastornos obsesivos, incluyendo los que tienen el componente conductual compulsivo activo, suelen verse en el contexto de la depresión y ansiedad (Carnwath y Miller, 1985).

A medida que se multiplica el número de pacientes afectados por el VIH/SIDA, aumenta la frecuencia de casos relacionados con peligro de suicidio -están afrontando traumas recientes (diagnóstico), muchos están deprimidos, quizá hayan tenido que afrontar la pérdida de una

persona amada, es posible que estén viviendo solos y aislados socialmente.

Cuando la persona sospecha el problema, existen actitudes diferentes que el individuo puede tomar, de modo principal la negación, miedo, ansiedad, o bien, la aceptación y, con ello, la decisión de someterse al estudio para descartar o confirmar la presencia del virus. Si se sabe portador del mismo, encuentra una diversidad de interrogantes para enfrentar el hecho. Se pregunta cómo lo adquirió, si es probable que lo esté transmitiendo a otra(s) persona(s), si debe de ser atendido por un médico o no, qué sucedería si en su trabajo se enterasen de su estado, etc. Aunado a todo esto el rechazo social que se desencadena hacia el paciente.

El SIDA es un padecimiento de gente joven, en la etapa reproductiva de la vida, vivir con él representa confrontaciones continuas con pérdidas y con la muerte, por la naturaleza del padecimiento y por su condición de irreversible.

Díaz-Loving y otros (1992) señalan que el SIDA es un fenómeno perturbador cuya respuesta social no ha sido puramente cognoscitiva sino también emocional. En su breve historia ha hecho que cambie la vida de muchas personas y sus actitudes hacia la sexualidad; asimismo, ha despertado temores o rechazo hacia ciertos sectores sociales. Castro (1988) afirma que existen dos elementos básicos en la formación del prejuicio, por un lado la actitud negativa hacia alguien y por otro, la creencia sobregeneralizada (y por lo tanto errónea) de ese alguien o del grupo al que pertenece. Por lo que dicho autor, señala que el prejuicio es ante todo una actitud negativa, esta diferenciación por grados atiende básicamente a los tipos de actitud que una persona puede adoptar.

Y afirma que existen cinco grados de prejuicio, que son:

- 1) La antilocución o rechazo verbal.
- 2) El esquivamiento o la tendencia a evitar a una persona.

- 3) La discriminación propiamente dicha, es decir, la tendencia a excluir de un lugar (trabajo, escuela, etc.) a una persona.
- 4) El ataque físico a una persona(s).
- 5) El exterminio de una persona o grupo.

Conocer y comprender al SIDA implica abordarlo como fenómeno, lo cual presupone considerar agentes, factores y cofactores biológicos, psicológicos, sociales y culturales; procesos, comportamientos, opiniones y actitudes, grupos e individuos, dinámicas, afectos, identidades, etc. En su calidad de evento que irrumpe en la vida cotidiana y se significa como amenaza plural, se disparan de él en un sinfín de direcciones, una diversidad de consecuencias. No es de extrañar que el SIDA, siendo una enfermedad viral con mal pronóstico, sin posibilidad real de terapéutica alguna y de transmisión no sólo sanguínea y materno-filial, sino también sexual, sus repercusiones a nivel emocional y comportamental son también complejas. Mismas que no sólo tienden a alterar el comportamiento del enfermo, sino, en este caso, muy frecuentemente también el de seropositivos asintomáticos e impactados emocionalmente (familias, amigos o parejas). Las particularidades del SIDA como pandemia; que por otra parte adquiere mayor peso emocional al ser convertido en un estigma social. (Dr. Luis Guillermo Juárez; Xabier Lizarraga Cruchaga).

Las personas con resultado positivo para anticuerpos al VIH y supuestamente infectadas pueden mostrar las siguientes reacciones:

- 1) Sensación de estar contaminados y preocupaciones irreales de infectar a otras personas mediante el contacto casual incluyendo el simple hecho de permanecer junto a ellas.
- 2) Temor de rechazo y abandono. El principal problema es ¿ A quién decirle ?.
- 3) Temor a enfermarse y perder el control de sí mismos.

4) Brotes de negación y pérdida de la sensación de invulnerabilidad. El enfrentamiento súbito con su propia muerte puede generarles sentimientos de inseguridad y como resultado angustia permanente.

Además de estas reacciones también se pueden presentar ciertas emociones con respecto al conocimiento de un resultado positivo, entre las cuales se encuentran las siguientes :

Depresión: Esta es especialmente cierta si la persona se ocupa demasiado de pensamientos relacionados con la enfermedad o la muerte.

Ansiedad: La ansiedad es una emoción muy común, que se presenta cuando algo amenaza el bienestar del individuo. Descubrir que se está contagiado con el VIH o que sufres algunas nuevas manifestaciones de la enfermedad puede provocarte una enorme ansiedad. Esta generalmente desaparece o disminuye cuando sientes que tienes opciones para tratar con el problema.

Incertidumbre: Vivir con incertidumbre con respecto del futuro puede ocasionar un desgaste gradual de la confianza y de la fortaleza. Algunas personas terminan paralizadas por la incertidumbre y les cuesta trabajo tomar decisiones.

Enojo: Primero, puede haber frustración por vivir una condición crónica que perturba muchos aspectos de la vida, de las relaciones sexuales o de los planes a futuro. Segundo, el creciente contacto con médicos puede producir enojo, especialmente si la persona se siente frustrado respecto de encontrar al médico "adecuado", o de la estrategia "adecuada" para mantenerte en buena salud. Pueden sentir enojo, así como tristeza, cuando los amigos o algún conocido seropositivo enferman o mueren.

Sentimientos de Víctima: Muchas personas al saberse contagiadas con el VIH, se sienten víctimas no sólo de un contagio que pone en peligro su vida, sino también de unas fuerzas sociales hostiles.

Pueden sentirse ansiosos o con incertidumbre respecto a su situación laboral o social, sobre todo si se ve obligado a ocultar su condición de seropositivo.

Temor a la Muerte: Es perturbador tener pensamientos acerca de la muerte. Anticiparse a la pena y al sufrimiento es una experiencia particularmente difícil para un seropositivo.

Los factores social y psicológico sobresaliente en la epidemia de SIDA son temor y estigma. Constituyen la base de la respuesta devastadora y discriminatoria que ha permeado a toda la sociedad. El SIDA difiere de otras enfermedades en que de manera automática exhibe ante el público los hábitos y modos de vida que pueden ser origen de la enfermedad transmitida. Pérdidas y aislamiento son dos conceptos clave para entender el impacto del SIDA. Las pérdidas pueden ser súbitas o graduales, traumáticas y adoptar muchas formas (Peretz, 1970). También pueden ser físicas (tangibles) o simbólicas (psicosociales) (Rando, 1984).

El diagnóstico del SIDA se concibe como una sentencia de muerte. En la actualidad no hay tratamiento por completo eficaz para la inmunodeficiencia subyacente. Son comunes los sentimientos de culpa y vergüenza de las preferencias sexuales y uso de drogas. El temor a la muerte y la agonía se convierte en un problema para casi todos los pacientes. El SIDA, por las características del padecimiento en sí (en tanto que es síndrome), da cabida a numerosas enfermedades oportunistas, por lo que no sólo, desborda al afectado y perturba su ánimo, sino que trastorna y trastoca el orden.

Por un lado, las diversas afecciones que constituyen el cuadro clínico de un enfermo, muestran la vulnerabilidad de la vida y el deterioro del vivir; por otra parte, a su realidad biopatológica se le han agregado innumerables pesos, a través del pánico y las paranoias, de las ignorancias, los prejuicios, las mitologías y los estigmas.

En consecuencia, el SIDA trastorna violentamente la autoimagen, y deshumaniza al individuo ante los demás y ante si mismo. Hoy por hoy tendemos a asumir el SIDA como padecimiento no sólo degenerativo, sino mortal, amen de incurable y estigmatizado. La vinculación afectiva entre SIDA y muerte invade al ánimo y genera expectativas especiales, casi siempre tremendista, devaluadoras y frecuentemente dogmatizadas.

El ser humano reconoce y padece las enfermedades, y cuando estas están sólidamente asociadas al morir, se multiplican con creces los significados socioculturales y psicoafectivos de la vida y la muerte. Las experiencias de pánico, las fobias, las diversas expectativas (tanto científicas como mitológicas) ante las enfermedades, se generan en el ser humano fuertemente vinculadas, y asociadas al morir, más que a la muerte misma.

En el Homo sapiens la conciencia del morir y de la muerte no sólo alcanza proporciones psicoafectivas, sino que, al resemantizar por asociación mental las sensaciones y los sentimientos, se proyecta en dinámicas socioculturales.

Los seres humanos, en casi todas las sociedades, aprendemos a convivir atemorizadamente con los padecimientos y los decesos y aprendemos desde niños a hablar con rechazo de enfermedad y muerte; asimismo, nos obliga a asociar uno y otro fenómeno con una actitud: la resignación. Dejándonos llevar por el miedo, las ignorancias y las mitologías, convertimos la palabra SIDA en una sentencia... desde que se le informa del diagnóstico clínico, el enfermo es arrastrado absurda, irresponsable e impunemente a vivir su muerte como un mañana inmediato... Usted tiene SIDA parece querer decir: comienza su cuenta regresiva, queda usted excluido... ya no es uno de nosotros. (Xabier Lizarraga 1991).

En el libro *La Enfermedad y sus Metáforas*, Susan Sontag dice que "basta ver a una enfermedad cualquiera como un misterio, y temerla

intensamente, para que se vuelva moralmente, si no literalmente, contagiosa" y en efecto, el SIDA encierra infinitos misterios, no sólo en cuanto a su origen y a diversos aspectos médicos, sino sobre todo por las implicaciones futuras a las que conlleva. El misterio que envuelve a la enfermedad y el hecho de que para fines prácticos se trate de una enfermedad de transmisión sexual han determinado, por un lado, que esté rodeada de mitos sobre su contagiosidad, y por otro, explican el afán que ha existido, primero, por negar el fenómeno, y después, por buscar culpables y estigmatizar poblaciones. Esta reacción, por demás humana, se ha visto en otras epidemias - como la peste, la viruela, la sífilis e incluso la influenza - que históricamente han favorecido respuestas sociales basadas en inculpar a los "desviados", como responsables de la diseminación del mal. Pero no hay que perder de vista que el culpar a otros puede ser, en sí mismo, un proceso psicológico contagioso, que conduce al estigma y a la persecución.

En un ensayo sobre SIDA y compasión, Gerald Friedland propone 3 razones por las cuales existe una falta de consideración y compasión hacia los enfermos de SIDA. La primera de ellas se refiere al miedo al contagio; la segunda ocurre por el escaso valor social que se concede a los mal llamados "grupos de alto riesgo", finalmente, la tercera explicación tiene que ver con el rechazo a todo aquello que nos recuerde nuestra vulnerabilidad o susceptibilidad a "La Peste".

El paciente con infección por VIH tiene que enfrentarse con diversos aspectos pertenecientes al marco de lo social, los cuales desencadenan reacciones psicológicas en torno a la ansiedad y la depresión.

Por otro lado, el contenido emocional asociado al calificativo "contagioso" hace que los pacientes enfrenten un rechazo que está determinado por la información que en la comunidad se tiene acerca de la transmisión del SIDA.

La infección por VIH representa en los pacientes una reacción catastrófica que pone a prueba su integridad psicológica; de esta integridad dependen, la capacidad de superar la crisis, mantener una etapa de transición y establecer una resolución a esta crisis. Esta reacción catastrófica está vinculada inicialmente con la pérdida de la salud y, por consiguiente, con la muerte.

La doctora Kübler Ross ha identificado cinco fases por las que pasa el paciente terminal, las cuales también son perceptibles en pacientes infectados por el VIH/SIDA, y son las siguientes:

La Negación: El paciente anula de su conciencia la realidad patológica que sufre, no cree en la información que ha recibido y se resiste a mantener una condición de paciente que afecte su estado actual de vida. El paciente trata de evitar el dolor psíquico de saberse infectado; mantiene sus actividades y conductas previas a los resultados, lo que implica que continúe con sus actividades de alto riesgo, dando por descontado que puede presentar síntomas físicos y/o psicológicos, por lo que trata de evitar cualquier contacto con los especialistas.

La Ira o Cólera: Pasada la fase de negación, se vuelve irascible y difícil, entonces la persona desplaza su angustia, envidia y agresión a las personas que lo rodean. Estas dos etapas son de singular importancia en el caso de los pacientes diagnosticados como seropositivos, porque es precisamente en este período donde pueden infectar a otros. Supone la reacción de sentimientos de culpa que pueden favorecer la aparición de demandas asistenciales y terapéuticas que estén fuera del alcance de los recursos del paciente, que pueden motivar rupturas agresivas con la gente que lo rodea, fundamentalmente en el caso de la familia y los médicos tratantes.

La Negociación o Pacto: Es una forma de adaptación que trata de subsanar las culpas, con el fin de posibilitar la esperanza. En esta fase se hacen intentos de restaurar la salud.

La persona maneja conscientemente parte de su conflictiva interna y pide un tiempo para intentar hacer cambios en su vida.

La Fase Depresiva: Esta supone una evidencia por parte del paciente de su realidad como portador de una enfermedad fatal, implica la disminución de procesos de negación y permite un trabajo terapéutico. Algunos pacientes presentan ideas suicidas; éstas no surgen en el momento de conocer el resultado positivo, sino que aparecen en el transcurso del tratamiento, cuando empiezan a morir por SIDA algunos amigos o personas que cree haber infectado, o bien al percatarse de que son excluidos de la sociedad.

La Resolución y Adaptación: El paciente empieza a elaborar el duelo o la relación entre su realidad presente como enfermo y las pérdidas sufridas. Podrá nuevamente, dependiendo de su historia personal y patología predominante, hacer cambios estructurales en su aparato mental que le permitan incorporarse a la vida diaria con nuevos hábitos de conducta, enfrentando de una nueva manera los desafíos que se le presentarán más adelante. Estas dependen del apoyo social con que el paciente cuente y los aspectos psicológicos individuales.

La Ansiedad o Angustia : Ya sea como crisis de angustia o como ansiedad generalizada, es una situación sintomática que está presente a lo largo de todo el proceso de la enfermedad. Pueden manifestarse de diversas maneras, siendo las más frecuentes las quejas y preocupaciones exageradas sobre su estado de salud, su futuro en la sociedad, con su pareja, y la irremediable incertidumbre de si desarrollarán síntomas y, por ende, serán desahuciados. Estas preocupaciones están acompañadas de ataques de pánico ante la falta de certeza del futuro próximo, presentando cuadros sintomáticos importantes. Al confirmar su condición de seropositivos, el estado de ansiedad aumenta, lo que los convierte en pacientes sumamente demandantes de los servicios tanto médicos como psicológicos. Cuando la angustia va más allá de las capacidades propias del sujeto para manejarlas, es recomendable la intervención de un especialista para tratamiento.

Hay una serie de problemas psicológicos relacionados con el SIDA que afectan a muchas personas no infectadas. Es el caso de la gente angustiada sin motivos. Algunas de estas personas están preocupadas porque han realizado actividades de riesgo. Algunas otras personas angustiadas sin motivo entran dentro de la categoría de la gente de bajo riesgo, pero viven con el temor infundado de que serán infectados por medio de cualquier contacto cotidiano e insignificante. Dentro de esta categoría de personas entra el preocupado sano.

El Preocupado Sano: La epidemia del SIDA se ha convertido en una causa de gran alteración funcional y psicológica para individuos que, por diversas razones, perciben que se encuentran en gran peligro sin importar su proximidad a las categorías de riesgo. Estas personas se conocen como los "preocupados sanos": tienen la inquietud de desarrollar posiblemente SIDA y se encuentran bien porque no tienen signos de enfermedad alguna relacionada con esta infección. El preocupado consulta por muchas razones - por ejemplo, porque es posible que haya tenido relaciones sexuales con un varón o mujer bisexual en el pasado, porque son homosexuales o han tenido antecedentes de actividad homosexual (periódica) (que con frecuencia sólo incluye actividades de riesgo bajo) o porque son personalidades psicológicamente vulnerables y han respondido a los informes sobre SIDA de algunos medios, menos bien informados o sensibles en sus difusiones.

El cuadro clínico de estas personas incluyen típicamente ansiedad aguda, y en ocasiones crónica, con ataques de pánico, depresión y trastornos obsesivos que incluyen una preocupación patológica por la posibilidad de desarrollar SIDA. La primera medida es comentar la naturaleza de las ansiedades del paciente, de tal forma que puedan ventilarse sus preocupaciones. Muchos de los que se encuentran dentro de este grupo de enfermos, como mujeres casadas, varones bisexuales y otros que quizá se hayan tornado temerosos de su estado de salud después de actividades sexuales ocultas (por ejemplo, homosexuales de closet), quizá no hayan sido capaces de comentar sus ansiedades con

compañeros, esposas, amigos o familiares por temor a ser descubiertos y la oportunidad para hablar sobre ello les proporcionará gran alivio. Para otros, como los varones homosexuales que quizá hayan tenido múltiples compañeros sexuales en el pasado, la oportunidad para ventilarlo es nueva, ya que es posible que sus amigos y conocidos hayan evitado estos comentarios o indicado al paciente que no hable sobre el SIDA porque no desean que se les recuerde su grado personal de riesgo o quizá están muy atemorizados para comentarlo.

El VIH/SIDA es el problema de salud más complejo al que se enfrenta nuestra sociedad, ya que no sólo es un problema de salud, también es un problema social, económico, cultural y político. Una persona portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana, debe enfrentar día a día la violación de sus derechos fundamentales y por consiguiente, la discriminación y estigmatización de amplios sectores de la población. El VIH/SIDA nació acompañado de mitos y tabúes que han sido en gran parte la causa de la discriminación y estigmatización de las personas afectadas por la enfermedad. Aún hoy, muchas personas consideran que el VIH/SIDA sólo afecta a homosexuales y prostitutas/os sin percatarse de que la pandemia del SIDA constituye por su magnitud, una amenaza para toda la humanidad. (Fichtl y Hernández 1998).
Cartilla de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) Contra la Discriminación a las Personas Afectadas por el SIDA.

En el ámbito de las personas que viven con VIH/SIDA, la discriminación presenta las siguientes consecuencias:

- Propicia que quienes se perciben en riesgo de estar infectado no acudan a realizarse la prueba de detección y, por lo tanto, no cuenten con un diagnóstico oportuno que les permita atenderse antes de desarrollar la sintomatología propia de la enfermedad.
- Aleja de los servicios de salud a las personas infectadas por el VIH. Esta situación se presenta por temor a que el personal que proporciona dichos servicios divulgue la condición del paciente en el lugar de trabajo o en el lugar donde vive.

- Reduce la participación de quienes viven con el VIH/SIDA en los programas orientados a difundir información sobre las medidas necesarias para prevenir la infección.
- Suspende o restringe el ejercicio de los derechos fundamentales de quienes se encuentran infectados por el VIH o enfermos de SIDA.
- Aumenta el aislamiento, así como el sufrimiento de las personas que viven con el VIH/SIDA.

La discriminación relacionada con el VIH/SIDA tiene las siguientes consecuencias sociales:

- Afecta la capacidad de las personas para aprender e informarse sobre la epidemia y, por lo tanto, disminuye su capacidad de respuesta ante el reto que representa prevenir la infección del VIH.
- Aleja a la población de los lugares donde se proporciona información relacionada con el SIDA.
- Difunde los mitos que existen alrededor de la epidemia y propicia el miedo injustificado respecto al posible contagio por medio del contacto casual con personas ya infectadas.
- Refuerza la idea errónea de que el SIDA es una enfermedad exclusiva de determinados grupos sociales, tales como drogadictos intravenosos, homosexuales o sexoservidoras. A partir de este razonamiento, se piensa que quien no pertenece a dichos grupos no corre el riesgo de infectarse.
- Fomenta la intolerancia hacia determinados grupos sociales que de manera equivocada han sido percibidos como representantes de la enfermedad. En este sentido, es frecuente que las personas, en lugar de adoptar las medidas necesarias para prevenir la infección, pretendan encontrar supuestos responsables de la evolución de la epidemia.
- Proporciona una división de la sociedad, en donde existe un aparente enfrentamiento entre los derechos de la mayoría no infectada y los derechos de las personas afectadas por el virus.
- Daña a los familiares y a quienes rodean a las personas con el VIH/SIDA, dificultando que éstas últimas reciban muestras de apoyo.

-Evita que la sociedad acepte la necesidad de establecer una responsabilidad compartida para enfrentar con éxito la epidemia del SIDA.

Tomado Parcialmente de SIDA Contra Discriminación. CNDH.

Cartilla sobre Derechos Humanos de las Personas que Viven con VIH/SIDA.

Si vives con VIH/SIDA en México estos son tus derechos fundamentales

1.-La ley protege a todos los individuos por igual, en consecuencia no debes sufrir discriminación de ningún tipo.

2.-No estás obligado a someterte a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que vives con VIH o que has desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria decides someterte a la prueba de detección de anticuerpos del VIH, tienes derecho a que está sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.

3.-En ningún caso puedes ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con el VIH o haber desarrollado SIDA.

4.-No podrá restringirse tu libre tránsito dentro del territorio nacional.

5.-Si deseas contraer matrimonio no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección del VIH.

6.-Vivir con VIH o con SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad.

7.-Cuando solicites empleo, no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección del VIH. Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, esto no podrá ser motivo para que seas suspendido o despedido de tu empleo.

8.-No se te puede privar del derecho a superarte mediante la educación formal o informal que se imparte en instituciones educativas públicas o privadas.

9.-Tienes derecho a asociarte libremente con otras personas o afiliarte a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.

10.-Tienes derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerte.

11.-Si vives con VIH o has desarrollado SIDA tienes derecho a recibir información sobre tu padecimiento, sus consecuencias y tratamientos a los que puedes someterte.

12.-Tienes derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar tu calidad y tiempo de vida.

13.-Tienes derecho a una atención médica digna y tu historial médico debe manejarse en forma confidencial.

14.-Tienes derecho a una muerte digna y servicios funerales dignos.

Documento que relaciona en catorce apartados los derechos básicos de las personas que viven con VIH/SIDA en México, con base a la Constitución General de la República y otras legislaturas relativas. Fue elaborada conjuntamente por el grupo GIS-SIDA, Mexicanos contra el SIDA y CONASIDA y puesta a consideración de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, quién la aprobó, La cartilla se hizo pública el 9 de abril de 1992.

4 MODELOS DE INTERVENCIÓN TELEFÓNICA. Antes de mencionar algunos de los modelos de atención telefónica, es importante tomar en cuenta algunas diferencias que existen entre las intervenciones cara a cara y las intervenciones telefónicas.

A) En la atención telefónica, la información que recibe el consejero telefónico se limita a una sola modalidad sensorial: Este factor por sí mismo implica que no contamos con todo el universo de información no verbal que comúnmente complementa la expresión de las ideas, aportando contenidos importantes que la mayor parte del tiempo pasan inadvertidos para el locutor, como los gestos, la postura, la forma de mirar, la posición, el movimiento del cuerpo y una enorme cantidad más de posibilidades que son sin duda una gran ayuda para la comprensión del mundo interno del usuario del servicio.

Tal desventaja se compensa al menos parcialmente con lo clara y expresiva que puede llegar a ser la comunicación verbal al teléfono, ya que además de lo ricas en información que pueden ser tanto las palabras en sí como la forma en que se construyen frases, párrafos y discursos, el sujeto se esfuerza utilizando al máximo todos los recursos disponibles para ser comprendido, que es uno de los principales deseos de todo usuario. Entre estos recursos podemos encontrar alteraciones en el tono, la intensidad, el volumen, la velocidad, la integración, etc. Además existen personas que prefieren y hasta dependen de la comunicación a distancia y de la seguridad que brinda la barrera del cable telefónico, para poder expresar verbalmente y con libertad los contenidos de su mundo interno.

B) El trabajo no es por cita: A diferencia de las posibilidades de privacidad y selección en la admisión que ofrece un consultorio, la puerta de entrada al espacio de atención o campo terapéutico no puede ser "cerrada", impidiendo el paso del usuario, sino que éste puede irrumpir civilizada o impertinentemente en el área de trabajo sin el consentimiento expreso, y aún con la prohibición al respecto por parte del consejero telefónico. El usuario adquiere el control sobre el momento de recibir la atención terapéutica, y ello implica -cuando ya no se trata de una situación de emergencia o crisis emocional, sino durante alguna llamada consecutiva- que su decisión al respecto va a estar siempre, en mayor o menor grado, también al servicio de las resistencias inconscientes al tratamiento.

C) Es más fácil para el usuario decidir unilateralmente el momento de finalizar la sesión: Sabemos que existen momentos en toda psicoterapia en los que el paciente, si se atreviera, se levantaría indignado con el psicoterapeuta y abandonaría el ámbito en el que se desarrolla el tratamiento. Por lo general, las presiones psicológicas, biológicas, sociales y culturales implícitas en la presencia del consejero telefónico y en el estar en su territorio, entre otras, son suficientes para que el usuario controle y cambie de opinión, buscando formas diferentes de resolver la situación que le

provocó tal estado de insatisfacción. Durante la intervención por teléfono tales factores no existen o se revierten, ya que, junto con la posibilidad de anonimato, provocan que se presente con cierta frecuencia el que el usuario corte más o menos abruptamente la comunicación. Dependemos en mayor medida de la capacidad del usuario para controlar su conducta impulsiva.

D)El silencio:El manejo de los silencios, que en muchos tipos de psicoterapia es elemento importante, debe modificarse en este tipo de aproximación. El silencio entre dos personas despierta la ansiedad en ambos que difiere en intensidad según las características individuales. La intervención en crisis por teléfono ha de perseguir, entre otras metas, la reducción de cantidades excesivas de angustia que dificulten o imposibiliten el ejercicio de las funciones vitales del sujeto, ayudando así a la pronta resolución de la crisis actual.

E)Proximidad temporal entre la crisis y la intervención:En la atención telefónica se da la mayor proximidad temporal posible entre el evento o situación que genera la crisis y la intervención especializada; con ello tenemos a nuestro alcance una herramienta invaluable para la obtención de una ganancia terapéutica. Además y contemplando el apoyo psicológico por teléfono como un método de investigación, esta característica es de gran valor para que el consejero telefónico tenga acceso a toda la información pertinente, ya que en el momento mismo de la crisis emocional las resistencias se relajan al servicio de la búsqueda de solución del desequilibrio.

Dentro de los 4 modelos de atención telefónica que se mencionan en este apartado se encuentran: SAPTEL: es un servicio que nació en 1985 después de los sismos que destruyeron gran parte de la ciudad de México, como una iniciativa de la Facultad de Psicología de la UNAM y la Federación Mundial para la Salud Mental (FMSM), teniendo un trabajo conjunto con la Cruz Roja Mexicana. SAPTEL es un modelo de atención para situaciones de crisis emocional o emergencia psicológica, que trabaja las 24 horas del día y los 365 días del año; ofrece también orientación, referencia, apoyo psicológico y

emocional, el trabajo es voluntario. San Francisco AIDS Foundation (SFAF): fundada en abril de 1982 por un grupo de médicos y líderes comunitarios para responder a la epidemia del SIDA. Dentro de los programas de educación de la fundación se encuentran la línea de información en 3 idiomas y creación y distribución de materiales, programas de educación y prevención para mujeres, un programa multicultural, atención directa a personas impactadas por el VIH/SIDA, programas de prevención y reducción de riesgo con respecto al VIH/SIDA para el público en general. La línea de emergencia, es un programa de SFAF, provee información sobre el VIH/SIDA, apoyo emocional y referencias en Inglés, Español y Filipino (trilingüe) para todos los residentes de California, y también se da servicio a personas sordas con una línea TDD (telecomunicaciones para sordos y minusválidos del oído). El trabajo es voluntario.

AYUDATEL: empezó a funcionar en agosto de 1996, como una línea de apoyo creada por el impacto de la epidemia del VIH/SIDA, en cooperación con la Manta de México (organización no gubernamental dedicada a la prevención, educación y sensibilización en torno al VIH/SIDA por medio de cursos y con exposiciones de mantas). Esta línea da apoyo emocional a personas impactadas por el VIH/SIDA, información general sobre el VIH/SIDA, sobre medicamentos utilizados en el tratamiento, sobre la prueba de detección, evaluación de riesgo, condición de seropositivo y también sobre sexualidad. El trabajo es voluntario. DE JOVEN A JOVEN (orientación telefónica al adolescente): fue un programa piloto apoyado por CONAPO, creado en 1994, por el alto índice de embarazos adolescentes y por las enfermedades de transmisión sexual (ETS), con el fin de espaciar más tiempo entre el embarazo en adolescentes y para prevenir la ETS. Esta línea da información sobre educación sexual, drogadicción, orientación vocacional entre otros y apoyo emocional e intervención en crisis. Actualmente forma parte de los programas especiales de Locatel. El trabajo no es voluntario, los consejeros son empleados.

Dependiendo del tipo de línea de emergencia que sea y los objetivos de la misma, es el perfil que los consejeros deberán de cumplir o

cubrir y la capacitación teórica que los mismos reciben; por ejemplo en SAPTEL la parte teórica de la capacitación incluye: teoría de las neurosis, suicidio, intervención en crisis, depresión, etc. En SFAF y AYUDATEL : información básica sobre VIH/SIDA, intervención en crisis, consejería y asesoría en VIH/SIDA. De Joven a Joven: educación sexual, orientación vocacional, ETS, violación y maltrato familiar, intervención en crisis, etc. Incluyendo en todos estos modelos como parte de la capacitación cursos, conferencias, supervisión de casos (en donde los expertos ilustran diversas formas de intervención, adecuada para cada situación). Dentro de la capacitación práctica que reciben los consejeros de este tipo de líneas se encuentra, la simulación de llamadas (por medio de juego de roles), en donde los supervisores juegan el papel de usuario y los consejeros deben atender dicha llamada, así los supervisores señalan los aciertos y errores que se vieron en la intervención. La capacitación es muy importante, ya que permite detectar en qué temas los consejeros pueden tener cierta dificultad en tratar o abordar o en los que requiere más apoyo, y da indicios de en dónde se debe reforzar más la capacitación.

Es importante mencionar que en este tipo de líneas de emergencia, siempre hay un supervisor o coordinador de turno, en caso de ser necesaria su participación o intervención en alguna llamada difícil, siempre están allí para auxiliar a los consejeros. El objetivo de estas líneas es ayudar a la gente con la información correcta (dependiendo de su campo de acción), dirigir a los usuarios a un servicio apropiado (en caso de ser necesario), apoyarlos emocionalmente (escucharlos hablar sobre sus sentimientos , esperanzas, emociones, miedos, prejuicios, angustias, penas, éxitos, etc.), además de brindar el anonimato y/o confidencialidad.

Este tipo de líneas beneficia a la comunidad actuando de 4 formas diferentes:

1.-Proporcionan información relacionada con servicios que brinda la línea (campo de acción), a cualquiera de los tres niveles de intervención:

- a. Primario o preventivo.
- b. Secundario o de tratamiento.
- c. Terciario o de rehabilitación.

2.-Canalizan o funge como enlace entre el usuario y el servicio especializado que éste requiera.

3.-Apoyan psicológicamente con intervención en crisis en casos de emergencia, pudiendo ofrecer a la vez otras formas de intervenciones breves y gratuitas.

4.-Para muchas personas, éstas líneas representan la única opción viable de intervención que le permita reorientar su vida, así como desarrollar estrategias y habilidades para un mejor funcionamiento individual y social.

El objetivo fundamental del orientador o consejero telefónico es jugar un papel de facilitador de los procesos de los usuarios, usando al máximo su habilidad profesional a través de una escucha activa y empática que le permite entender, centrar el problema y demanda del usuario y brindarle apoyo pertinente y eficaz. El proceso de facilitación que se utiliza para la capacitación de los consejeros u orientadores comprende 7 fases:

1) HACER CONTACTO PSICOLOGICO.

El principal vehículo para lograr el contacto con el paciente es la voz del consejero, no sólo incluye lo que dice sino cómo lo dice, El tono del consejero debe ser calmado y alentador, para que el paciente se sienta comprendido y aceptado. Los consejeros deben aprender a responder con calma y control, el consejero debe de estar muy atento a los sucesos y sentimientos, y hacer uso de exposiciones reflexivas, empáticas, que permitan al usuario saber que el consejero escucha,

comprende lo que le está diciendo. Para este primer contacto psicológico es importante el proceso de la escucha activa, el cual consiste en atender con cuidado los mensajes que transmite el usuario, el orientador comunica comprensión y empatía al reformular y resumir las afirmaciones explícitas del usuario, al atender y comentar las señales verbales y paraverbales. El orientador hace preguntas específicas y pertinentes, aclara, informa, cuestiona, confronta, comprende, reformula, se involucra activamente con el usuario en la búsqueda de soluciones viables. El contacto psicológico tiene por objeto:

-Abrir la comunicación: Hacer sentir al usuario que es escuchado, aceptado y que recibirá ayuda. El orientador transmite su actitud de calidez, interés y atención por medio de un tono de voz amable y seguro.

-Propiciar la expresión de sentimientos: El uso de preguntas o comentarios que permiten al usuario iniciar la conversación con su propio estilo: ¿De qué quieres hablarme?, Cuéntame ¿Qué te sucede?, ¿Cómo te sientes?.

El orientador debe estar atento a las inflexiones de voz, velocidad, risa, suspiros, llanto, silencios, tartamudeo, entonación, estilo, calidad del discurso, bloqueo, acentuación, claridad, cambios frecuentes en el tema, omisión de contenido, omisión de letras y/o sílabas; para de esta forma poder entender las percepciones y sentimientos del usuario y estimularlo a que hable de sus sentimientos en relación con la situación que está viviendo. Durante la interacción (escucha activa) el orientador puede responder al usuario sin interrumpirlo pero sí indicándole comprensión y animándolo a continuar, un ejemplo de esto sería el parafraseo. El formular preguntas claras y precisas favorece la expresión de sentimientos. ¿Cómo te sientes?, ¿Desde cuándo te sientes así?.

-Enfatizar la empatía: Carl Rogers señala que la comprensión empática y precisa del conocimiento que la persona tiene de su propia

experiencia, significa acercarnos a su mundo como si fuera el nuestro, sentir su coraje, miedo, confusión como si fueran los propios, pero sin que se mezclen con la propia experiencia de esos sentimientos. El orientador debe estar totalmente atento para percibir los sentimientos del usuario. La empatía establece confianza, armonía y favorece la conducta autoexploratoria más adelante. La empatía es acompañar, escuchar, experimentar con el otro, como si yo pudiera meterme en su piel o en sus zapatos, para ver qué se siente ser esa persona y cómo se ve el mundo con sus ojos

-Reducir la angustia emocional: La angustia excesiva puede ser paralizante, tiende a bloquear la actividad del sujeto. En este caso es necesario facilitar la expresión de emociones, sentimientos, temores y dar apoyo emocional.

2) FOCALIZAR EL TEMA O DEMANDA EN EL AQUÍ Y EL AHORA.

Esta fase consiste en interactuar dinámicamente con el usuario e identificar su demandá central, delimitándola en el aquí y el ahora, en una situación concreta. Focalizar el tema o demanda significa centrar la consulta en una situación específica; esto puede lograrse a través de preguntas relacionadas con el "cómo", "qué", "cuándo", o "dónde", más que con preguntas acerca del "por qué". Es necesario explorar los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales que conlleva la situación que expone el usuario. Tema o demanda se refiere al motivo de consulta planteado. El aquí y el ahora significa traer la situación al presente.

Quando el usuario se muestre inicialmente disperso y/o vago en su formulación, se requiere escuchar con atención su planteamiento y si es necesario, reformular su pregunta y reflejársele para así corroborar que entendimos.

Cómo centrar el tema en el aquí y el ahora: El orientador no puede hacer descubrimientos para el usuario, sólo puede facilitar el proceso en éste. Las preguntas básicas para trabajar la estructura de una demanda son: ¿Qué sucede?, ¿Con quién sucede?, ¿Cómo sucede?,

¿Qué haces?, ¿Cuándo sucede?, ¿Qué o cómo te sientes?, ¿Dónde sucede?, ¿Qué deseas que ocurra?, ¿Con qué sucede?, ¿Qué esperas que ocurra?. Una vez que el orientador ha focalizado el tema o demanda, lo refleja al usuario para reconstatar y fortalecer los procesos de reorganización y conscientización de éste, así como para asegurar que realmente se está atendiendo a la demanda principal y de mayor interés del usuario.

3) EXAMINAR LAS DIMENSIONES DEL TEMA O DEMANDA.

Se trata de explorar los obstáculos, recursos y/o apoyos potenciales de que dispone el usuario para afrontar la situación en el aquí y el ahora. Para poder hacer esto hay que:

-Detectar y discriminar las necesidades inmediatas: Jerarquizar las necesidades del usuario dando prioridad a lo urgente e inmediato y dejando en un segundo nivel aquellas necesidades que se pueden posponer.

-Detectar factores de riesgo: Evaluar el riesgo de mortalidad anteponiendo la seguridad física y psíquica del usuario como principio ético. Dependiendo del motivo de consulta y del nivel de interacción se pueden tomar en cuenta variables como: la edad y sexo del usuario, su historial médico-psiquiátrico, los efectos del alcohol y/o de cualquier tipo de fármaco, prueba y juicio de realidad, su estado emocional, riesgo suicida, planeación e historia de intentos previos, así como, determinar y clarificar otros factores en su contexto familiar y social.

Factores de Riesgo: dentro de estos podemos encontrar los factores referentes a: la salud (elementos que constituyen un riesgo para la salud), sexualidad (factores relacionados con el desconocimiento o falta de información sobre la sexualidad, sentimientos y sensaciones en relación con las creencias, valores y temores relacionados a ella) adicciones (situaciones de riesgo relacionadas al acercamiento y/o exposición al alcohol, drogas etc.), actos antisociales (elementos relacionados con la exposición, involucramiento o realización de

actos como robos, agresión, venta de drogas y otros actos ilegales), eventos negativos de la vida (eventos significativos que provocan situaciones de duelo, depresión, actitudes negativas o riesgo de desorganización de la personalidad.

-Explorar los recursos personales, así como las redes de apoyo familiar y social de que dispone el usuario, identificando así factores de protección a nivel individual y social: determinar hasta qué punto se encuentra alterada la vida del usuario y los efectos de dicha alteración en su entorno (pareja, familia, amigos, etc). Buscar información para determinar con qué recursos personales (psíquicos, emocionales y conductuales), de pareja, familiares, comunitarios y socioculturales cuenta el usuario, qué estrategias ha empleado con éxito en el pasado y no está empleando en el presente y qué otras personas suelen o pueden ser un apoyo para él.

-Explorar motivaciones que implican riesgos no reconocidos por el usuario: Exploración a nivel de conocimientos, creencias, fantasías catastróficas y/o dudas en torno al tema en cuestión. Hay que ubicar y determinar cualquier otra duda en torno a la consulta.

4) EXPLORAR ALTERNATIVAS Y SOLUCIONES POSIBLES.

El hecho de que una persona llame a la línea telefónica, proporciona algún indicio sobre las dificultades para llegar a soluciones de la crisis. Los usuarios con frecuencia, agotaron sus recursos personales y sociales. En el contacto telefónico se pueden averiguar las vías que ha tratado el usuario, y explorar los obstáculos que se ha encontrado, etc. El principal objetivo es identificar una o más soluciones a las necesidades inmediatas y de mediano plazo que requiere el usuario, estableciendo prioridades y metas concretas. Explorar los recursos reales con los que cuenta el usuario. También hay que revisar conjuntamente con el usuario la viabilidad de las posibles soluciones.

Para encontrar posibles soluciones a un problema el usuario necesita reconocer que éste es suyo, responsabilizarse de sus actos y sus

consecuencias. El orientador promueve en el usuario la autoresponsabilidad y facilita la búsqueda de posibles soluciones. En las llamadas de intervención en crisis el orientador será directivo, esto es adoptará funciones de "yo auxiliar" de tal forma que el usuario encuentre alternativas de forma inmediata, aún cuando posiblemente se encuentre desestructurado. Después de establecer una alternativa es conveniente enlistar los recursos que a consideración del usuario favorecerán la consecución de ese objetivo, así como los posibles obstáculos.

Al llegar a este punto el orientador puede optar entre:

*Ayudar a elegir los caminos más prácticos, que por lo mismo tengan mayor probabilidad de consecución. Para esto se pueden utilizar varias técnicas, una de ellas es la "lluvia de ideas", en donde participan tanto el orientador como el usuario, esto es recomendable en caso de existir recursos que aún no hubiesen sido explorados.

*Ayudar a elegir rutas donde no haya muchos obstáculos, utilizando técnicas como la de "escape", en la cual el orientado invita al usuario a imaginar qué sería lo peor y/o más grave que le puede suceder si se decidiera optar por determinada situación. Con lo cual le ayudará a prevenir el peor resultado.

*Ayudar al usuario a ordenar de forma sistematizada su acción, esto es progresiva y gradualmente.

5) ESTIMULAR PARA PRACTICAR LAS HABILIDADES ADQUIRIDAS Y GENERALIZAR SU APLICACION.

Hay que ayudar al usuario a sentirse capaz de establecer el enfrentamiento a su problema, ayudar al usuario a tomar la acción para la resolución.

Esta fase tiene como objetivos:

- 1) Estimular a los usuarios para que pongan en práctica las habilidades para manejar problemas; propuestas en la fase anterior.
- 2) Incrementar al máximo las oportunidades de un cambio generalizado.

Para lograr estos objetivos el orientador puede utilizar una variedad de técnicas, algunas de ellas son:

ENSAYO IMAGINADO: Se trata de ensayar las habilidades para enfrentar el estrés que generan las situaciones difíciles. A partir del material surgido en la llamada, el usuario y el orientador elaboran una jerarquía de escenas, desde las menos, hasta las más estresantes. Como en la desensibilización, se pide al usuario que se imagine afrontando escenas progresivamente más amenazantes mientras permanece relajado. El objetivo es que los usuarios aprendan a observar, incluso a prever, las señales de desazón de modo que puedan convertirse en señales que produzcan respuestas de afrontamiento, es decir, la utilización de las habilidades de afrontamiento que han adquirido. esta técnica puede ayudar al usuario a identificar obstáculos potenciales y distanciar, u objetivar, los acontecimientos estresantes, dándoles un matiz de algo ya visto.

ENSAYO CONDUCTUAL; REPRESENTACION DE PAPELES Y MODELAMIENTO: En términos generales se trata de que el usuario y el orientador prevean las interacciones estresantes y ensayen desde el punto de vista de la conducta de las formas de afrontamiento. El usuario y el orientador pueden intercambiar sus papeles, en ocasiones, de modo que éste pueda modelar respuestas de afrontamiento específicas, así como también la expresión de pensamientos y sentimientos que con toda probabilidad, experimentará el usuario. Cuando el usuario representa el papel del orientador, mientras éste adopta el papel de "usuario con problemas", es muy probable que el cambio de actitudes de aquél se acelere, pues se ve obligado a generar estrategias, comentarios, etc. Esta estrategia ayuda al orientador en la evaluación de la comprensión que el usuario ha logrado de las habilidades de afrontamiento. Es necesario subrayar la necesidad de flexibilidad, pues las respuestas de afrontamiento eficaces en una situación pueden fallar en otra. Conviene estimular a los usuarios a prever situaciones con alto riesgo de fracaso.

EXPOSICION "IN VIVO" GRADUADA (TAREAS): Aunque la intención del programa de orientación telefónica no es proporcionar una terapia completa, en aquellos casos en que se atiendan llamadas subsecuentes, el orientador puede aprovechar para reforzar y tratar de perfeccionar las habilidades de afrontamiento trabajadas y solucionar las dificultades que hayan surgido.

6) CIERRE.

- a) Resumir con lenguaje sencillo y claro las alternativas encontradas y las acciones a realizar.
- b) Motivar a llevar a cabo las acciones, si hay canalización explicar la importancia de que asista y los beneficios que esta le puede dar.
- c) Recordarle que puede llamar nuevamente para informar sobre los resultados de la canalización.
- d) Si el usuario es parco, preguntar si tiene alguna otra duda con respecto al tema planteado y, dejar abierta la posibilidad de volver a hablar cuando tenga inquietudes.
- e) Promocionar las horas de servicio de la línea y el anonimato, ponernos a sus ordenes y despedirnos.

7) SEGUIMIENTO.

Si bien el programa de orientación telefónica no pretende dar atención continua, a los usuarios se les sugiere que reporten los resultados de la canalización, para asegurar que esta recibiendo el apoyo necesario, pero nada más.

Dentro de la capacitación práctica que reciben los consejeros u orientadores telefónicos, hay ciertos consejos que son importantes al estar ya en el teléfono y son los siguientes:

Como dar un buen servicio telefónico:

-Es necesario cultivar el oído y la voz para captar y transmitir lo que percibimos. Altura (que tan aguda o grave es la voz), velocidad (las personas ansiosas hablan muy rápido y las deprimidas despacio), modulación (cambios en la voz), rigidez o flexibilidad de la persona

(que tan cambiante puede ser), ritmo (velocidad que le doy a ciertas frases y acentuaciones).

Que hacer al estar al teléfono:

-Antes de atender la llamada, es recomendable alcanzar internamente un estado de relajación y contacto personal.

-Es necesario atender cualquier llamada con la misma consideración.

-En la interacción antes que otra cosa debe buscarse el contacto persona a persona.

-Asegúrese durante la interacción de mantener un ritmo tranquilo en la emisión.

-No se desespere en caso de que la intervención sea difícil y soporte el peso de la interacción cuando sea necesario.

-Trate de mantener a la vez, una escucha atenta y un buen contacto con los sentimientos personales que se están generando.

-Si la interacción se dificulta, anime al otro a hablar con frases adecuadas, asegurándose que el interlocutor perciba que es entendido y aceptado integralmente.

-Hay que asegurarle al otro que le estamos poniendo atención. Para lograr esto puede utilizar la empatía primaria, la secundaria y frases de apoyo y aliento.

Empatía primaria: asegúrale al otro que entiendes su mundo como él lo ve. Empatía secundaria: no sólo transmitirle al otro lo que nos dijo, sino clarificarle lo que él nos dijo.

-Una vez que la interacción ha adquirido cierta fluidez, puede favorecer un clima catártico en primera instancia, procurando apoyar en todo momento al usuario.

-Evite los silencios prolongados.

-Transmite tanto actitudinalmente como verbalmente que el poder de la interacción recae en su interlocutor (paciente).

-En una tercera fase de la interacción puedes promoverle la clarificación y organización de sentimientos y conductas. Para ello es útil el espejo, la exploración, la confrontación, el resumen, etc.

-No olvidar que no somos omnipotentes, y no podemos resolverle los problemas al usuario, y admitir cuando no estamos en condiciones de prestar ayuda.

-Hacia el final de la intervención podemos propiciar que el paciente explore probables alternativas de solución.

-No es recomendable dar consejos, sermones, juicios valorativos, interpretaciones o cualquier cosa que haga al otro sentirse enjuiciado.

CAPITULO II

FORMAS DE INTERVENCIÓN EN VIH/SIDA.

Como ya se ha mencionado, el VIH/SIDA es un padecimiento que genera fuertes discriminaciones, miedos, angustias, estigmatización, mitos, etc., y que además acarrea efectos negativos hacia las personas afectadas directa o indirectamente, ya que tanto la persona infectada como sus familiares, amigos, pareja, etc., sufren los efectos negativos de dicha enfermedad. Estos efectos se ven reflejados en la vida emocional y social de estas personas, y es por esto que las personas impactadas por VIH/SIDA en algún momento de la enfermedad necesitan algún tipo de ayuda, apoyo o intervención para poder sobrellevarla. Algunas de estas formas de intervención se presentarán aquí.

"LA COMUNICACIÓN LIBERADORA." (Por Juan Lafarga Corona)

1) La primera trampa de la comunicación: El intercambio de información no es necesariamente comunicación. Dar y recibir información, aunque ésta sea muy completa y erudita, no es comunicación y menos todavía, recibir pasivamente proporciones masivas de datos abstractos o concretos. Intercambiar verdades propias sin que exista la escucha y la comprensión, tampoco es comunicación.

La mayor parte de los así llamados diálogos entre científicos y educadores, son meros monólogos disfrazados de interacción, son mensajes individuales emitidos por torres de marfil, protegidas e inaccesibles. Cada una de estas torres transmite su propio mensaje y sólo espera que los demás terminen de hablar para lanzarlo. La mayor parte de los participantes en estos diálogos no escucha, es decir, no entiende ni comprende los mensajes de los demás y únicamente oye con un mínimo grado de interés.

Algunos escuchan con atención para juzgar y enjuiciar lo escuchado y otros pocos, excepcionalmente, escuchan poniéndose "en la piel", o "en los zapatos", del que habla y aprenden de lo escuchado par

finalmente emitir un mensaje auténtico, honrado, sobre lo que acaban de aprender.

La mayor parte de los comunicadores tienen tiempo e interés para emitir su mensaje. Muy pocos para recibirlo con interés comprensivo y afectuoso, muchos se dan tiempo para oír, enjuiciar y descalificar, muy pocos escuchan, validan, entienden y cuestionan con honradez.

El intercambio de información y de verdades propias, sin la mediación del proceso de escucha comprensiva, genera aprendizajes tan superficiales como efímeros y lleva al aislamiento y a la soledad.

2) Otras trampas de la comunicación: Hay que reflexionar sobre algunas pautas de la comunicación que se da no únicamente entre las parejas, sino en las mismas profesiones de ayuda como son los terapeutas, psicólogos, médicos, sacerdotes, jefes en general, educadores y orientadores.

Estas pautas son producto del aprendizaje en una cultura que considera como valores supremos del proceso educativo, el ejercicio de la autoridad impositiva del que enseña y la sumisión a las enseñanzas .

A) Etiquetar desde la competencia profesional o desde la experiencia: Una persona con experiencia profesional o simplemente adquirida a lo largo de la vida, con cierta perspicacia y relativa facilidad, emite diagnósticos sobre las personas y acontecimientos que pueden inclusive ser muy válidos.

Sin embargo, la trampa está en que estas instituciones, de naturaleza hipotética, con facilidad se transforman en etiquetas estáticas que acompañan a las personas o a sus grupos toda la vida. El diagnóstico, aun en el ámbito médico, tienen la gran desventaja de acentuar los elementos enfermos o negativos de la realidad, muchas veces desestimando los recursos y características saludables de las personas y sus entornos.

Cuando además se convierte en una etiqueta estática, niega y efectivamente previene la posibilidad de cambio. En realidad, el diagnóstico etiquetante es un prejuicio que cierra las puertas de cualquier forma de comunicación auténtica.

Cuando un maestro habla con un "estudiante problema", y considera que éste no puede ser corregido o ayudado, el maestro está obstaculizando la raíz de la comunicación y previene por consiguiente cualquier posibilidad de cambio. Además, toda persona es un proceso cambiante lo cual nos llevaría a pensar que cualquier conducta puede ser modificada.

B) Pontificar desde el puesto de la autoridad o en nombre de Dios y de la religión: Una de las características de algunas personas que han llegado a ocupar puestos de autoridad, es la de hablar dogmáticamente y tratar de imponer a los demás los propios puntos de vista, apoyándose no tanto en su saber y calidad humana, sino en la posición de autoridad que les da el puesto que ocupan.

Cuando estas personas dogmatizan en nombre de Dios, como algunos sacerdotes y ministros, y, todavía peor, basan sus propios puntos de vista en supuestas verdades absolutas de la religión, adquieren una enorme capacidad de poder para la manipulación.

C) Aconsejar y proteger desde la sabiduría del padre: Una de las características más sobresalientes de la cultura mexicana que se manifiesta en todos los ámbitos de la interacción social, tanto en la pareja, como en la familia, como en la escuela, la religión, el trabajo, en el psicoanálisis, la psicoterapia y en la simple amistad, es el paternalismo.

En México, cualquier persona que genuinamente se interesa por otra en forma personal, empieza o acaba dándole consejos. El padre, la madre, el jefe, el sacerdote, el psicoanalista y el amigo, toman la posición de expertos, fuentes de sabiduría, desconfían de la capacidad del

otro para intentar nuevos caminos y llegar a las propias respuestas; interpretan, orientan, indican el camino a seguir.

El mensaje es "porque yo sé y tú no sabes" "porque yo quiero tu bien, tú debes seguir mis indicaciones y aceptar mis interpretaciones de la realidad". ¿Cómo se puede hacer a un lado la sugerencia de alguien que te ama y te habla en nombre de la experiencia y de la ciencia humana y a veces de la sabiduría divina?.

Es muy claro que la mayor parte de los consejos dados no son puestos en práctica ni por quienes los dan. El que recibe los consejos generalmente no los sigue, se queda únicamente con el afecto y la buena intención del que se los da. Y si los sigue, en general no le dan resultado, porque la persona que los dio es distinta a él y vive en circunstancias diferentes. Y si de veras le dan resultado, tampoco le va bien, pues el seguir consejo de otro hace a la persona más dependiente y dispuesta a seguirlos pidiendo.

D)Reaccionar en lugar de actuar: Tal vez la trampa más difícil de evadir en la comunicación personal es la de reaccionar a la conducta de otros, en lugar de actuar por las propias convicciones. Que difícil es no ser agredido cuando soy agredido; no ser autoritario con quienes se ponen a mis órdenes; no ser complaciente con los obsequiosos; no orientar al que ésta pidiendo; no sentir obligación cuando alguien da muestras de cariño y agradecimiento. Todos manejamos mal la comunicación cuando interpretamos, orientamos, modificamos o en alguna otra forma queremos cambiar al otro al margen de su propia conducta, al margen de su propia, única, genuina e irrenunciable autodeterminación.

3)El proceso de liberación: Al hablar de comunicación liberadora se hace referencia a un proceso de aprendizaje, dinámico y cambiante, diferente para cada persona, pero que tiene que ver con el rompimiento de vínculos internos de dependencia y esclavitud que se manifiestan en la propia comunicación.

¿Qué entiendo por comunicación? El intercambio del ser no únicamente del decir. Cuando el ser y el decir coinciden, el decir y la palabra adquieren toda su fuerza. Cuando no corresponden, la palabra se desvanece ante la contundencia de la acción. Por eso la comunicación no verbal tiene mucho más fuerza que la verbal es, ante todo, el propio comportamiento. Todo lo que diga será tarde o temprano corroborado o contradicho por mi conducta.

¿Qué entiendo por liberadora? El proceso de ir rompiendo hábitos antiguos de comunicación. Pasar gradualmente del monólogo a la escucha activa, comprensiva y empática que transmite genuinamente el mensaje "te entiendo".

Del monólogo a la expresión genuina del propio sentimiento y del propio significado, no como expresión absoluta de la realidad, sino como la forma propia de percibir la realidad cambiante de uno mismo y del entorno.

Es ir pasando gradualmente del "así es" a "así lo capto., así lo percibo". Es pasar del "sólo mi mensaje tiene valor" a valorar igualmente lo que el otro dice y yo escucho, y lo que yo transmito como mi propia percepción de la realidad.

Se entiende también por comunicación la claridad en el mensaje. Si no me comprenden aquellos a quienes hablo, la responsabilidad de la incomunicación será mía. Lo más difícil y complejo puede ser comunicar con sencillez, cuando el que comunica, piensa con claridad.

Comunicarse, es asumir la responsabilidad de la limitación de la subjetividad del campo conceptual en cada persona, por más inteligente e ilustrada que ésta sea. Comunicarse es asumir la responsabilidad de los significados diferentes que para cada uno tiene la percepción de la realidad. Es darnos mutuamente el derecho de percibir diferentemente la misma realidad y aprender de estas diferencias, enriqueciéndonos con ellas.

El núcleo profundo de la comunicación liberadora está en pasar de la propia verdad elevada a la categoría de "única verdad", a concedernos mutuamente el derecho humano de tener verdades diferentes, de ser diferentes, de pensar, sentir y actuar diferentes.

4)Elementos del Proceso: La alternativa al intercambio de información y de verdades propias es el desarrollo de la capacidad de escucha activamente empática. Sólo cuando el emisor del mensaje se convierte también en el receptor se convierte también en emisor y cuando la escucha no es meramente pasiva, sino activamente empatizante, existe la verdadera comunicación.

Tal vez comunicarse sea ante todo escuchar. Por esto probablemente existan tan pocos comunicadores, porque comunicarse es primero y básicamente recibir activamente, comprendiendo, apropiándose de la realidad del otro y transformándola en propia. Sólo un receptor profundamente atento a su interlocutor puede producir un mensaje verdaderamente significativo. Hay pocos comunicadores genuinamente interesados en el mensaje que viene de otro interlocutor, es decir, capaces de escuchar.

La necesidad de ser escuchado surge de otra necesidad más amplia, la que tiene cada persona de ser ella misma, única e irrepetible en el universo, y de ser conocida, respetada y amada como ella realmente es y no como sería bueno que fuera, según los criterios de los demás. Ser escuchado significa estar en compañía significativa, y estar en compañía comprensiva y afectuosa es una de las necesidades psicológicas más importantes del ser humano.

Es relativamente fácil emitir el propio mensaje y muy difícil recibir con interés comprensivo y afectuoso el mensaje de los demás.

La pauta cultural de escucha: Oír para enjuiciar y descalificar puede ir siendo gradualmente sustituido por escuchar para validar, entender y cuestionar, que son los genuinos ingredientes del diálogo.

¿Cuál es la alternativa al diagnóstico etiquetante o a los prejuicios racionalizados que se manifiestan bajo capa de experiencia o preparación profesional?

Probablemente el intercambio de hipótesis descriptivas sobre la realidad, o de formas tentativas de entender a las personas y los acontecimientos en el presente, abiertas siempre a la precisión y al cambio. La comunicación mutuamente empática es el instrumento para deshacer prejuicios y percepciones rígidas, y para llevar a cabo descripciones y evaluaciones de la persona, tentativas e hipotéticas, capaces de ser enriquecidas a través de nuevo diálogo y nueva comunicación.

¿Y cuál es la alternativa a la imposición y al manejo autoritario de los mensajes?

La alternativa al paternalismo es una comunicación horizontal a niveles de igualdad personal -a pesar de todas las diferencias- mutuamente empática honrada, sin proteger ni ser protegido, afectuosa y no absorbente ni manipuladora, que da a cada persona la libertad de ser él mismo y diferente.

CONSEJERÍA. El rol del consejero no es solucionar los problemas de la gente, sino ayudarlos a encontrar sus propias soluciones. Utilizando destrezas para escuchar activamente, el consejero ayuda a la otra persona a clarificar sus pensamientos, y a explorar varias opciones y soluciones.

Dos puntos importantes que hay que tomar en cuenta como consejeros son:

1)Mostrarle al cliente que se interesa por él o ella.

Hay 4 actitudes que indican que se interesa por el cliente:

*Comprensión: ponerse en el lugar del cliente, tratar de sentir lo que el otro siente.

- *Respeto: ser amable y cortés, no juzgar ni criticar.
- *Sinceridad: decirle la verdad al cliente, no tratar de retener información que éste desea.
- *Confidencialidad: respetar la vida privada del paciente.

2) Proporcionarle información que el cliente comprenda.

La información que el consejero proporcione debe ser clara y correcta, para asegurarse que la información quede clara:

- *Usar palabras y frases cortas.
- *Usar palabras que el cliente comprenda.
- *Hacer pausas de vez en cuando y preguntarle si entiende.
- *Preguntar si quiere saber algo más.
- *Pedirle que repita la información, así sabremos que ha entendido.

Hay 5 destrezas que nos ayudarán a poder efectuar nuestro trabajo como consejeros:

1) Destrezas no verbales y mínimamente verbales: Esta destreza, es conocida a veces como "El arte de escuchar con la boca cerrada", y ayuda a escuchar a otros de una forma más efectiva y con empatía. Escuche lo que le dice y cómo se lo dice, observe su tono de voz, las palabras que usa. Póngase en el lugar del cliente mientras él/ella le esta hablando. Guarde silencio por momentos, dele tiempo de reflexionar, hacer preguntas y hablar. Siga el ritmo de la conversación del cliente; escúchelo con atención, en lugar de estar pensando en lo que debe responder. Repita de vez en cuando lo que ha oído y pregúntele si lo esta expresando correctamente; así, tanto usted, como el cliente sabrán que usted ha comprendido.

En este caso podemos utilizar 6 elementos:

- 1) Confirmar que entendimos: a medida que el paciente habla, decir, Sí..., ajá... etc.
- 2) Iniciadores: expresiones que incitan al paciente a seguir hablando, como.- O.K., sigue por favor..., explicame más, por favor...
- 3) Preguntas abiertas: incitan al paciente a seguir hablando.

4) Parafrasear: buscar el mensaje y tratar de explicar lo que él te ha dicho.

5) Silencio: no decir nada.

6) Reflexionar; frases que indiquen al paciente que entiendes sus sentimientos aún cuando él no los haya expresado claramente.

2) Parafrasear: Para poder parafrasear correctamente lo que alguien esta diciendo, tienes que poder escucharlo correctamente. Otra técnica para escuchar bien es reflejar o devolver a la persona que habla algo de lo que tú has entendido de lo que te ha dicho. Más que repetir lo que te ha dicho, puedes formularlo de otra manera, para mostrar que has entendido lo que te ha querido transmitir. Si lo que entendiste no es correcto, esto dará la oportunidad a la persona que habla de expresarse mejor. El escuchar reflexivo o de reflejo se enfoca en los sentimientos de el que esta hablando, trata de ayudarlo, de entender sus reacciones y verbalizarlas, el que escucha puede hacer preguntas al otro para ayudarlo a clarificar sus sentimientos, pero no da sugerencias ni comentarios y no trata de resolver el problema, el que esta escuchando debe reflejar, y no adicionar nada más.

Parafrasear bien lo que alguien ha dicho ayuda a esa persona a clarificar lo que está diciendo y demuestra que tú la entiendes. Un parafraseo es una declaración corta, tentativa, que refleja la esencia de lo que la otra persona acaba de decir. Un buen parafraseo.- captura la esencia de lo que dijo la persona, transmite el mismo significado, pero usualmente con palabras distintas, es corto (debe ser más corto que lo que dijo la persona), es claro y conciso, ayuda a clarificar las cosas y no a confundirlas, es tentativo (queremos que la persona se sienta lo suficientemente cómoda, para decir que no está de acuerdo con lo que se acaba de decir o para corregir si se dijo algo errado).

Razones para parafrasear: para verificar que entendiste, para clarificar lo que dijo la persona (a menudo el parafraseo ocasionará que salgan otros pensamientos o sentimientos), dar empatía correcta

("Estoy contigo...te sigo"). El parafraseo debe ser corto y tentativo, algunas frases comunes para empezar el parafraseo son: "Déjame ver si entiendo...", "Suena como...", "Creo que lo que estás diciendo...", "En otras palabras...", una buena forma de terminar el parafraseo es preguntar; "¿Eso es correcto?".

3) Preguntas abiertas: Son aquellas que alientan a la persona a hablar sin ponerse a la defensiva. Las preguntas bien hechas motivan a la persona a explorar sus pensamientos y sentimientos, y a buscar la solución a sus problemas.

¿Qué es una pregunta abierta? Es una pregunta que no se puede contestar con una o dos palabras, usualmente comienza con las palabras "cómo" o "qué", estimula a la persona a hablar.

¿Qué es una pregunta cerrada? Es una pregunta que puede ser contestada diciendo solamente "sí", "no" o alguna otra palabra, comienza con las palabras "es", "has", etc., desalienta a la persona.

¿Cómo hacer preguntas eficaces? Use un tono de voz que muestre interés, atención y amabilidad. Haga una sola pregunta a la vez, espere la respuesta. Haga preguntas que no puedan ser respondidas con un simple sí o no. Las preguntas abiertas animan al cliente a seguir hablando. Use expresiones como "y entonces...", "ajá...", "veo...", "¿y?", "¿a sí?"; estas palabras animan al cliente a seguir hablando. Evite comenzar las preguntas con "¿por qué?", ya que suena a veces como si estuviera juzgando a la persona. Haga la misma pregunta pero de diferentes formas si cree que el cliente no ha comprendido. Indague un poco más para asegurarse de que el cliente ha respondido a fondo.

El uso de preguntas abiertas con algunos ejemplos:

1-Al comenzar una conversación: "¿De qué te gustaría hablar?", "¿Qué está pasando?".

2-Clarificación y elaboración: "¿Cómo es esto problemático?", "¿Qué quieres decir con _____?", "¿Qué es lo que te molesta en esta situación?".

3-Trabajando con los sentimientos: "¿Cómo te sientes sobre eso?", "¿Cómo es (un sentimiento) para ti?", "¿Cómo te sientes ahora mismo?", "¿Qué te gustaría decirle a él o a ella?".

4-Solución de problemas: "¿Qué opciones tienes?", "¿Qué has pensado hacer?", "¿Qué piensas sobre cada una de esas opciones?", "¿Qué es lo mejor que podría pasar?", "¿Qué es lo peor que podría suceder?", "¿Qué crees tú que va a pasar?".

NO: Hagas preguntas para satisfacer tu curiosidad, preguntes por qué, hagas preguntas complicadas, des consejo al hacer una pregunta ("¿Haz hablado con él?").

SI: Haz preguntas claras y simples, mantén las preguntas en el presente tiempo y lugar y dirígelas a la persona que está ahí, enfócate a los sentimientos, haz preguntas que envuelvan sentimientos "¿Pero cómo te sientes?".

4) Sentimientos: Usando preguntas, reflexionando sobre los sentimientos y usando otras destrezas aprenderás a alentar a la persona que está ayudando a que se ponga en contacto con los sentimientos. Los sentimientos son la causa de casi todos los problemas. Cuando la gente tiene problemas usualmente no es la situación externa la que les molesta y perturba, sino los sentimientos que tiene.

Cómo tratar con los sentimientos del cliente. Cuando se habla de VIH/SIDA, el cliente se puede sentir cohibido, confundido, preocupado o temeroso. ¿Cómo se puede ayudar al cliente a considerar sus propios sentimientos? primero que nada hay que dejar que el cliente exprese esos sentimientos, y si no lo hace, hay que ayudarlo a manifestarlos; hay que prestarle toda la atención posible, escuchar con cuidado y hacerle preguntas claras; demostrarle empatía (capacidad de

y demostrar compasión por los sentimientos y experiencias de la otra persona). Una vez que ya sabemos cuáles son los sentimientos del cliente, hay que manifestárselos con palabras claras y sencillas, para que de esta manera el consejero haga eco de sus sentimientos (es decir sirve de espejo al cliente). No se van a cambiar los sentimientos del cliente, pero al hacerles eco, se le está mostrando comprensión.

Hay 4 pasos básicos a seguir cuando se trabaja con los sentimientos: adquirir los sentimientos (getting the feelings), definir y clarificar los sentimientos, reconocer los sentimientos y asumir responsabilidad por ellos y trabajar con los sentimientos.

*Adquirir los sentimientos: Hay 3 formas de averiguar como se siente alguien: a) hacer preguntas que envuelvan los sentimientos, ¿Cómo te sientes?, ¿Qué emociones tienes en relación a eso?. b) parafrasear los sentimientos expresados verbalmente, cuando alguien expresa sus sentimientos es buena idea parafrasearlos, esto tiende a clarificar las cosas para la persona. c) refleja los sentimientos, la frase reflejar los sentimientos es un poco errónea, porque lo que le estás reflejando a la otra persona son sus expresiones no verbales de sus sentimientos.

*Definir y clarificar los sentimientos: Una vez que se percibe un sentimiento, es importante averiguar que quiere decir esto para la persona, algunas preguntas que sirven para clarificar y definir los sentimientos son: ¿Qué significa _____ para ti?, ¿Cómo se siente estar _____?, ¿Cómo se siente físicamente?, ¿De qué otra manera podrías describir lo que estás sintiendo?.

*Reconocer los sentimientos: Para poder trabajar efectivamente con sus sentimientos, una persona tiene que reconocer y asumir la responsabilidad por sus sentimientos. Cuando uno pone la responsabilidad por sus sentimientos en una situación externa, entonces uno no tiene el poder para cambiar, aún cuando la situación cambie.

Declaraciones que comienzan con frases como: "me hace sentir...", "uno sentiría que..."; son señal de que la persona no esta reconociendo ni asumiendo responsabilidad por sus sentimientos.

Lo que debe hacer el consejero es parafrasear lo que dijo el paciente de tal forma que le pasa la responsabilidad a él, también hacer preguntas cerradas que estimulen al paciente a decir que los sentimientos son suyos.

*Trabajar con los Sentimientos: La verdad es que si de veras se han explorado los sentimientos con la persona entonces va a haber poca necesidad de resolver el problema. Hay que tener cuidado con la tendencia a tratar de solucionar el problema. Es posible que la persona solucione el problema y termine la conversación y todavía se sienta mal. Lo primero que hay que hacer para trabajar con los sentimientos es poner los sentimientos en contexto. ¿Con qué pensamientos y eventos se correlacionan estos sentimientos?, algunas preguntas que nos servirían para esto son: ¿Qué hace que te dé este sentimiento de _____?, ¿En qué situación es que experimentas estos sentimientos?, ¿Qué otros sentimientos asocias con tu sentimiento de _____?, ¿Qué te dices a ti mismo cuando te sientes _____?.

Una parte importante es conseguir que la persona exprese sus sentimientos, y para esto podemos hacer las siguientes preguntas: ¿Cómo te gustaría expresar tus sentimientos?, ¿Qué te gustaría decirle a esa persona?. Si la persona se estanca, puedes ayudarlo haciendo preguntas como estas: ¿Qué es lo peor/mejor que podría pasar?, ¿Qué te gustaría que pasara?, ¿Cómo has trabajado esto anteriormente?, ¿Qué podrías hacer para sentirte mejor?. Si la situación parece no tener solución y la persona no ve ninguna posibilidad de que mejore, entonces probablemente esté estancado, y si la persona de veras está estancada, entonces puede ser que no está asumiendo responsabilidad por sus sentimientos y está dejando que la situación externa lo controle. Hay que recordar que el consejero no es responsable por solucionar los problemas de la persona, ni por "hacer" que él los solucione.

5)Resumen e integración: ¿Qué es un resumen? un resumen debe capturar la esencia de lo que la persona dijo, es breve y tentativo, sirve para verificar tus percepciones, demuestra empatía correcta y clarifica las cosas para ti y para la persona, ayuda a ver a la persona dónde ha estado y a dónde va. Se debe hacer después de explorar los sentimientos y antes de entrar en la resolución de problemas, también cuando se va a cambiar de tema. Integración es el resultado de unir todas las destrezas y utilizar cada una cuando sea necesario.

Recomendaciones Generales sobre Consejería en VIH/SIDA.

1)Objetivos del Tratamiento: El objetivo es establecer una relación social que sea franca y continua en que ambas partes se acepten mutuamente como son. El tratamiento consiste en estar con el paciente, escucharlo y entender lo que él nos está diciendo. Es de suma importancia escuchar con empatía, o sea, con completo entendimiento.

2)Problemas de Control: Se debe estimular al paciente a que desarrolle el papel más activo posible en su propio tratamiento.

3)Ayuda pero no en Exceso: Ayudar a los pacientes a hacer cosas que ellos mismos pueden hacer NO es ayudar. Se debe estimular a los pacientes a que hagan lo más posible.

4)Acrecentar al Máximo la Calidad de Vida del Paciente:Animar al paciente a participar en tantas actividades sociales, recreativas, de ocio y ocupacionales, como su estado de salud permita.

5)Estimular al Paciente a Expresarse y Hablar por sí mismo:Es importante que dejes que sea el paciente el que lleve la conversación y la guíe sobre los temas que desea tocar.

6)Permite la Negación: Si el paciente está utilizando la negación como mecanismo de defensa, deja que lo haga mientras no ponga en riesgo su salud. La negación reduce la tensión.

7)Estimula la Participación en Grupos: Estas reuniones de grupo les ofrecen seguridad y apoyo para discutir temas de interés mutuo y para intercambiar información. Además el grupo tiene siempre un factor social que les reduce el aislamiento.

8)Confiabilidad, Consistencia y Continuidad: El apoyo que ofrecen los consejeros debe ser siempre confiable, consistente y continuo. Igualmente , se debe dar seguimiento al paciente con regularidad, para asegurarse de que está recibiendo tratamiento adecuado una vez que ya ha sido referido a otros servicios.

9)Ser Sensitivo a la Unidad Social del Paciente: Los pacientes están rodeados de amigos, familiares, compañeros de apartamento, amantes, etc. No es extraño que los pacientes experimenten tanta tensión de aquellos que son importantes en sus vidas, como de la enfermedad. Los consejeros deben obtener información de esas personas que funcionan como los soportes habituales del paciente.

10)Dejar que pase Suficiente Tiempo para que se Forme una Alianza terapéutica: Toma tiempo establecer confianza y desarrollar una relación continua y de mutua aceptación.

11)Evitar las Estadísticas: El discutir las probabilidades de morir se puede conducir al paciente al pesimismo, el desánimo y la propia derrota. Además, la información estadística general no se aplica necesariamente a casos individuales.

12)Mantener Contacto Regular con el Médico del Paciente: No es extraño que los pacientes mal interpreten lo que dice el médico. A menudo la ansiedad interfiere con lo que el paciente oye y entiende.

13) Aceptar que nos Utilicen como Blanco: Los pacientes van a encontrar muchas razones para tener coraje y muchas veces lo van a dirigir contra cualquier cosa o persona que esté presente. Los consejeros no deben tomar estos ataques en una forma personal y cuando ocurran se debe intentar llevar al paciente a hablar de ello.

14) Permitirnos Sentirnos Incómodos: Los consejeros deben reconocer y evitar la condenación propia cuando sientan temor, ansiedad, intranquilidad o timidez cuando estén con los pacientes. Hay que recordar que somos humanos y también es natural que nos asustemos o tengamos sentimientos de fragilidad.

Los Componentes de la Consejería en VIH/SIDA "REFLEJE":

(R)eciba al cliente adecuadamente.

Realice la sesión de consejería en un lugar privado. Dele toda la atención al cliente desde el primer momento. Sea cortés . Enfatique el hecho de que todos los datos sobre él son estrictamente confidenciales. Preséntele la información con claridad y convicción. Déjele saber que comprende las dificultades que tiene.

(E)xplore las necesidades del cliente.

Pregúntele cuál es el motivo de su visita o llamada y en qué se le puede ayudar. Converse con el cliente sobre sus necesidades, deseos o cualquier duda o preocupación que tenga. Averigüe lo que la persona sabe acerca del VIH/SIDA. Reafirme la información correcta y corrija los conceptos erróneos.

(F)acilite la comunicación.

Recuerde las técnicas de consejería que facilitan la comunicación: establecimiento de la compenetración, demostración de empatía, la técnica de escuchar activamente, autenticidad, comunicación no verbal, uso eficaz de preguntas, resolución de problemas, autorevelación apropiada, uso apropiado del silencio, hacer eco de los sentimientos.

Llogre que el cliente identifique su riesgo frente al VIH/SIDA. Ayúdele a identificar las propias prácticas que lo ponen al riesgo de contraer el VI. Pídale permiso para tomar su historia sexual. Pregúntele: si es sexualmente activo, con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales, si sólo tiene una pareja, si alguna vez ha tenido o tiene alguna EST (Enfermedad de Transmisión Sexual), qué prácticas sexuales realiza, si usa condón cuando tiene relaciones sexuales, si no, ¿por qué?, etc. Pregúntele también si comparte jeringas, si ha recibido una transfusión de sangre. Revise con él las pautas de reducción de riesgo y ayúdele a desarrollar su propio plan de prevención.

(E)xplicar cual es el proceso y significado de la prueba de anticuerpos para el VIH y ayúdele a tomar su propia decisión sobre si quiere o no someterse a ella.

Explíqueme lo que significa y lo que no significa la prueba de anticuerpos para el VIH. Aclárele que tipo de prueba se usa (ELISA), cuantas pruebas se hacen, y que tipo de prueba confirmatoria se emplea. Explíqueme cuál es la política de su clínica: si le dan el resultado sólo después de haberlo confirmado o si le dan un resultado preliminar. Identifique la diferencia entre una prueba confidencial y una prueba anónima. Si el cliente quiere someterse a la prueba, pregúntele cuál es su motivo. Averigüe si está emocionalmente preparado para aceptar un resultado y dónde y con quién podría buscar apoyo. Si toma la decisión de someterse a la prueba, infórmele cuánto demora el proceso

(J)amás juzgue no "de consejos".

Preste apoyo para facilitar el proceso (de cambio de conducta), pero no dé consejos ni juzgue la conducta de su cliente. Ayúdele sin cuestionar su estilo de vida o su sexualidad. La decisión de someterse o no a la prueba es una que cada cliente debe tomar por sí mismo. No tome decisiones por su cliente. Respete las decisiones de su cliente.

Elija un plan de seguimiento.

Para los clientes que decidieron no hacerse la prueba, evalúe: si quiere regresar para recibir consejería de seguimiento, si cree que regresar con su pareja lo ayudara a implementar su plan preventivo, si quiere otros servicios.

Para los clientes que decidieron hacerse la prueba: Deje que el cliente elija el momento oportuno para saber los resultados de la prueba.

Para los que tienen un resultado negativo: asegurarse de que entiende el significado, enfatice la importancia de adoptar medidas preventivas para mantenerse libre de la infección del VIH, decida con el cliente si es necesario repetir la prueba en seis meses.

Para los que tienen un resultado positivo: asegúrese de que entiende el significado, ofrézcale apoyo y ayúdele a identificar otras fuentes de asistencia, decida con él con quién quiere compartir el resultado y cómo, ayúdele a desarrollar un plan de salud que incluya medidas para prevenir la transmisión del VIH a otras personas.

Las 8 Reglas de la Consejería de Semejantes.

- 1) No juzgues.
- 2) Se empático.
- 3) No des consejos.
- 4) No preguntes por qué.
- 5) No asumas responsabilidad por los problemas de la otra persona.
- 6) No interpretes.
- 7) Restringete a lo que esta sucediendo aquí y ahora.
- 8) Trabaja primero con los sentimientos.

INTERVENCIÓN TELEFÓNICA.

Primer Ayuda Psicológica por Teléfono.

-Hacer contacto psicológico.- el principal vehículo para lograr el contacto con un paciente es la voz del consejero, no sólo incluye lo que dice sino cómo lo dice. El tono del consejero debe de ser calmado y alentador, para que el paciente se sienta comprendido y aceptado. Los consejeros deben aprender a responder con calma y control. El consejero tiene que estar muy atento a los sucesos y sentimientos, y hacer uso de exposiciones reflexivas, empáticas, que permitan saber al usuario que el consejero escucha, comprende y acepta lo que le está diciendo.

-Examinar las Dimensiones del Problema.- por lo general existe información antecedente que facilita la comprensión del problema del usuario. Una táctica útil es formular preguntas abiertas como: ¿Qué sucedió recientemente que le hace las cosas difíciles ahora? o "Cuénteme más sobre lo que le está afectando recientemente".

-Explorar las Posibles Soluciones.- el hecho de que una persona llame a la línea telefónica, proporciona algún indicio sobre las dificultades para llegar a las soluciones de la crisis. Los usuarios con frecuencia, agotaron sus recursos personales y sociales. En el contacto telefónico se pueden averiguar las vías que ha tratado el usuario, explorar los obstáculos que se encontraron, etc. El objetivo es que el usuario reconsidere una solución antes probada o rechazada en un inicio.

-Ayudar a Tomar una Acción Concreta.- ayudar al usuario a sentirse capaz de establecer el enfrentamiento a su problema, ayudar al usuario a tomar la acción para la resolución.

-Seguimiento.- si se tienen los datos suficientes para poder llevarlo a cabo (nombre y número telefónico), explicarle al usuario las razones del seguimiento y tomar las precauciones adecuadas para proteger la confidencialidad de los contactos telefónicos.

Pasos a seguir durante la intervención:

- 1-Establecer Rapport: tono de voz tranquilo, suave, que muestre interés por el otro.
- 2-No tener miedo a preguntar o a aclarar algo.
- 3-Ubicarlo en tiempo y espacio: aquí y ahora, fantasías catastróficas del pasado, explorar fantasías sobre el futuro (que espera que suceda).
- 4-Utilizar una actitud directiva.
- 5-Reconsiderar soluciones rechazadas.
- 6-Manejar los sentimientos ambivalentes.
- 7-Cierre.

Las diferentes fases de la entrevista al teléfono son:

1)Preayuda o Precomunicación: lo primero que tiene que hacer el orientador es prestar atención, escuchar y estar completamente con el cliente o usuario.

2)Respondiendo - Autoexplicando: la meta del orientador es responder al cliente con respeto y empatía; establecer armonía y una relación de trabajo efectiva y de colaboración con el cliente; facilitar la autoexploración del cliente, la exploración de sí mismo, sobre todo explorar las formas en las cuales está viviendo ineffectivamente.

3)Entendimiento Integrativo/ Autoentendimiento Dinámico: el orientador es el entendimiento integrativo y la meta del cliente es el autoentendimiento dinámico. Facilitar la acción del cliente pero después de que ya hizo su autoanálisis.

Preguntas a Considerar Durante los primeros Contactos con el Paciente

1¿Existe una situación de crisis?

2¿En qué punto del proceso estamos entrando? (¿Por qué está pidiendo ayuda ahora?).

3¿Cuáles son las cualidades positivas del paciente?, Sus puntos fuertes?, Sus desventajas?, Sus puntos débiles?.

- 4) ¿Cuáles son los sostenes sociales del paciente? ¿Cómo se pueden utilizar estos recursos, al máximo, durante esta crisis?.
- 5) ¿Cuáles son los objetivos de tu intervención con el paciente?.
- 6) ¿Qué tareas hay que llevar a cabo para lograr esos objetivos?.

Para poder contestar estas 6 preguntas es necesario saber :

¿Qué es una Crisis?: Estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, usando métodos acostumbrados para resolver problemas.

¿Qué es la intervención en crisis? es la primera ayuda psicológica que se brinda a una persona en un estado de desorganización y/o confusión, la cual busca disminuir el deterioro psicológico para prevenir patologías.

Teoría de las Crisis (factores para evaluar el estado crítico)

- 1) ¿Qué ocasiona la crisis (suceso precipitante).
- 2) Recursos personales (antecedentes personales).
- 3) Recursos sociales (amigos, familia, etc.).
- 4) Mapa cognoscitivo (cómo percibe su situación y cómo la vive).

En la línea, el escuchar es vital para evaluar las necesidades de la persona que llama. Existe una gran diferencia entre el oír a alguien y el escuchar a alguien. Cuando nosotros oímos, la información puede fluir a través de nuestros oídos, sin ser registrada en nuestro cerebro. El escuchar envuelve un proceso más complicado, y consta por lo menos de 4 etapas: oír, filtrar, interpretar y recordar. Al principio, oímos las voces, en este caso de las personas que llaman, y filtramos los sonidos de sus voces de los muchos sonidos del medio ambiente, luego interpretamos la voz que suena y comprendemos el mensaje usando información real, el tono de voz y la inflexión (cambio de tono o acento de voz) de la persona. De este modo, somos capaces de registrar el mensaje, y recordarlo más tarde durante la conversación.

Un área muy importante en la comunicación no verbal son las entonaciones de voz, dentro de las características de la misma se incluyen, el acento, la resonancia, la velocidad, la modulación, la claridad, el ritmo y el volumen. La forma en que los pacientes responden a nuestras preguntas o reaccionan verbalmente a las características de una cosa, nos pueden indicar que dediquemos más tiempo a ciertos temas y menos a otros. Una falta de sensibilidad emocional a los tonos de la voz puede perjudicar el nexo de confianza con los clientes. Hay que concentrarse en los cambios característicos de la voz de la persona, la manera normal de hablar de los usuarios y cuando hay alteraciones en las características normales de la voz, ya que esto puede indicarnos que hay algo adicional al mensaje, los cambios pueden alterar el significado de las palabras.

Estos son algunos ejemplos de las características de la voz en determinadas emociones.

Coraje: volumen alto, modulación irregular, rapidez al hablar.

Aburrimiento: volumen de moderado a bajo, lentitud al hablar, modulación disminuyente, leve balbuceo al hablar.

Alegría: volumen alto, rapidez al hablar, modulación irregular.

Impaciencia: rapidez al hablar, volumen normal, tono normal a alto.

Regocijo: volumen alto, rapidez al hablar, modulación ascendente.

Actitud Defensiva: brusquedad al hablar, volumen moderado a alto.

Tristeza: volumen bajo, modulación baja y lenta.

Hay que escuchar cuidadosamente lo que la persona que llama está diciendo, y lo que no está diciendo, antes de saltar al consejo experto. Hay que escuchar las preocupaciones y necesidades de la persona que llama, y dejar los nuestros propios fuera de la

conversación. Hay que recordar, que las personas que llaman no siempre pueden ser capaces de preguntar las cosas de mayor importancia para ellos. Muchos temas relacionados con el VIH/SIDA contienen detalles íntimos sobre la vida sexual de la persona, sus relaciones familiares, los temores, amantes, etc. No siempre estos temas son sencillos de discutir, de hecho las personas que llaman pueden no ser capaces de demostrar los temas de mayor preocupación para ellos, porque se sienten avergonzados, o no están acostumbrados a discutir temas tales como el sexo, la muerte o el miedo. Algo importante es que hay que escuchar a la persona que llama con el mismo respeto, compasión y sentido del humor que brindaríamos a un buen amigo.

Otras herramientas que podemos utilizar al estar haciendo una intervención telefónica son las siguientes formas de intervención:

1) ESCUCHA ACTIVA. Hacer que la persona se sienta escuchada y acompañada, poner mucha atención a lo que nos está diciendo, antes de pensar en lo que debo contestar, escuchar reflexivo. En su sentido más simple hay que explorar, qué quiere el otro, profundizar en el discurso del otro, ver el nivel de las palabras del otro, qué es lo que el otro quiere saber. Cuántos cosas hay detrás de cada pregunta, jamás contestamos, sino lo que hacemos es preguntar (ping-pong). Se trata de encontrar significados detrás de todas las frases. La sinceridad en el teléfono es lo que va a establecer la confianza. Jamás violentar al otro en su sujeto, en su subjetividad, (a mí me pareciera....., siento que tu estas....., me parece que lo que....., pero siento que lo que realmente te preocupa es, siento como sí.....).

PROS: Modelo de atención más sencillo, apertura de un espacio para expresarse y ser escuchado, permite reflexión, explorar, conocer lo que quiere el usuario realmente.

CONTRAS: Si no se tiene la habilidad para profundizar en el discurso del otro se pierde el trasfondo del mensaje, es difícil desarrollar

el discurso sin contestar, hay prejuicios, necesidad de satisfacer mi morbo y apresurar las respuestas.

ESCUCHA DE ACOMPAÑAMIENTO. Qué el usuario se sienta acompañada y que sienta el compromiso por parte del otro, que si tiene la necesidad de volver a llamar sepa que alguien va a estar ahí con él. El compromiso no sólo es del orientador, sino que es de ambos. No voy a obligar a nadie a que vaya a terapia, sólo le voy a señalar que hay algo por ahí que lo esta fastidiando y él decidirá si va o no a terapia.

Hay que estar ahí para darle soporte. Hay que seguir al paciente en su proceso doloroso, su duelo, etc. Escuchar el dolor del otro y hacer que la persona se comprometa consigo misma. El silencio del otro puede angustiarnos y podemos meternos al silencio del otro y no saber como manejarlo. El silencio es un vacío en el que le damos un lugar al otro.

PROS: Permite establecer el compromiso mutuo, se le escucha y acompaña independientemente de la condición del otro (soporte), soporte para dar compromiso, el silencio puede llegar a convertirse en contra porque puede llevarnos al aislamiento.

CONTRAS: Se puede llegar a no contener el dolor del otro, el manejo del silencio sin tener la habilidad.

INTERVENCION EN CRISIS. Entrar justo cuando se da la fragmentación, el shock o la gota que derramó el vaso, cuando la persona se desorganiza y no puede manejar sus emociones o sentimientos. No puede resolver sus problemas de la manera en la que usualmente lo hace. Momentos que desestructuran a la persona, hay que estar calmado y calmar a la persona, y también frenar su angustia, y lo más importante ¿realmente es una crisis para el otro, o lo es para mí?.

PROS: Brindada en forma oportuna y adecuada permite a la persona en cuestión ampliar y visualizar sus alternativas de solución, conocer tus crisis como terapeuta.

CONTRAS: Especialización encaminada a una generalización de las crisis, lo cual no permite la personalización, dificultad para conocer tu ansiedad, etiquetar crisis (misma respuesta), desconocer tus crisis como terapeuta.

INTERVENCION DE IGUAL A IGUAL. No anteponer mi calidad de seudo experto, no sentirme Dios, ni que le voy a resolver todos sus problemas, se desvanece el experto.

PROS: Desvanecimiento del rol de experto, nadie es experto, el usuario da las respuestas y entonces hay un empoderamiento del mismo.

CONTRAS: Que me enganche (terapeuta) en el conflicto del otro (contratransferencia).

No debemos de perder de vista los aspectos éticos que rodean este tipo de intervenciones, ya que para que éstas intervenciones lleguen a ser efectivas necesitan hacerse con respeto hacia la persona que lo solicitan. Es por eso que es de gran importancia contar con un línea de trabajo basada en la ética profesional.

"Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta."

(Tomado de Revisión del Código Ético por Dra. Laura Hernández Guzmán)

"Introducción"

Las Normas Éticas plantean reglas obligatorias aplicables a la conducta de los psicólogos, para aplicarse a roles variados que asuman los psicólogos. El Código Ético sólo se aplica a las actividades relacionadas con el trabajo del psicólogo. Incluye la práctica clínica o el consejo psicológico, investigación, enseñanza, supervisión de personas en adiestramiento, desarrollo de instrumentos de valoración, conducción de valoraciones, consejo educativo, consultoría organizacional, intervención social, administración, entre otras actividades.

Las acciones que violen el Código Ético pueden conducir a la imposición de sanciones a un psicólogo por parte de cuerpos diferentes a la APA (Asociación Psicológica Americana), incluyendo asociaciones psicológicas estatales, otros grupos profesionales, consejos de psicología y otras agencias estatales y federales

Los psicólogos al trabajar desempeñan muchos papeles tales como investigadores, educadores, diagnosticistas, terapeutas, supervisores, consultores, administradores, interventores sociales y testigos periciales. Su meta es ampliar el conocimiento de la conducta para mejorar la condición tanto del individuo como de la sociedad.

El propósito de este Código es proporcionar tanto principios generales como reglas de decisión para cubrir la mayoría de las situaciones a las que se enfrentan los psicólogos.

Tiene como meta principal el bienestar y la protección de los individuos y grupos con los que trabajan los psicólogos. Los psicólogos respetan y protegen los derechos humanos y civiles, no condonan o participan propositivamente en prácticas discriminatorias injustas.

(Tomado del "CÓDIGO ÉTICO DEL PSICÓLOGO")

"DE LOS PRINCIPIOS GENERALES"

El psicólogo deberá:

Art. 1 Tener presente que por el solo hecho de ingresar a la comunidad de psicólogos, se compromete a respetar estas normas y a promover una buena imagen de su profesión.

Art. 2 Ejercer su profesión en condiciones éticas y materiales que garanticen la calidad científica y profesional de la misma y los eminentes fines humanos que deben caracterizarla.

Art. 3 Respetar la integridad de la persona humana en los distintos ámbitos de donde actúe profesionalmente, velar siempre por el bienestar individual y social en la presentación de servicios de toda índole.

Art. 4 Participar, desde el ámbito de su profesión, en la preservación y mejoramiento ecológicos.

Art. 5 Mantener dentro y fuera del ejercicio de la profesión, y aun en el ámbito de la vida privada, su dignidad personal y profesional.

Art. 6 Mantenerse en constante formación profesional y esforzarse por actualizar sus conocimientos en relación con el progreso de su disciplina.

Art. 7 Guardar el secreto profesional, que es inherente al ejercicio de la disciplina y obligatorio para proteger los intereses del individuo y de la sociedad según las modalidades de las actividades específicas del psicólogo y conforme a las leyes generales en vigor.

Art. 8 Abstenerse de la exhibición pública de cualquier consultante, en presentaciones personales o mediante filmaciones, fotografías o grabaciones que no obedezcan a motivos científicos, y conservar hasta donde sea posible, el anonimato del cliente.

Art. 9 Evitar que repercutan en su actividad profesional sus estados de ánimo derivados de problemas personales y abstenerse de intervenir en los casos en que los mismos puedan afectar su objetividad.

Art.10 Evitar asociarse profesionalmente con quien empleé métodos no científicos.

Art.11 Colaborar en las actividades que puedan contribuir al desarrollo de la psicología como ciencia y como profesión.

Art.12 Respetar, sin discriminación, las ideas políticas y religiosas y la vida privada, con independencia de la nacionalidad, sexo, edad, posición social o cualquiera otra característica personal de sus consultantes.

Art.13 Abstenerse de utilizar cargos políticos, administrativos o gremiales para obtener ventajas y privilegios personales ilegítimos.

Art.14 Evitar atribuirse o sugerir que tiene calificaciones profesionales, méritos científicos o títulos académicos que no posee.

Art.15 Negarse a expedir certificados e informes sólo en la observación directa y personal, es decir, sin un estudio previo.

"DEL EJERCICIO LIBRE DE LA PROFESIÓN."

Respecto a su cliente, el psicólogo está obligado a:

Art. 16.

- a) abstenerse de emplear la sollicitación directa o indirecta de sus clientes.
- b) abstenerse de recurrir a la recomendación pública del establecimiento donde ejerce la profesión.
- c) evitar el utilizar la inducción publicitaria para su elogio propio.
- d) abstenerse de emplear agentes que alleguen consultantes.
- e) evitar la recompensa pecuniariamente de modo directo o indirecto a las personas que recomienden consultantes.

Art.17 Mantener la más alta calidad en la presentación de sus servicios, independientemente de la remuneración acordada con el consultante.

Art.18 Renunciar a diagnosticar, prescribir , tratar o aconsejar a un cliente, cuya problemática esté fuera del ámbito de su competencia.

Art.19 Administrar las intervenciones que juzgue más seguras y menos onerosas, tanto en lo que se refiere a la carga económica como a los efectos secundarios o colaterales que implique, y proporcionar sólo los servicios profesionales necesarios.

Art.20 Rehusar guiarse solamente por el interés pecuniar o personal en la presentación de sus servicios profesionales, y evitar la aceptación de casos que impliquen sostener principios contrarios a sus convicciones personales o científicas, o que puedan comprometer o limitar su independencia.

Art.21 Ajustar la remuneración de sus servicios profesionales a los recursos económicos de quien lo solicite.

Art.22 Combatir la charlatanería y falta de profesionalismo de todos sus aspectos y denunciar los intentos de explotar la credibilidad y buena fe del público.

Art.23 Negarse a ofrecer servicios psicológicos con fines de entrenamiento. La intervención o consulta mediante conferencias, demostraciones públicas, artículos de prensa o revistas, programas de radio o televisión, correspondencia y otros medios impersonales deberán realizarse sólo con fines didácticos o científicos, de orientación o de difusión profesional.

Art.24 Comunicar sus conclusiones tecniprofesionales o los familiares o, en su caso, a la institución correspondiente, cuando considere necesario no hacerlo directamente al consultante.

Art.25 Evitar un perjuicio al consultante cuando resulte indispensable suspender o discontinuar la presentación de sus servicios profesionales. Para ello, deberá advertirle su decisión con la debida anticipación y proporcionarle la información necesaria para que otro psicólogo o profesional afín prosiga la asistencia.

Art.26 Guardar el secreto profesional en:

- a) el conocimiento por causa de la profesión.
- b) las confidencias hechas por terceros al psicólogo, en razón de su profesión.
- c) las confidencias derivadas de relaciones con los colegas u otros profesionales.

De lo anterior se exceptúan los siguientes casos:

- a) aquellos en que se actúe conforme a las circunstancias previstas por la ley.
- b) aquellos en que se trate de menores de edad, y sus padres, representantes legales, escuela o tribunal, requieran un informe cuyo fin evidente y comprobable sea brindarles ayuda.
- c) en caso de que el psicólogo fuere acusado legalmente, podrá revelar el secreto profesional sólo dentro de los límites indispensables para su propia defensa.
- d) aquellos en que se actúe para evitar la comisión de un delito y prevenir daños morales o materiales que de él se deriven.
- e) aquellos en que el que consulta dé su consentimiento por escrito, para que los resultados sean conocidos por quien él autorice.

Art.27 Abstenerse de intervenir en asuntos que lo conduzcan a revelar el secreto profesional, o a utilizar las confidencias recibidas en el ejercicio de su profesión, salvo que obtenga el conocimiento previo y formal del consultante.

Art.28 Observar, cuando se trate de un trabajo profesional conjunto de dos o más psicólogos, que la obligación de guardar el secreto es igualmente proporcional en todos. La infracción a este principio acarreará una sanción sólo a los responsables directos o indirectos y no al grupo profesional, ni a la institución donde actúen.

"DE LA INVESTIGACIÓN."

A. Principios Generales.

Art.29 Deberá decidirse sobre la conveniencia de una investigación, de acuerdo con su utilidad para el progreso de la psicología y el fomento del bienestar humano. Toda investigación deberá calificarse en función de su necesidad, de sus posibles logros y de los riesgos que implique.

Art.30 La investigación deberá ser realizada y supervisada por personas técnicamente entrenadas y científicamente calificadas.

B. Con participantes Humanos.

Art.31 La investigación en humanos deberá:

- a) ser precedida por una evaluación cuidadosa de los riesgos y los beneficios que el estudio pueda aportar, considerando que debe prevalecer tanto el interés del individuo y el de la sociedad por encima del de la ciencia.
- b) ajustarse a los principios científicos y fundamentarse en la experiencia previa realizada en animales, así como en el conocimiento de la literatura científica.
- c) poner en claro que la responsabilidad por el sujeto participante reside en el investigador, aun cuando aquél haya dado su consentimiento.
- d) realizarse, cuando se empleen sustancias, únicamente en clínicas, hospitales o instalaciones de investigación que ofrezcan garantías adecuadas a los sujetos.
- e) prever la existencia de un contrato claro y justo entre el investigador y el sujeto de la investigación, que delimite las responsabilidades de cada uno.

Art.32 Los sujetos de la investigación deberán:

- a) expresar con absoluta libertad su voluntad de aceptar o rechazar su condición de sujeto de experimentación. La protección de esta libertad exige una vigilancia especial cuando el investigador está en una posición de autoridad sobre el participante.

b) estar suficientemente informado sobre la naturaleza, alcance, fines y consecuencias posibles de la experimentación, de sus molestias y riesgos, de los beneficios que puedan esperarse excepto en aquellos casos en que la información pudiera alterar los resultados de la misma.

c) recibir, tan pronto como sea posible, la explicación y justificación de los procedimientos empleados cuando, debido a los requerimientos metodológicos de un estudio, haya sido necesario recurrir al encubrimiento y al engaño.

d) tener plena libertad para retirar su consentimiento de suspender su participación en cualquier momento, sin que esto le acarree perjuicio algunos.

Art.33 En caso de incapacidad legal, física o mental del sujeto de investigación, o cuando el sujeto sea menor de edad, se solicitará el permiso del responsable jurídico.

Art.34 Cuando puedan producirse consecuencias mediatas o inmediatas indeseables para el sujeto, el investigador tiene la responsabilidad de detectarlas, eliminarlas o corregirlas. El investigador, protegerá a los sujetos de toda incomodidad, daño o peligro físico y mental, y les informará verazmente en caso de existir un riesgo para obtener su consentimiento.

Art.35 Deberá respetarse el derecho del individuo a su intimidad, para lo que se tomarán las debidas precauciones. Por tanto, se garantizará el anonimato de los sujetos y la confidencialidad de la información obtenida de ellos, a menos que previamente se haya llegado a un acuerdo diferente.

C. Con Sujetos Animales.

Art.36 Se respetarán los dictados razonables de una sensibilidad media y las recomendaciones usuales de conocimiento público y aceptación general.

Art.37 La adquisición , mantenimiento y eliminación final de los animales empleados en la investigación deberá cumplir con las disposiciones legales y de costumbre en la localidad.

Art.38 El investigador deberá supervisar cuidadosamente todos los procedimientos realizados con los animales, responsabilizándose de su bienestar, salud y trato por parte de sus ayudantes.

Art.39 El responsable de la investigación deberá asegurarse de que todos sus colaboradores reciban instrucciones explícitas sobre los métodos experimentales y los procedimientos de cuidado de los animales empleados. Cada colaborador deberá realizar únicamente las labores que son de su competencia.

Art.40 El investigador deberá evitar o disminuir al mínimo dolor o enfermedad de los animales.

Art.41 Cuando se requiere terminar con la vida del animal de investigación, el procedimiento deberá ser rápido y sin dolor.

Art.42 Para las comunicaciones en materia de investigación, se tendrá en cuenta lo siguiente:

- a)el desacuerdo con los resultados de una investigación o estudio no es razón admisible para silenciar su publicación.
- b)al publicar los resultados de su investigación, el autor se compromete a preservar la veracidad de las mismas.
- c)cualquier trabajo de coparticipación formal y productiva, se requerirá la autorización de los participantes en la misma publicación. En caso de haber oposición de algunos de los participantes se deberá aclarar explícitamente la posición del coinvestigador disidente.
- d)antes de permitir que se divulguen los resultados sobre los cuales haya desacuerdo entre los investigadores, el psicólogo deberá considerar cuidadosamente las consecuencias de la interpretación que el público pudiera hacer de las cuestiones relacionadas con los hallazgos, y tomará las medidas necesarias para aclarar que no existe un acuerdo al respecto.

e) la modestia y discreción deben caracterizar las publicaciones del psicólogo, y éste no debe autorizar que se publiquen resultados sin tener la seguridad de que obtendrán una interpretación seria, imparcial y adecuada.

f) el autor es personalmente responsable de la divulgación de sus investigaciones y, por lo tanto, puede desautorizar toda publicación que no se ajuste a sus condiciones.

g) en el informe de su investigación, el psicólogo dará crédito a las instituciones y personas que hayan colaborado para su realización.

Art.43 Al utilizar material o información perteneciente a instituciones deberá cumplir con los convenios hechos con ésta, y respetar los principios básicos de este código.

"DE LA DOCENCIA."

Son deberes principales en esta área:

Art.44 Reconocer que, como profesor, el psicólogo tiene la obligación primordial de ayudar a otros a que adquieran conocimientos y habilidades, a mantener altos niveles académicos y a proceder con objetividad al presentar la información.

Art.45 Considerar que la finalidad de la educación es el pleno desarrollo del individuo y la sociedad.

Art.46 Fundamentar las actividades docentes en una preparación cuidadosa, de modo que la enseñanza sea precisa y actualizada.

Art.47 Evitar, en el área de la docencia, la incapacidad pedagógica y científica comprobada y el reiterado incumplimiento de los deberes docentes, así como la delegación de estas obligaciones en asistentes no capacitados.

Art.48 Presentar en sus programas los temas de sus cursos en términos claros y concretos, de forma que ilustren su naturaleza y características.

Art.49 Aclarar en los anuncios o folletos que describan talleres, seminarios u otros programas educativos sus alcances y limitaciones, sus objetivos, duración, requisitos, material requerido y honorarios.

Art.50 Estimular a los estudiantes en su búsqueda del conocimiento, prestándoles apoyo para la libre investigación dentro de los cánones del presente código. Promover a lo largo de sus cursos el conocimiento y observancia de la ética profesional para garantizar su mayor difusión.

Art.51 Adoptar siempre una actitud de respeto y atención a los puntos de vista de sus alumnos. Tener presentes los diversos antecedentes de los estudiantes y, cuando se manejen temas potencialmente ofensivos para alguno, tratarlos objetivamente y presentarlos de manera que el estudiante los comprenda.

"DE LAS PRUEBAS Y LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN."

A. Normas Generales

El psicólogo se compromete a:

Art.52 Vigilar que el uso de las pruebas e instrumentos psicológicos sea reservado exclusivamente a quienes tengan la preparación profesional adecuada y hayan aceptado las obligaciones y consecuencias inherentes a su empleo.

Art.53 Considerar que las pruebas psicológicas son instrumentos auxiliares del trabajo y que por sí solas no bastan para formular un diagnóstico.

Art.54 Colaborar en el control profesional y comercial de material psicológico, para evitar su difusión generalizada y limitar su distribución a quienes estén debidamente acreditados.

Art.55 Usar las pruebas e instrumentos en proceso de validación sólo con fines de investigación o docencia, previa aclaración al respecto con las debidas reservas.

Art.56 Evitar la comercialización y distribución generalizada de pruebas en fase experimental. En lugar adecuado deberá señalarse su carácter experimental, así como la fecha de impresión y la autorización correspondiente.

Art.57 Elaborar las pruebas disponibles para uso profesional, incluyendo manuales o información que expresen sus motivos o fines, su desarrollo, su validez, y el nivel de entrenamiento necesario para usarlas e interpretarlas.

B. De la Utilización de Técnicas, Instrumentos y Pruebas Psicológicas.

Art,58 Los consultantes tienen el derecho a conocer los resultados y sus interpretaciones y, en su caso, los datos originales sobre los que se basan los juicios. El psicólogo eludirá aportar información que pueda comprometer el funcionamiento de la prueba, pero explicará las bases de las decisiones que puedan afectar adversamente al consultante o a quienes dependen de él.

Art.59 El cliente tiene el derecho de obtener una explicación sobre la naturaleza, propósito y resultados de la prueba en lenguaje comprensible salvaguardándolo de cualquier situación que ponga en riesgo su estabilidad emocional.

Art60. El psicólogo que ofrece servicios de clasificación e interpretación de pruebas será capaz de demostrar que la validez de los programas y los procedimientos usados está debidamente probada,

El ofrecimiento al público de un servicio automático de pruebas debe considerarse como una consulta entre profesionales, y el psicólogo hará todo lo posible para evitar el mal uso de los informes de las pruebas.

"DE LAS RELACIONES ENTRE COLEGAS."

Art.61 Deberá existir entre los profesionales de la psicología un espíritu de colaboración y de respeto mutuo. Se abstendrán de subestimar a sus colegas y emplear su eventual conocimiento de antecedentes personales, ideológicos, políticos o de otra naturaleza que puedan ocasionar un perjuicio o desprestigio profesional o personal.

Art.62 El psicólogo empleará la cortesía con sus colegas y les ayudará cuando no puedan atender sus tareas profesionales por causas de fuerza mayor.

Art.63 Cuando el psicólogo reciba consultantes enviados por otro colega, deberá informarle por escrito todo lo relativo al estudio del caso y a los resultados a que llegue, a petición expresa del colega que lo envíe.

Art.64 el psicólogo al que se le ofrezca un caso deberá asegurarse antes de que ningún profesional está en ese momento a cargo del mismo. Si sustituye a otro colega deberá cerciorarse de que éste se ha desatendido ya del asunto, o que el cliente así lo solicita explícitamente. Si el asunto es urgente, podrá hacerse cargo, con la condición de que informe enseguida al profesional o profesionales interesados.

Art.65 El psicólogo que con motivo justificado se encargue provisionalmente de asuntos profesionales de otro colega, debe proceder de manera que salvaguarde el buen nombre del reemplazado. Los honorarios corresponderán al reemplazante.

Art.66 El psicólogo, su esposa (o), hijos y padres dependientes, tienen opción a ciertos servicios gratuitos de sus colegas, con la condición de reciprocidad. Se excluye la psicoterapia.

"PRINCIPIOS GENERALES" (tomado de la Revisión del Código Ético por
Dra. Laura Hernández Guzmán)

PRINCIPIO A: COMPETENCIA.

Los psicólogos pugnan por mantener normas altas de competencia en su trabajo. Reconocen los límites de su capacidad particular y las limitaciones de su pericia. Proporcionan sólo aquellos servicios y utilizan sólo aquellas técnicas par las cuales se les ha calificado por su educación, formación o experiencia. Los psicólogos son conocedores del hecho de que la competencia requerida para prestar servicios, enseñar, y/o estudiar a grupos de personas varían con las características distintivas de esos grupos. En aquellas áreas en las cuales las normas profesionales reconocidas no existan todavía, los psicólogos ejercen un juicio cuidadoso y toman las precauciones apropiadas para proteger el bienestar de aquéllos con quienes trabajan. Mantienen el conocimiento de la información científica y profesional relacionada con los servicios que prestan, y reconocen la necesidad de educarse continuamente. Los psicólogos hacen uso apropiado de los recursos científicos, profesionales, técnicos y administrativos.

PRINCIPIO B: INTEGRIDAD.

Los psicólogos buscan promover la integridad de la ciencia, la enseñanza, y la práctica de la psicología. En estas actividades los psicólogos son honestos, justos, y respetuosos de otros. Al describir o referir sus cualificaciones, servicios, productos, remuneraciones, investigación o enseñanza, no hacen declaraciones falsas, que conduzcan a malos entendidos o engañosas. Los psicólogos luchan por estar conscientes de sus propios sistemas de creencias, valores, necesidades, y limitaciones, y del efecto de éstos sobre su trabajo.

En la medida de lo posible, intentan aclarar a las partes relevantes los papeles que desempeñan y funcionar apropiadamente de acuerdo con esos roles o papeles. Los psicólogos evitan relaciones duales, impropias y potencialmente dañinas.

PRINCIPIO C: RESPONSABILIDAD PROFESIONAL Y CIENTÍFICA.

Los psicólogos sostienen normas de conducta profesional, aclaran sus roles y obligaciones profesionales, aceptan la debida responsabilidad por su conducta, adaptan sus métodos a las necesidades de diferentes poblaciones. Los psicólogos consultan, canalizan o cooperan con otros profesionales o instituciones en la medida de lo necesario para servir de la mejor manera los intereses de sus pacientes, clientes, u otros receptores de sus servicios. Las normas morales y conducta de los psicólogos son asuntos personales en la misma medida que lo son para cualquier persona, excepto cuando la conducta de los psicólogos comprometa sus responsabilidades profesionales o reduzca la confianza del público en la psicología y los psicólogos. Los psicólogos se preocupan por el cumplimiento ético de la conducta científica y profesional de sus colegas. Cuando es apropiado, consultan con sus colegas para prevenir o evitar conducta no ética.

PRINCIPIO D: RESPETO A LOS DERECHOS Y DIGNIDAD DE LAS PERSONAS.

Los psicólogos acatan el debido respeto a los derechos, dignidad y valía de todas las personas. Respetan los derechos de los individuos a la privacidad, confidencialidad, autodeterminación, y autonomía, teniendo en mente que tanto las obligaciones legales y otras puedan conducir a incongruencia y conflicto con el ejercicio de esos derechos. Los psicólogos están conscientes de las diferencias individuales, culturales y de rol, incluyendo aquéllas debidas a edad, género, origen étnico, origen nacional, religión, orientación sexual, minusvalía, lenguaje y nivel socioeconómico. Los psicólogos intentan eliminar el efecto sobre su trabajo de prejuicios basados en esos factores, y no condonan o participan a sabiendas en prácticas discriminatorias injustas.

PRINCIPIO E: PREOCUPACIÓN POR EL BIENESTAR DE OTROS.

Los psicólogos buscan contribuir al bienestar de aquéllos con quienes interactúan profesionalmente. En sus acciones profesionales, los psicólogos sopesan el bienestar y los derechos de sus pacientes, estudiantes, supervisados, participantes humanos en investigación, y otras personas afectadas, y el bienestar de los animales sujetos a investigación. Cuando ocurren conflictos entre las obligaciones o preocupaciones de los psicólogos, intentan resolver estos conflictos y desempeñar su papel en una forma responsable que evite o minimice el daño. Los psicólogos son sensibles a las diferencias de poder reales o atribuidas por ellos mismos y otros, y no explotan o engañan a otras personas durante o después de las relaciones profesionales.

PRINCIPIO F: RESPONSABILIDAD SOCIAL.

Los psicólogos están conscientes de sus responsabilidades profesionales y científicas hacia la comunidad y la sociedad en la que trabajan y viven. Aplican y hacen público su conocimiento de la psicología para contribuir al bienestar humano. Los psicólogos se preocupan y trabajan para mitigar las causas del sufrimiento humano. Cuando realizan investigación, se esfuerzan por hacer progresar el bienestar humano y la ciencia de la psicología. Los psicólogos intentan evitar el mal uso de su trabajo.

Los psicólogos cumplen con la ley y fomentan el desarrollo de leyes y políticas sociales que sirvan a los intereses de sus pacientes y clientes y el público. Se les anima a contribuir con una porción de su tiempo profesional a cambio de poca o ninguna ventaja personal.

"NORMAS ÉTICAS"

1. Normas Generales.

Estas Normas Generales son aplicables potencialmente a las actividades profesionales y científicas de todos los psicólogos.

1.01 Aplicabilidad del Código Ético.

La actividad de un psicólogo sujeta al Código Ético puede revisarse bajo estas Normas Éticas sólo si la actividad es parte de las funciones relacionadas con su trabajo o la actividad es de naturaleza psicológica. Las actividades personales que no tengan conexión con o efecto sobre los roles psicológicos no están sujetas a este Código Ético.

1.02 Relación entre Ética y la Ley.

Si las responsabilidades de los psicólogos entran en conflicto con la ley, los psicólogos dan a conocer su compromiso con el Código Ético, y toman medidas para resolver el conflicto de una manera responsable.

1.03 Relaciones Científicas y Profesionales.

Los psicólogos proporcionan servicios de diagnóstico, terapéuticos, de enseñanza, de investigación, de supervisión, de consultoría, y otros servicios psicológicos sólo en el contexto de una relación o rol profesional o científico.

1.04 Límites de la Competencia.

(a) Los psicólogos proporcionan servicios, enseñan, y conducen investigación sólo dentro de los límites de su competencia, basada en su educación, formación, experiencia supervisada o experiencia profesional apropiada.

(b) Los psicólogos proporcionan servicios, enseñan, o conducen investigación en áreas nuevas o que involucren técnicas nuevas sólo después de haber cursado los estudios, recibido el entrenamiento y la supervisión, y/o consultado a las personas competentes en aquella área o técnicas.

(c) En aquellas áreas emergentes en las que no existan todavía normas generalmente reconocidas para la formación preparatoria, no obstante, los psicólogos toman las medidas razonables para asegurar la competencia de su trabajo y para proteger de daño a pacientes, clientes, estudiantes, participantes en investigación y otros.

1.05 Mantenimiento de la Pericia.

Los psicólogos que se dedican a la valoración, la terapia, la enseñanza, la investigación, la consultoría organizacional, y otras actividades profesionales se mantienen razonablemente vigilantes de la información científica y profesional actual en sus campos de actividad, y realizan esfuerzos continuos para mantener su competencia en las habilidades que emplean.

1.06 Base para los Juicios Científicos y Profesionales.

Los psicólogos se apoyan en conocimiento derivado científica y profesionalmente al emitir juicios científicos y profesionales o al dedicarse a actividades profesionales o académicas.

1.07 Descripción de la Naturaleza y Resultados de los Servicios Psicológicos.

(a) Cuando los psicólogos hacen valoraciones, evaluaciones, tratamiento, consejo, supervisión, enseñanza, consultoría, investigación, u otros servicios psicológicos dirigidos a individuos, grupos u organizaciones, lo hacen, utilizando un lenguaje razonablemente entendible para el receptor de esos servicios, dando de antemano información apropiada acerca de la naturaleza de tales servicios e información apropiada posterior sobre los resultados y conclusiones.

(b) Si la ley o los roles organizacionales impiden que los psicólogos proporcionen tal información a individuos particulares o grupos, lo informan a esos individuos o grupos al término del servicio,

1.08 Diferencias Humanas.

Cuando las diferencias de edad, género, raza, origen étnico, origen nacional, religión, orientación sexual, minusvalía, idioma o nivel socioeconómico afectan significativamente el trabajo de los psicólogos respecto a ciertos individuos o grupos, los psicólogos adquieren la formación, experiencia, asesoría, y supervisión necesarias para asegurar la competencia de sus servicios, o canalizan a los usuarios de manera adecuada.

1.09 Respeto a Otros.

En las actividades relativas a su trabajo, los psicólogos respetan los derechos que tienen otros para sustentar valores, actitudes y opciones diferentes a los suyos propios.

1.10 No Discriminación.

En las actividades relativas a su trabajo los psicólogos no discriminan injustamente a partir de edad, género, raza, origen étnico, origen nacional, religión, orientación sexual, minusvalía, nivel socioeconómico o cualquier criterio proscrito por la ley.

1.11 Acoso Sexual.

(a) Los psicólogos no incurren en acoso sexual. El acoso sexual es la solicitud u ofrecimiento de actividad sexual, insinuaciones físicas, conducta verbal o no verbal de naturaleza sexual, que ocurra en conexión con las actividades o roles del psicólogo como tal y que: (1) no sean bienvenidas o sean ofensivas o creen un ambiente de trabajo hostil y que el psicólogo lo sepa o se lo digan; o (2) sea lo suficientemente severa o intensa para resultar abusiva para cualquier persona razonable en ese contexto. El acoso sexual puede consistir en un solo acto intenso o severo o en actos múltiples persistentes o extensivos.

(2) Los psicólogos asumen dignidad y respeto hacia quienes se quejan de acoso sexual y a quienes responden a dichas acusaciones. Los psicólogos no participan en denegar admisión académica, avance, empleo, definitividad o promoción a una persona, basándose sólo en que ésta haya acusado de acoso sexual a alguien, o haya sido objeto de acusaciones de acoso sexual. Esto no impide que tome acción basándose en el resultado de diligencias o consideraciones de otra información apropiada.

1.12 Otras Formas de Acoso.

Los psicólogos no incurre, a sabiendas, en conducta que acose a devalúe a personas con quienes interactúe en su trabajo, basándose en factores tales como la edad, el género, la raza, el origen étnico, el

origen nacional, la religión, la orientación sexual, la minusvalía, el idioma o el nivel socioeconómico de esas personas.

1.13 Problemas y Conflictos Personales.

(a) Los psicólogos reconocen que sus problemas y conflictos pueden interferir con su efectividad. Por lo tanto, se abstienen de llevar a cabo una actividad cuando saben o debían saber que sus problemas personales probablemente conduzcan a dañar a un paciente, cliente, colega, estudiante, participante en investigación, u otra persona a quien deban una obligación profesional o científica.

(b) Además, los psicólogos tienen la obligación de estar alertas a signos, y a obtener ayuda por ello, de problemas personales en sus primeras etapas, para prevenir un desempeño significativamente deteriorado.

(c) Cuando los psicólogos se percatan de problemas personales que puedan interferir con el desempeño adecuado de los deberes relativos a su trabajo, toman las medidas apropiadas tales como obtener asesoría o ayuda profesional, y determinan si deben limitar, suspender o terminar dichos deberes.

1.14 Evitación de Daño.

Los psicólogos toman las medidas razonables para evitar dañar a sus pacientes o clientes, participantes en investigación, estudiantes, y otros con quienes trabajen, y para minimizar el daño cuando éste sea previsible e inevitable.

1.15 Uso Indebido de la Influencia de los Psicólogos.

Dado que los juicios y acciones científicos y profesionales de los psicólogos puedan afectar las vidas de otros, se mantienen alertas y en guardia contra factores personales, financieros, sociales, organizacionales, o políticos que pueden conducir al uso indebido de su influencia.

1.16 Uso Indebido del Trabajo de los Psicólogos.

(a) Los psicólogos no participan en actividades en las que parezca probable que otros vayan a usar indebidamente sus habilidades o datos, a menos que haya disponibles mecanismos correctivos.

(b) Si los psicólogos tienen conocimiento del uso indebido o la representación falsa de su trabajo, toman las medidas razonables para corregir o minimizar ese uso indebido o representación falsa.

1.17 Relaciones Múltiples.

(a) En muchas comunidades y situaciones, podría no ser posible o razonable para los psicólogos evitar contactos sociales o de otro tipo no profesional con personas tales como pacientes, clientes, estudiantes, supervisados, o participantes en investigación. Los psicólogos deben ser siempre sensibles a los efectos potencialmente dañinos de otros contactos sobre su trabajo y sobre aquellas personas con quienes tratan. Un psicólogo se abstiene de promover comprometerse en otra relación personal, científica, profesional, financiera u otra, con dichas personas si parece probable que una relación tal pudiera deteriorar razonablemente la objetividad del psicólogo, o inferir de otra manera con el desempeño efectivo del psicólogo, de sus funciones como psicólogo, o pudiera dañar o explotar a la contraparte.

(b) De la misma manera, cuando sea posible, un psicólogo se abstiene de aceptar obligaciones profesionales o científicas cuando relaciones preexistentes pudieran crear un riesgo de tal daño.

(c) Si un psicólogo se percata de que, debido a factores imprevistos, ha surgido una relación múltiple potencialmente dañina, el psicólogo intente resolverla con la debida consideración hacia los mejores intereses de la persona afectada y con el máximo apego a este Código Ético.

1.18 Intercambio de Bienes (Con Pacientes o Clientes).

Los psicólogos se abstienen habitualmente de aceptar bienes, servicios y otra retribución monetaria de pacientes o clientes, a cambio de servicios psicológicos porque tales arreglos llevan el potencial inherente para crear conflictos, explotación, o distorsión de la relación profesional.

Un psicólogo puede participar en intercambios de bienes sólo si (1) no está contraindicado clínicamente, y (2) la relación no es de explotación.

1.19 Relaciones de Explotación.

(a) Los psicólogos no explotan a personas sobre las que ejerzan autoridad de supervisión, evaluación, u otra, tales como estudiantes, supervisados, empleados, participantes en investigación, y clientes o pacientes.

(b) Los psicólogos no establecen relaciones sexuales con estudiantes o supervisados en formación sobre los que el psicólogo ejerza autoridad valuativa o directiva, porque tales relaciones conllevan una alta probabilidad de dañar su juicio o de convertirse en relaciones de explotación.

1.20 Consultas o Canalizaciones.

(a) Los psicólogos arreglan las consultas y canalizaciones apropiadas basándose principalmente en los mejores intereses de sus pacientes o clientes, con el consentimiento apropiado, y sujetándola a otras consideraciones relevantes, incluyendo la ley aplicable y obligaciones contractuales.

(b) Cuando sea indicado y profesionalmente apropiado, los psicólogos cooperan con otros profesionales para servir a sus pacientes o clientes efectiva y apropiadamente.

(c) Las prácticas de canalización de pacientes o clientes que realizan los psicólogos son congruentes con la ley.

1.21 Petición de Servicios por Parte de Terceros.

(a) Cuando un psicólogo acepta proporcionar servicios a personas o entidades a petición de un tercero, el psicólogo aclara en la medida de lo posible, al inicio del servicio, la naturaleza de la relación con cada una de las partes. Esta aclaración incluye el papel del psicólogo (tal como terapeuta, consultor organizacional, diagnosticista, o testigo pericial), los usos probables de los servicios proporcionados o de la información obtenida, y el hecho de que podría haber límites a la confidencialidad.

(b) Si existe un riesgo previsible del hecho de que se llame al psicólogo a jugar roles conflictivos debido a la involucración de un tercero, el psicólogo aclara la naturaleza y dirección de sus responsabilidades, mantiene informadas de manera apropiada a todas las partes conforme se desarrollen los asuntos, y resuelve la situación de acuerdo con este Código Ético.

1.22 Delegar y Supervisar a Subordinados.

(a) Los psicólogos delegan en sus empleados, supervisados, y ayudantes de investigación sólo aquellas responsabilidades que se espere que esas personas desempeñen competentemente, con base en su educación, formación, o experiencia, ya sea independientemente o con un nivel de supervisión adecuado.

(b) Los psicólogos proporcionan la formación y supervisión debida a sus empleados o supervisados y toman las medidas razonables para ver que tales personas desempeñen los servicios razonable, competente y éticamente.

(c) Si políticas, procedimientos o prácticas institucionales impiden el cumplimiento de esta obligación, los psicólogos intentan modificar su rol o corregir la situación en la medida de lo posible.

1.23 Documentación del Trabajo profesional y Científico.

(a) Los psicólogos documentan apropiadamente su trabajo profesional y científico para facilitar la prestación posterior de servicios por parte de ellos mismos o de otros profesionales, para asegurar la responsabilidad, y para cumplir con otros requisitos de instituciones o de la ley.

(b) Cuando los psicólogos tienen razones para creer que los archivos de sus servicios profesionales se fueren a usar en autos legales involucrando receptores de o participantes en su trabajo, tienen la responsabilidad de crear y mantener la documentación en tal detalle y calidad que sea congruente con el escrutinio razonable de un foro adjudicador.

1.24 Archivos o Expedientes y Datos.

Los psicólogos crean, mantienen, diseminan, almacenan, retienen, y desechan archivos o expedientes y datos relacionados con su investigación, práctica, y demás trabajo de acuerdo con la ley y de una manera que permita cumplir con los requerimientos de este Código Ético.

1.25 Honorarios y Arreglos Financieros.

(a) Tan pronto como sea posible en una relación científica o profesional, los psicólogos y el paciente, cliente u otros receptores apropiados de servicios psicológicos alcanzan un acuerdo especificando la compensación y la forma de pago.

(b) Los psicólogos no explotan a los receptores de los servicios o a contribuyentes respecto a honorarios.

(c) Las prácticas de cobro de honorarios de los psicólogos son congruentes con la ley.

(d) Los psicólogos no representan falsamente sus honorarios.

(e) Si es posible anticipar los límites de un servicio debido a limitaciones en el financiamiento, esto se discute con el paciente, cliente, u otro receptor apropiado de los servicios, tan pronto sea posible.

(f) Si el paciente, cliente u otro receptor de los servicios no paga por éstos, según lo acordado, y si el psicólogo desea recurrir a agencias de cobranza o a medidas legales para cobrar sus honorarios, el psicólogo informa primero a la persona, que tomará esas medidas, y proporciona a ésta una oportunidad para pagar pronto.

1.26 Canalización y Honorarios.

Cuando el psicólogo paga, recibe pagos, o divide honorarios con otros profesionales, diferentes a aquéllos propios de una relación empleador-empleado, el pago a cada uno se basa en sus servicios (clínicos, de consulta, administrativos, u otros) proporcionados y no en la canalización misma.

2. Evaluación, Valoración, o Intervención.

2.01 Evaluación, Diagnóstico, e intervenciones en el Contexto Profesional.

(a) Los psicólogos realizan evaluaciones, servicios de diagnóstico, o intervenciones sólo dentro del contexto de una relación profesional definida.

(b) Las valoraciones, recomendaciones, informes y diagnósticos psicológicos o enunciados evaluativos de los psicólogos se basan en información y técnicas (incluyendo entrevistas personales al individuo cuando es apropiado) suficientes para proporcionar sustento a sus hallazgos.

2.02 Competencia y Uso Apropiado de Valoraciones e Intervenciones.

(a) Los psicólogos que desarrollan, administran, califican, interpretan o usan técnicas de valoración psicológica, entrevistas, pruebas o instrumentos, lo hacen en forma y con propósitos apropiados a la luz de la investigación o los datos acerca de la utilidad y la aplicación apropiadas de las técnicas.

(b) Los psicólogos se abstienen de hacer uso indebido de las técnicas de valoración, intervenciones, resultados, e interpretaciones y toman las medidas razonables para evitar que otros hagan mal uso de la información que estas técnicas proporcionan. Esto incluye el abstenerse de ceder resultados crudos de pruebas o datos crudos a personas, que no sean los pacientes o clientes como es apropiado, y a quienes no estén calificados para usar tal información.

2.03 Construcción de Pruebas.

Los psicólogos que desarrollan y conducen investigación con pruebas y otras técnicas de valoración utilizan procedimientos científicos y conocimiento profesional actualizados para el diseño, estandarización, validación, reducción o eliminación de sesgos y recomendaciones de uso.

2.04 Uso de Valoraciones en General y Con Poblaciones Especiales.

(a) Los psicólogos que realizan intervenciones o administran, califican, interpretan, o usan técnicas de valoración están familiarizados con la confiabilidad, validación, y la estandarización relacionada o estudios de resultados, y aplicaciones apropiadas y uso de técnicas que emplean.

(b) Los psicólogos reconocen los límites de la certidumbre con la que es posible diagnosticar, emitir juicios, o hacer predicciones acerca de los individuos.

(c) Los psicólogos intentan identificar situaciones en las que ciertas intervenciones o técnicas de valoración o normas no sean aplicables o requieran de ajustes para su administración o interpretación debido a factores tales como el género, edad, raza, origen étnico, origen nacional, orientación sexual, minusvalía, idioma, o nivel socioeconómico de los individuos.

2.05 Interpretación de los Resultados de la Valoración.

Al interpretar resultados de valoración, incluyendo interpretaciones automatizadas, los psicólogos toman en cuenta los diversos factores de la prueba y las características de la persona valorada que pudiesen afectar los juicios de los psicólogos o reducir la precisión de sus interpretaciones. Indican cualquier reserva significativa que tengan acerca de la precisión o las limitaciones de sus interpretaciones.

2.06 Personas No Cualificadas.

Los psicólogos no promueven el uso de técnicas de valoración psicológicas por parte de personas no cualificadas.

2.07 Pruebas Psicológicas Obsoletas y Resultados de Pruebas No Actualizados.

(a) Los psicólogos no basan sus decisiones de valoración o intervención, o sus recomendaciones, en datos o resultados de pruebas psicológicas obsoletas para propósitos actuales.

(b) De manera similar, los psicólogos no basan tales decisiones o recomendaciones en pruebas psicológicas o medidas obsoletas e inútiles para propósitos actuales.

2.08 Servicios de Calificación e Interpretación de Pruebas.

(a) Los psicólogos que ofrecen valoración o procedimientos de calificación a otros profesionales describen con precisión el propósito, las normas, la validez, la confiabilidad, y las aplicaciones de los procedimientos así como cualquier cualificación especial aplicable a su uso.

(b) Los psicólogos seleccionan servicios de calificación e interpretación (incluyendo servicios automatizados) sobre la base de evidencia de la validez del programa y procedimientos, así como de otras consideraciones apropiadas.

(c) Los psicólogos retienen la responsabilidad apropiada por la aplicación, interpretación y uso de instrumentos de valoración apropiados, ya sea que califiquen e interpreten tales pruebas ello(a)s o que usen servicios automatizados o de otra índole.

2.09 Explicación de los Resultados de Valoración.

A menos que la naturaleza de la relación se explique claramente con antelación a la persona valorada e impida que se le dé una explicación de los resultados (tal como en algunos casos de selección o consultoría organizacional, preempleo o selección de seguridad, y evaluaciones judiciales o forenses), los psicólogos se aseguran de que se proporcione una explicación de los resultados utilizando un lenguaje razonable y entendible para las personas valoradas o para otras personas autorizadas legalmente para actuar en favor del cliente. Independientemente de que las calificaciones e interpretación las realice un psicólogo, asistente, por medios automáticos, u otros servicios externos, los psicólogos toman las medidas razonables para asegurar que se den esas explicaciones apropiadas a los resultados.

2.10 Mantenimiento de la Seguridad de las Pruebas.

Los psicólogos hacen esfuerzos razonables para mantener la integridad y seguridad de las pruebas y otras técnicas de valoración siendo consistentes con la ley, obligaciones contractuales, y de una manera que permita el cumplir con los requisitos de este Código Ético.

3. Publicidad y Otras Declaraciones Públicas.

3.01 Definición de Declaraciones Públicas.

Los psicólogos se apegan a este Código Ético al hacer declaraciones públicas relacionadas con sus servicios, productos, o publicaciones profesionales o con el campo de la psicología. Las declaraciones públicas incluyen pero no están limitadas a anuncios pagados o no pagados, folletos, material impreso, listas de directorios, currícula vitae personales, entrevistas o comentarios para su uso en los medios, declaraciones en procedimientos legales, conferencias y presentaciones orales públicas, y materiales publicados.

3.02 Declaraciones de Otros.

(a) Los psicólogos que comprometen a otros a crear o colocar declaraciones públicas que promuevan su práctica, productos o actividades profesionales retienen la responsabilidad profesional de tales declaraciones.

(b) Además, los psicólogos se esfuerzan razonablemente para prevenir que otros fuera de control (tales como empleados, publicistas, patrocinadores, clientes organizacionales, y representantes de los medios impresos o electrónicos masivos) hagan declaraciones engañosas respecto a la práctica de los psicólogos de actividades profesionales o científicas.

(c) Si los psicólogos tienen conocimiento de declaraciones engañosas acerca de su trabajo hechas por otros, hacen esfuerzos razonables para corregir tales declaraciones.

(d) Los psicólogos no compensan a empleados de la prensa, radio, televisión u otros medios de comunicación a cambio de publicidad en noticieros o informes de noticias.

(e) Un anuncio pagado que se relacione con las actividades de los psicólogos debe identificarse como tal, a menos de que esto sea aparente del contexto.

3.03 Evitación de Declaraciones Falsas o Engañosas.

(a) Los psicólogos no hacen declaraciones públicas que sean falsas, engañosas, que se presten a malos entendidos o fraudulentas, ya sea

porque éstas establezcan, den la impresión o sugieran o porque omitan, respecto a su investigación práctica profesional u otras actividades de trabajo o aquéllas de personas u organizaciones con las que estén afiliados. Como ejemplos (y no como limitantes) de esta norma, los psicólogos no hacen declaraciones falsas o engañosas respecto a (1) su formación, experiencia, o competencia, (2) sus grados académicos; (3) sus credenciales; (4) sus afiliaciones institucionales o asociaciones; (5) sus servicios; (6) la base clínica o científica, o resultados o nivel de éxito, de sus servicios; (7) su remuneración, u (8) sus publicaciones o hallazgos de investigación.

(b) Los psicólogos presentan como cualificaciones o credenciales de su trabajo psicológico, sólo grados que (1) se hayan obtenido de una institución educativa regionalmente acreditada, o (2) sean la base de la licencia en psicología por parte del estado en el que la practiquen.

3.04 Presentación en Medios de Comunicación.

Cuando los psicólogos den consejo o comentarios por medio de conferencias públicas, demostraciones, programas de radio o televisión, cintas pregrabadas, artículos impresos, material por correo, u otros medios, toman las precauciones razonables para asegurar que (1) las declaraciones estén basadas en la literatura y práctica psicológica apropiada, (2) las declaraciones sean por lo demás consistente con este Código Ético, y (3) no se induzca a los recipientes de la información a que infieran que se ha establecido una relación personal con ellos.

3.05 Testimonios.

Los psicólogos no solicitan testimonios de clientes o pacientes actualmente en psicoterapia y otras personas que, dadas las circunstancias particulares, sean vulnerables a una influencia indebida.

3.06 Oferta de Servicios de Persona a Persona.

Los psicólogos no incurren directamente o por medio de agentes, en la oferta de persona a persona de servicios no solicitados a pacientes o

clientes de psicoterapia reales o potenciales quienes por circunstancias particulares sean vulnerables a una influencia indebida. Sin embargo, esto no impide intentos implementar contactos colaterales apropiado con otras personas significativas con el propósito de beneficiar a un paciente de terapia ya comprometido.

4. Terapia

4.01 Estructuración de la Relación.

(a) Los psicólogos discuten con sus clientes o pacientes tan oportunamente como sea posible en la relación terapéutica, asuntos apropiados tales como la naturaleza y curso anticipado de la terapia, sus emolumentos, y confidencialidad.

(b) Cuando el trabajo del psicólogo con pacientes o clientes se haga bajo supervisión, la discusión anterior incluye ese hecho, y el nombre del supervisor, cuando el supervisor tenga la responsabilidad del caso.

(c) Cuando el terapeuta sea un estudiante interno, se informa al cliente o paciente de ese hecho.

(d) Los psicólogos hacen esfuerzos razonables para contestar las preguntas de los pacientes y evitar malos entendidos aparentes acerca de la terapia. Siempre que sea posible, los psicólogos proporcionan información oral y/o escrita, utilizando un lenguaje razonablemente entendible para el paciente o cliente.

4.02 Consentimiento Informado a la Terapia.

(a) Los psicólogos obtienen consentimiento informado apropiado a la terapia o procedimientos relacionados, utilizando un lenguaje razonablemente entendible para los participantes. El contenido del consentimiento informado variará dependiendo de muchas circunstancias, sin embargo, el consentimiento informado generalmente supone que la persona (1) posea la capacidad para consentir, (2) se le haya proporcionado la información significativa concerniente al procedimiento, (3) haya expresado libremente y sin influencias indebidas su consentimiento, y (4) el consentimiento se haya documentado en forma apropiada.

(b) Cuando las personas sean legalmente incapaces de dar un consentimiento informado, los psicólogos obtienen el permiso informado de una persona legalmente autorizada, si ese consentimiento sustituto está permitido por la ley.

(c) Además, los psicólogos (1) informan a estas personas legalmente incapaces de consentir informadamente acerca de la intervenciones propuestas de una manera commensurable a las capacidades psicológicas de estas personas, (2) buscan su asentimiento para esas intervenciones, y (3) consideran las preferencias y mejores intereses de tales personas.

4.03 Relaciones de Parejas y de Familia.

(a) Cuando un psicólogo acepta proporcionar servicios a varias personas que aguardan una relación entre sí (tales como esposos y esposas o padres e hijos), el psicólogo intenta aclarar de principio (1) cuáles de los individuos con pacientes o clientes y (2) la relación que el psicólogo tenga con cada persona. Esta aclaración incluye el papel del psicólogo y los usos probables de los servicios proporcionados o la información obtenida.

(b) Tan pronto como sea aparente que el psicólogo esté llamado a desempeñar roles potencialmente conflictivos (tales como de consejeros matrimonial al esposo y la esposa, y luego como testigo de una de las partes en el juicio de divorcio), el psicólogo intenta aclarar ajustarse a, o retirarse de, los roles en forma apropiada.

4.04 Provisión de Servicios de Salud Mental a Quienes Reciben al Servicio de Otros.

Al decidir si se ofrecen o no servicios a personas que ya se encuentran recibiendo servicios de salud mental en otro sitio, los psicólogos consideran cuidadosamente los aspectos relativos al tratamiento y su potencial para el bienestar del paciente o cliente. El psicólogo discute estos aspectos con el paciente o cliente, o con otra persona legalmente autorizada en representación suya, a fin de minimizar el riesgo de confusión o conflicto, consulta con otros proveedores de servicios cuando resulte apropiado, y procede con cautela y sensibilidad a los aspectos terapéuticos.

4.05 Intimidades Sexuales con Pacientes o Clientes Actuales.

Los psicólogos no incurrir en intimidades sexuales con pacientes o clientes actuales.

4.06 Terapia con Parejas Sexuales Previas.

Los psicólogos no aceptan como pacientes o clientes para terapia, a personas con quienes hayan tenido intimidades sexuales.

4.07 Intimidades Sexuales con Ex-Pacientes de Terapia.

(a) Los psicólogos no sostienen intimidades sexuales con ex-pacientes o clientes de terapia, durante por lo menos dos años después de haber cesado o terminado los servicios profesionales.

(b) Debido a que las intimidades sexuales con un(a) ex-paciente de terapia son tan frecuentemente dañinas para el(la) paciente o cliente, y dado que dichas intimidades deterioran la confianza pública en la psicología como profesión, y por lo tanto desalientan en el público el uso de servicios necesarios, los psicólogos no sostienen intimidades sexuales con ex-pacientes o clientes de terapia aún después de un período de dos años excepto en las menos usuales circunstancias. El psicólogo que se involucra en semejantes actividades después de dos años de haber cesado o darse por terminado el tratamiento tienen la responsabilidad de demostrar que no ha habido explotación, a la luz de todos los factores relevantes incluyendo: (1) la cantidad de tiempo transcurrido desde que terminó la terapia, (2) la naturaleza y duración de la terapia, (3) las circunstancias en las que se dio la terminación, (4) la historia personal del (la) paciente o cliente, (5) el estado mental actual del (la) paciente o cliente, (6) la probabilidad de algún impacto adverso sobre el (la) paciente o cliente o sobre otros, y (7) cualquier declaración o acción por parte del terapeuta durante el curso de la terapia, que haya sugerido o incitado la posibilidad de una relación sexual o romántica con el(la) paciente o cliente al darse la terminación.

4.08 Interrupción de los Servicios.

(a) Los psicólogos hacen esfuerzos razonables para planear el cuidado posterior del paciente, en caso de que se interrumpan los servicios psicológicos por factores tales como enfermedad del psicólogo, su muerte, indisponibilidad o cambio domiciliario, o por limitaciones financieras.

(b) Cuando los psicólogos guardan una relación de empleado o contractual, resuelven ordenada y apropiadamente la responsabilidad del cuidado del paciente o cliente en la eventualidad de que termine el empleo o relación contractual, dando consideración primordial al bienestar del (la) paciente o cliente.

4.09 Terminación de la Relación Profesional.

(a) Los psicólogos no abandonan a los (las) pacientes o clientes.

(b) Los psicólogos terminan una relación profesional cuando resulta razonablemente claro que el (la) paciente o cliente ya no necesita el servicio, éste ya no le beneficia, o su continuación le perjudica.

(c) Antes de la terminación, por la razón que fuere, excepto cuando lo impida la conducta que el (la) paciente o cliente, el psicólogo discute los puntos de vista y necesidades del (la) paciente o cliente, da el consejo apropiado de pre-terminación, y toma otras providencias necesarias para facilitar la transferencia de la responsabilidad a otro proveedor de servicios en caso de que el paciente o cliente necesite uno de inmediato.

5. Privacía y Confidencialidad.

Estas normas son potencialmente aplicables a las actividades profesionales y científicas de todo psicólogo.

5.01 Discusión de los Límites de la Confidencialidad.

(a) Los psicólogos discuten con las personas y organizaciones con quienes establecen una relación científica o profesional (incluyendo, hasta donde sea posible, menores y sus representantes legales) (1) los límites relevantes de la confidencialidad, incluyendo límites aplicables a la terapia de grupo, conyugal o familiar, o a la

consultoría o asesoría organizacional y, (2) los usos previsibles de la información generada por sus servicios.

(b) A menos que no sea factible o esté contraindicado, la discusión sobre confidencialidad se hará al principio de la relación y durante ésta, conforme lo hagan necesario nuevas circunstancias.

(c) Se obtendrá permiso de los (as) pacientes o clientes para el registro o grabación electrónica de las sesiones o entrevistas.

5.02 Mantenimiento de la Confidencialidad.

Los psicólogos tienen la obligación básica de respetar los derechos de confidencialidad de aquéllos con quienes trabajan o les consultan, reconociendo que la confidencialidad puede establecerse por ley, por las reglas institucionales o profesionales, o por relaciones científicas, y toman las precauciones razonables para tal efecto.

5.03 Minimización de Intrusiones en la Privacía.

(a) A fin de minimizar intrusiones en la privacía, los psicólogos sólo incluyen en sus informes escritos u orales, consultorías o asesorías y similares, aquella información pertinente al propósito de dicha comunicación.

(b) Los psicólogos discuten la información confidencial obtenida en relaciones clínicas o de consultoría, o los datos de valoración relativa a pacientes y clientes, ya sean individuos y organizaciones, estudiantes, sujetos o participantes en investigación, supervisados y empleados, únicamente para los propósitos apropiados de tipo científico o profesional y sólo con las personas clara y adecuadamente relacionadas con dichos asuntos.

5.04 Mantenimiento de Archivos o Expedientes.

Los psicólogos mantienen la confidencialidad debida al crear, almacenar, acceder, transferir y eliminar los registros y expedientes bajo su control, ya sean éstos escritos, automatizados, o en cualquier otra forma. Los psicólogos mantienen y eliminan sus registros con apego a la ley y de manera que permita el cumplimiento de los requisitos del presente Código Ético.

5.05 Revelar Información Confidencial.

(a) Los psicólogos muestran información confidencial sin consentimiento del individuo sólo cuando lo obligue la ley o cuando ésta lo permita para propósitos válidos tales como: (1) proveer servicios profesionales necesarios al(la) paciente o cliente individual u organización, (2) para obtener consultoría o asesoría profesional apropiada, (3) para proteger al(la) paciente, cliente u otros, de algún daño, o (4) para obtener el pago de servicios, en cuyo caso, la información a mostrar se limitará al mínimo necesario para lograr dicho propósito.

(b) Los psicólogos también pueden mostrar información confidencial con el consentimiento apropiado del(la) paciente o del cliente individual y organización (o de otra persona legalmente autorizada en representación del(la) paciente o cliente), a menos que esté prohibido por ley.

5.06 Consultas.

Cuando los psicólogos consultan con, o se asesoran de otros colegas, (1) no comparten información confidencial que pueda razonablemente llevar a la identificación de un(a) paciente, cliente, sujeto o participante en investigación, u otra persona u organización con quien tenga una relación de confidencialidad, a menos que hayan obtenido el consentimiento previo de la persona u organización, o a menos que el revelar la información confidencial resulte inevitable, y (2) comparten información sólo en la medida necesaria para lograr los propósitos de la consultoría o asesoría.

5.07 Información Confidencial en Bases de Datos.

(a) Si se va a ingresar información confidencial de receptores de servicios psicológicos a bases de datos o sistemas de registro accesibles a personas a las que el receptor de los servicios no haya consentido el acceso, los psicólogos usan las claves u otras técnicas para evitar la inclusión de identificadores personales.

(b) Si un protocolo de investigación, aprobado por un comité institucional o cuerpo colegiado similar, requiere la inclusión de identificadores personales, tales identificadores se eliminarán antes

de que la información se haga accesible a personas distintas de aquella de las que el sujeto tuviera conocimiento.

(c) Si esta eliminación no es posible, antes de que los psicólogos transfieran los datos a otros, o revisen datos recolectados por otros, tomarán medidas razonables para determinar que se haya obtenido el debido consentimiento de individuos identificables como personas.

5.08 Uso de Información Confidencial con Propósitos Didácticos o de otra Indole.

(a) Los psicólogos no mencionan en sus trabajos escritos o al dar clases o conferencias, o por otros medios públicos, información confidencial, obtenida durante el curso de su trabajo, en que se identifiquen personas, sean éstas sus pacientes, clientes individuales, u otros recipientes de sus servicios, a menos que la persona u organización haya consentido a ello por escrito, o a menos que haya otra autorización ética o legal para hacerlo.

(b) Normalmente, en tales presentaciones científicas o profesionales, los psicólogos disfrazan la información confidencial de tales personas u organizaciones, de modo que otros no los puedan identificar individualmente y que las discusiones que se dieran no dañen a sujetos que pudiesen identificarse a sí mismos.

5.09 Conservación de Expedientes o Archivos y Datos.

El psicólogo hace planes por adelantado para que la confidencialidad de registros, expedientes o datos quede protegida en la eventualidad de su muerte, incapacidad, jubilación o retiro de su práctica.

5.10 Posesión Legal de Registros y Datos.

En reconocimiento a que la posesión de datos y registros está regulada por principios legales, los psicólogos toman las providencias razonables y apegada a la ley, para que registros y datos queden disponibles en la medida que se requiera para servir a los mejores intereses de pacientes, clientes individuales u organizaciones, sujetos o participantes de investigación y otros a quien corresponda.

5.11 Retención de Expedientes o Archivos por la Falta de Pago.

Los psicólogos no pueden retener registros o expedientes bajo su control, que se les soliciten y sean indispensables para el tratamiento de un(a) paciente o cliente por la única razón de no haber recibido su pago, excepto cuando la ley así lo disponga.

6. Enseñanza, Supervisión de Entrenamiento y Publicación.

6.01 Diseño de Programas y Formación y Entrenamiento.

Los psicólogos responsables de los programas de formación y entretenimiento procuran asegurarse de que los programas se diseñen de manera competente, provean las experiencias adecuadas y reúnan los requisitos de licenciamiento, certificación y otros logros que demanden dichos programas.

6.02 Descripción de Programas Formación y Entrenamiento.

(a) Los psicólogos responsables de programas de formación y entrenamiento pugnan por asegurar que haya una descripción vigente y precisa de contenidos programáticos, metas y objetivos del entrenamiento y requisitos que deban reunirse para completar satisfactoriamente los programas. Esta información debe ponerse a disposición, con acceso fácil, a todas las instancias interesadas.

(b) Los psicólogos procuran asegurar que los enunciados o declaraciones relativas a los lineamientos de sus cursos o materiales sean precisas y no resulten engañosos, particularmente en lo relativo a los temas y materiales cubiertos, las bases para la valuación y la naturaleza de las experiencias del curso.

(c) En la medida en que ejerzan control, los psicólogos responsables de anuncios, catálogos, folletos o mensajes comerciales que describan talleres, seminarios u otros programas educativos que no otorguen un grado, se aseguran de que se describa con precisión el auditorio al que van dirigidos, sus objetivos de aprendizaje, los presentadores o ponentes de las cuotas involucradas.

6.03 Precisión y Objetividad en la Enseñanza.

(a) Cuando enseñan, forman o entrenan, los psicólogos presentan la información de manera precisa y con un grado razonable de objetividad.

(b) Cuando enseñan, forman o entrenan, los psicólogos reconocen el poder que ejercen sobre estudiantes o alumnos en supervisión y, por tanto, se esfuerzan por evitar conductas que los(as) humillan o minusvalúen.

6.04 Limitaciones en la Enseñanza.

Los psicólogos no enseñan el uso de técnicas o procedimientos que requieran entrenamiento especializado, licenciamiento o pericia especiales, incluyendo, pero no limitando a: hipnosis, retroinformación biológica, o técnicas proyectivas, a individuos que carezcan del entrenamiento precurrente, de pericia o que salga de su ámbito jurídico de competencia.

6.05 Evaluación Del Desempeño de Estudiantes y Alumnos(as) en Supervisión.

(a) En las relaciones académicas y de supervisión, los psicólogos establecen un proceso adecuado para dar retroalimentación a estudiantes y alumnos(as) en supervisión.

(b) Los psicólogos evalúan a los(as) estudiantes y supervisados con base en su desempeño real de los requisitos establecidos y relevantes del programa.

6.06 Planeación de Investigación.

(a) Los psicólogos diseñan y conducen investigación, e informan sobre ésta, de acuerdo con las normas reconocidas de competencia científica e investigación ética.

(b) Los psicólogos planean investigación de tal forma que se minimice la posibilidad de resultados engañosos.

(c) Al planear investigación, consideran su aceptación ética de acuerdo con este Código Ético. Si algún aspecto ético no quede claro, los psicólogos buscan resolverlo por medio de consultas a consejos

revisores institucionales, a comités para el cuidado y uso de animales, a colegas, y por medio de otros mecanismos pertinentes.

(d) Los psicólogos toman las medidas razonables para proteger en forma apropiada los derechos y el bienestar de participantes humanos, otras personas afectadas por la investigación, y el bienestar de los sujetos animales.

6.07 Responsabilidad.

(a) Los psicólogos conducen investigación competentemente y con el respeto debido a la dignidad y bienestar de los participantes.

(b) Los psicólogos son responsables de la conducción ética de la investigación que realizan ellos mismos u otras personas bajo su supervisión o control.

(c) Se permite a los investigadores y ayudantes a desempeñar sólo aquellas tareas para las cuales hayan recibido la capacitación y preparación apropiada.

(d) Como parte del proceso de desarrollo e implementación de proyectos de investigación, los psicólogos consultan a expertos respecto a cualquier población especial.

6.08 Cumplimiento de la Ley y las Normas.

Los psicólogos planean y conducen investigación de manera consistente con las leyes federales y estatales y regulaciones, así como con las normas profesionales que gobiernan la conducción de investigación, y particularmente con aquellas normas que regulan la investigación con participantes humanos y sujetos animales.

6.09 Aprobación Institucional.

Los psicólogos obtienen de instituciones anfitrionas u organizaciones aprobación apropiada antes de conducir investigación, y proporcionan información precisa acerca de sus propuestas de investigación. Conducen la investigación de acuerdo con el protocolo de investigación aprobado.

6.10 Responsabilidades de Investigación.

Antes de conducir investigación (excepto la investigación que incluya sólo encuestas anónimas, observaciones naturales, o investigación

similar), los psicólogos establecen un acuerdo con los participantes que aclare la naturaleza de la investigación y las responsabilidades de cada parte.

6.11 Consentimiento Informado para la Investigación.

(a) Los psicólogos utilizan lenguaje que sea razonablemente entendible para los participantes en la investigación al obtener su consentimiento informado (excepto en el caso 6.12, dispensa del Consentimiento Informado). Tal consentimiento informado se documenta de manera apropiada.

(b) Utilizando lenguajes que sea razonablemente entendible para los participantes, los psicólogos informan a los participantes de la naturaleza de la investigación; informan a los participantes que tienen la libertad de participar o de declinar su participación o de retirarse de la investigación; explican las consecuencias predecibles de declinar o de retirarse; informan a los participantes de factores significativos que deban esperarse de su disposición a participar (tales como riesgos, incomodidad, efectos adversos, o limitaciones sobre la confidencialidad, excepto cuando se aplica la norma 6.15, Engaño en la Investigación); y explican otros aspectos acerca de los cuales pregunten los participantes prospectivos.

(c) Cuando los psicólogos conducen investigación con individuos tales como estudiantes o subordinados, los psicólogos tienen especial cuidado protegiendo a los participantes prospectivos de consecuencias adversas por declinar o retirarse de la investigación.

(d) Cuando la participación en investigación sea el requerimiento de un curso o la oportunidad para obtener créditos adicionales, se da la oportunidad para obtener créditos adicionales, se da la oportunidad al participante prospectivo de elegir entre otras actividades alternativas equiparables.

(e) Para las personas que sean incapaces legalmente de dar su consentimiento informado, los psicólogos no obstante (1) proporcionan una explicación apropiada, (2) obtienen el asentimiento del participante, y (3) obtienen permiso apropiado de una persona autorizada legalmente, en caso de que la ley permita tal consentimiento sustituto.

6.12 Dispensa del Consentimiento Informado.

Antes de determinar que la investigación planeada (tal como investigación que involucre sólo cuestionarios anónimos, observaciones naturalistas, o ciertos tipos de investigación de archivo) no requiere de un consentimiento informado de los participantes en la investigación, los psicólogos consideran los reglamentos aplicables y los requerimientos de los consejos de revisión institucionales y consultan con colegas cuando sea apropiado.

6.13 Consentimiento Informado en Filmaciones o Grabaciones de Investigación.

Los psicólogos obtienen consentimiento informado de los participantes de investigación antes de filmarles o grabarles en cualquier forma, a menos que la investigación involucre simplemente observaciones naturales en lugares públicos y no se anticipe que la grabación vaya a usarse de tal forma que permita la identificación personal o produzca daño.

6.14 Ofrecimiento de Incentivos a los Participantes en Investigación.

(a) Al ofrecer servicios profesionales como una forma de persuasión para obtener participantes en una investigación, los psicólogos dejan clara la naturaleza de los servicios, así como los riesgos, obligaciones, y limitaciones.

(b) Los psicólogos no ofrecen incentivos excesivos o financiamiento inapropiados para obtener participantes de investigación, particularmente cuando esto tienda a ser coercitivo para lograr que participen.

6.15 Engaño en la Investigación.

(a) Los psicólogos no conducen un estudio que conlleve engaño a menos que hayan determinado que el uso de técnicas de engaño se justifique de acuerdo con la prospectiva científica, educativa, o de valor aplicado del estudio y que los procedimientos alternativos igualmente efectivos que no usen engaño no sean factibles.

(b) Los psicólogos nunca engañar a los participantes en investigación acerca de aspectos significativos que pudieran afectar la disposición para participar, tales como riesgos físicos, incomodidad, o experiencias emocionales desagradables.

(c) Cualquier otro engaño que sea una característica integral del diseño y la conducción de un experimento debe explicarse a los participantes tan pronto como sea factible, preferentemente al concluir su participación, pero no más tarde que al término de la investigación.

6.16 Compartir y Utilizar Datos.

Los psicólogos informan a los participantes en investigación antes de compartir o usar subsecuentemente los datos de investigación identificables personalmente y de la posibilidad de usos futuros no previstos.

6.17 Minimización de Invasividad.

Al conducir investigación, la única forma en que los psicólogos interfieren con los participantes o el medio en donde se recolecten los datos es que esté garantizada por un diseño de investigación apropiado y consistente con los roles de los psicólogos como investigadores científicos.

6.18 Información a los Participantes acerca del Estudio.

(a) Los psicólogos proporcionan una oportunidad pronta a los participantes para obtener información apropiada acerca de la naturaleza, resultados, y conclusiones de la investigación, en intentan corregir cualquier malentendido que los participantes puedan tener.

(b) Si los valores científicos o humanos justifican el posponer o retener esta información, los psicólogos toman medidas razonables para reducir el riesgo de daño.

6.19 Cumplimiento de Compromisos.

Los psicólogos toman medidas razonables para cumplir todos los compromisos que hubiesen contraído con los participantes en una investigación.

6.20 Cuidado y Uso de Animales en Investigación.

(a) Los psicólogos conducen investigación que incluya animales, tratan a éstos de una manera humanitaria.

(b) Los psicólogos adquieren, cuidan, utilizan y se deshacen de los animales cumpliendo las leyes y regulaciones federales, estatales y locales actuales, y las normas profesionales.

(c) Los psicólogos formados en métodos de investigación y experimentados en el cuidado de animales de laboratorio supervisan todos los procedimientos que incluyan animales y son responsables de asegurar consideración apropiada de su comodidad, salud, y tratamiento humanitario.

(d) Los psicólogos se aseguran de que todos los individuos que usen animales bajo su supervisión hayan recibido adiestramiento en los métodos de investigación y en el cuidado, el mantenimiento, y operación o manipulación de las especies utilizadas, en grado apropiado a su participación.

(e) Las responsabilidades y actividades de los individuos que ayuden en un proyecto de investigación son congruentes con su competencia respectiva.

(f) Los psicólogos hacen esfuerzos razonables para minimizar la incomodidad, infección, enfermedad, y dolor de los sujetos animales.

(g) Un procedimiento que sujeta a los animales a dolor, estrés o privación se usa sólo cuando no esté disponible un procedimiento alternativo y la meta se justifique por su valor prospectivo en sentido científico, educativo, o aplicado.

(h) Los procedimientos quirúrgicos se llevan a cabo bajo la anestesia apropiada; se siguen técnicas para evitar infecciones y minimizar el dolor durante y después de la cirugía.

(i) Cuando sea apropiado que la vida del animal se termine, se hace rápidamente, con un esfuerzo para minimizar el dolor, y de acuerdo con los procedimientos aceptados.

6.21 Informe de Resultados.

(a) Los psicólogos no inventan datos o falsifican los resultados en sus publicaciones.

(b) Si los psicólogos descubren errores significativos en sus datos publicados, toman las medidas necesarias para corregirlos en una corrección, retracción, erratum, u otros medio de comunicación apropiados.

6.22 Plagio.

Los psicólogos no presentan porciones sustanciales o elementos de el trabajo o datos de otros como suyos aun, si el trabajo o la fuente de datos se cita ocasionalmente.

6.23 Crédito en Publicaciones.

(a) Los psicólogos se hacen responsables y dan crédito, incluyendo crédito de autoría, sólo por el trabajo que hayan llevado a cabo realmente o al que hayan contribuido.

(b) La autoridad principal y otros créditos de publicación reflejan con precisión las contribuciones científicas o profesionales relativas de los individuos involucrados, independientemente de su estatus relativo. La mera posesión de un cargo institucional, tal como la jefatura de un departamento, no justifica el crédito de autoría. Las contribuciones menores a la investigación o la escritura de publicaciones se reconocen apropiadamente, en sitios tales como pies de página o enunciados introductorios.

(c) A un estudiante se le enlista usualmente como autor principal de un artículo con múltiples autores, si éste se basó sustancialmente en la tesis o disertación del estudiante.

6.24 Publicación Duplicada de Datos.

Los psicólogos no publican, como datos originales, datos que hayan publicado previamente. Esto no impide republicar datos cuando vayan acompañados del reconocimiento apropiado.

6.25 Compartir Datos.

Después de que se hayan publicado los resultados de investigación, los psicólogos no retienen los datos en los que se basen sus conclusiones para evitar que otros profesionales competentes busquen verificar las afirmaciones sustantivas por medio de un reanálisis, en el entendido de que se utilicen tales datos sólo para ese propósito y la confidencialidad de los participantes puede protegerse, y a menos que derechos legales concernientes a la propiedad de los datos impidan su entrega.

6.26 Revisores o Arbitros Profesionales.

Los psicólogos que revisan materiales enviados para publicación, financiamiento, u otros arbitrajes de investigación respetan la confidencialidad y los derechos de autor sobre tal información de sus autores.

7. Actividades Forenses.

7.01 Profesionalismo.

Los psicólogos que desempeñan funciones forenses, tales como valoraciones, entrevistas, consultorías, informes, o testimonio pericial, deben cumplir con todos los lineamientos de este Código Ético en la medida en que se apliquen a tales actividades. Además, los psicólogos basan su trabajo forense en el conocimiento apropiado de y su competencia en las áreas subyacentes a ese trabajo, incluyendo el conocimiento especializado referente a poblaciones especiales.

7.02 Valoración Forense.

(a) Las valoraciones, recomendaciones e informes forenses de los psicólogos se basan en información y técnicas (incluyendo las entrevistas personales del individuo, cuando sea apropiado) suficientes para substanciar apropiadamente sus hallazgos.

(b) Excepto en el caso en donde se indica (c) abajo, los psicólogos proporcionan informes o testimonios escritos u orales de las características psicológicas de un individuo sólo después de haber

conducida un examen adecuado del individuo para apoyar sus afirmaciones.

(c) cuando , a pesar de esfuerzos razonables, tal examen no sea posible, los psicólogos aclaran el impacto de la información limitada sobre la confidencialidad y validez de sus informes y testimonios, y limitan de manera apropiada la naturaleza y alcance de sus conclusiones o recomendaciones.

7.03 Aclaración de su Rol.

En la mayoría de las circunstancias, los psicólogos evitan asumir roles múltiples y potencialmente conflictivos en asuntos forenses. Cuando se llame a los psicólogos a servir en más de un rol en un proceso legal- por ejemplo, como consultor o perito para una de las partes, o para la corte y como testigo de hecho - aclaran anticipadamente las expectativas relativas a ese rol y al alcance de la confidencialidad en la medida de lo posible, y después conforme ocurran cambios, para evitar comprometer su juicio y objetividad profesionales, y para evitar que otros malinterpreten su rol.

7.04 Veracidad y Candor.

(a) En testimonios e informes forenses, los psicólogos testifican veraz, honesta y cándidamente y, de manera consistente con los procedimientos legales aplicables, describen con justeza las bases de sus testimonios y conclusiones.

(b) Siempre que sea necesario para evitar engaños, los psicólogos dejan saber las limitaciones de sus datos o conclusiones.

7.05 Relaciones Previas.

Una relación profesional previa con algunas de las partes no impide que los psicólogos presten testimonio como testigos de hecho, o que atestigüen a su servicio en la medida en la que esté permitido por la ley aplicable.

Los psicólogos toman en cuenta de manera apropiada las formas en las que la relación previa pudiera afectar su objetividad y opiniones profesionales, y revelan el conflicto potencial a las partes relevantes.

7.06 Cumplimiento de la Ley y las Reglas.

Al desempeñar roles forenses, los psicólogos se familiarizan con las reglas que gobiernan sus roles. Los psicólogos están conscientes de las demandas que a veces tales principios y requerimientos del sistema de las cortes les imponen, e intentan resolver esos conflictos dando a conocer su compromiso con este Código Ético y tomando medidas para resolver el conflicto de una manera responsable.

8. Solución a Asuntos Éticos.

8.01 Familiaridad con el Código Ético.

Los psicólogos tienen la obligación de familiarizarse con este Código Ético con otros códigos éticos aplicables y de aplicarlos en su trabajo. La falta de conocimiento o comprensión de una norma ética no es en sí una defensa contra una queja o acusación de falta de ética.

8.02 Confrontación de Asuntos Éticos.

Cuando un psicólogo no tiene la certeza de que una situación o curso de acción particular viole este Código Ético, el psicólogo habitualmente consulta a otros psicólogos conocedores de asuntos éticos, a comités éticos de psicología estatales y nacionales, o a otras autoridades adecuadas para elegir una respuesta apropiada.

8.03 Conflictos entre Ética y Demandas Organizacionales.

Si las demandas de una organización que tenga psicólogos afiliados entran en conflicto con este Código Ético, los psicólogos aclaran la naturaleza del conflicto, dan a conocer su compromiso con el Código Ético, y en la medida en que sea factible, buscan resolver el conflicto de manera que permita la plena adherencia al Código Ético.

8.04 Resolución Informal de Violaciones Éticas.

Cuando los psicólogos crean que hubo una violación ética por parte de otro psicólogo, intentan resolver el asunto llevándolo a la atención de ese individuo, si parece apropiada una resolución informal y la intervención no viola derechos implícitos de confidencialidad.

8.05 Informe de Violaciones Éticas.

Si en una aparente violación ética, no resulta adecuada una resolución informal bajo la Norma 8.04, o no se resuelve apropiadamente de esa forma, los psicólogos emprenden acciones adicionales apropiadas a la situación, a menos que esas acciones entren en conflicto con derechos de confidencialidad de maneras que no pueden resolverse. Tal acción podría incluir la canalización a comités estatales o nacionales sobre ética profesional o a consejos estatales de otorgamiento de licencias.

8.06 Cooperación con Comités Éticos.

Los psicólogos cooperan en investigaciones, procedimientos, y requerimientos resultantes sobre ética con la APA o con cualquier asociación estatal afiliada a la que pertenezcan. Al hacerlo, emprenden esfuerzos razonables para resolver cualesquiera asuntos relativos a confidencialidad. El no cooperar es en sí una violación ética.

8.07 Quejas Injustificadas.

Los psicólogos no presentan o promueven la presentación de quejas éticas frívolas o que tengan como intención dañar al acusado mas que proteger al público.

CAPITULO III

ELABORACIÓN DE PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO

La función de los programas de entrenamiento o adiestramiento consiste en capacitar al participante para que realice sus actividades en forma más eficiente. Es indispensable determinar las necesidades de adiestramiento mediante una investigación que proporcione la descripción detallada y precisa de actividades en las que se debe adiestrar a los participantes, el número y características de los mismos.

La elaboración de un programa debe iniciarse con la redacción de los objetivos. Después hay que analizarlos, para determinar el contenido del programa. En seguida hay que estructurar el contenido para organizarlo y decidir el orden en que se presentará. Más tarde hay que planear la evaluación, para comprobar si el participante ha alcanzado los objetivos. Posteriormente hay que seleccionar las técnicas y materiales didácticos que utilizaremos para el programa. El siguiente paso consiste en precisar las actividades que se van a realizar para que los participantes aprendan. Finalmente, en la organización de los cursos es muy importante la distribución del tiempo: horario y calendarios.

Las Etapas del Proceso de Elaboración de un Programa son:

- Redacción y análisis de objetivos.
- Estructuración del contenido.
- Evaluación.
- Selección de técnicas y materiales didácticos.
- Preparación de la instrucción.
- Organización del curso.

Para elaborar un programa de adiestramiento o entrenamiento es necesario que la investigación de necesidades haya determinado, previamente, los siguientes puntos:

1) Descripción de actividades: En qué aspectos es necesario adiestrar o entrenar a los participantes que ocupan un mismo puesto, partiendo de las deficiencias que se han localizado o de la necesidad de incorporar personal nuevo. Las actividades que se realizan en forma deficiente, aquellas en las que se necesita adiestrar al personal, deberán estar descritas con precisión para que los objetivos puedan ser bien definidos y el programa sea útil. La descripción incluirá las actividades que debe realizar el participante, las condiciones en las que debe hacerlas y la eficiencia que debe alcanzar.

2) Quiénes van a ser adiestrados: A qué trabajadores se va a dirigir el programa, y cuáles con sus características.

3) Número de personas que van a ser adiestrados o entrenados y si se van a adiestrar al mismo tiempo o en períodos distintos: Planear el curso, seleccionar las técnicas y materiales didácticos, se necesita saber si la instrucción será individual o grupal.

Cuando se elabora un programa de entrenamiento o adiestramiento, es conveniente realizar las siguientes etapas, en el orden indicado:

1) REDACTAR LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA.- Los objetivos son los resultados que se desea alcanzar, es decir, las actividades que es necesario que aprendan los participantes. Se redactan de acuerdo con la descripción de actividades. La ausencia de objetivos, o su redacción imprecisa, hacen que el programa no responda a las necesidades del adiestramiento. Una vez redactados, se analizan para obtener la lista de los elementos que deben ser aprendidos.

Los objetivos deben ser claros y precisos para cumplir con las siguientes funciones:

-Comunicar a los participantes, a otros instructores o a cualquier persona, la intención del programa

-Estimular y enfocar la atención de los participantes haciéndoles comprender lo que se espera de ellos.

-Precisar a los participantes el dominio que deben alcanzar en sus actividades.

Para precisar el contenido del programa de entrenamiento o adiestramiento hay que analizar cuidadosamente los objetivos. Este análisis tiene la finalidad de obtener los conocimientos y/o habilidades necesarios para alcanzar esos objetivos.

Los objetivos generales se redactan de una manera global: expresan de modo general lo que el participante sabrá hacer al término del adiestramiento o entrenamiento.

Los objetivos generales incluyen condiciones de operación y niveles de eficiencia globales. Se debe poner especial énfasis en la elección de términos que expresen adecuadamente las formas de conducta. Los objetivos específicos expresan, detalladamente, lo que el participante sabrá hacer al terminar cada fase importante del programa para alcanzar los objetivos generales.

2) ESTRUCTURAR EL CONTENIDO DEL PROGRAMA.- Los elementos que deben ser aprendidos (contenido) necesitan estructurarse en cierto orden para su presentación. Si el programa es muy amplio, se organizará en "unidades de instrucción", que consisten en una serie de elementos interrelacionados en función de un objetivo.

El contenido puede entenderse como aquello que ha de enseñarse para lograr los objetivos. El contenido consiste en un conjunto de conocimientos y/o manifestaciones que el participante debe conocer, dominar y aplicar. Los contenidos cuya secuencia no depende del desarrollo de una tarea, requieren de una estructuración lógica que

facilite, tanto al instructor como al participante, la organización de los elementos de manera que cada uno tenga significado en función de la estructura total; lo que facilita la instrucción. Hay que asegurarse de que: los elementos que son antecedentes generales para todo el programa, aparezcan en primer lugar, que cada elemento pueda ser aprendido sin necesidad de conocer contenidos que aparecen más adelante en el programa, que cada elemento esté ubicado de manera que se comprenda claramente su relación con los demás y que no aparezcan elementos aislados o desconectados del resto del contenido.

3) PLANEACION DE LA EVALUACION.- Una vez determinados los objetivos y estructurado el contenido, se seleccionan los instrumentos respectivos para evaluar la eficacia del programa. La evaluación debe ajustarse a los objetivos. Los resultados que se obtendrán con la evaluación serán utilizados para comprobar la eficiencia del programa, y para saber si los participantes han aprendido lo necesario para realizar su trabajo en forma correcta.

La evaluación consiste en observar, apreciar y analizar los cambios de conducta de los participantes que son resultado del adiestramiento. La evaluación permite:

-Determinar la eficiencia del programa de adiestramiento y de cada una de las unidades que lo forman.

-Localizar los aspectos positivos y negativos que permitan corregir y superar constantemente el programa.

-Conocer la eficiencia de los participantes para determinar su capacidad ante una tarea.

-Detectar las deficiencias de los participantes para corregirlas.

-Estimular en los participantes el interés por el aprendizaje, al informarles sus resultados.

Siendo los objetivos la base para planear y elaborar la evaluación, es necesario analizar y determinar los tipos de conducta que incluyen los objetivos y, de acuerdo con eso, prever las actividades que será conveniente proponer a los participantes para evaluar el aprendizaje. De acuerdo con la forma de conducta por explorar, la evaluación utiliza diferentes actividades. Las formas de conducta se clasifican en tres categorías:

- Conocimiento o habilidades intelectuales.
- Destrezas manuales o motoras.
- Actitudes

Los elementos que el plan de evaluación debe contener son los siguientes:

-Tipo de Actividades: la evaluación debe propiciar que el participante a un programa manifieste en forma evidente que ha logrado los objetivos del mismo.

-Materiales: para ejecutar las actividades de evaluación, es necesario señalar qué herramientas, materiales o equipo son indispensables para su realización.

-Instrumentos de evaluación: para registrar y controlar la realización de las actividades de evaluación se elaboran instrumentos que consten de un conjunto de reactivos (preguntas o problemas) o de variables (actividades o características de una ejecución descritas con precisión).

La función de la evaluación es valorar la eficiencia de un programa a través de las realizaciones de los participantes. Hay cuatro tipos de evaluaciones: general (cuando evalúa todo un programa), parcial (si se aplica a una parte del mismo), inmediata (si se aplica durante el programa), mediata (cuando se hace después de aplicado el programa).

Para controlar y registrar las actividades que se desarrollan en una situación de evaluación, se elaboran instrumentos compuestos de varios reactivos. Los reactivos deberán explorar todos los conceptos, actividades o características de las informaciones o temas desarrollados durante el entrenamiento o adiestramiento. Los instrumentos de evaluación pueden ser:

- Pruebas escritas, cuando se trate de conocimientos o habilidades intelectuales.
- Pruebas de ensayo, para destrezas manuales o motoras.
- Escala estimativas, para evaluar actitudes.

4)SELECCION DE LAS TECNICAS Y LOS MATERIALES DIDACTICOS: Las técnicas de instrucción y los materiales didácticos facilitan el aprendizaje, si son seleccionados adecuadamente. Los objetivos, los recursos disponibles, el tipo y número de destinatarios, condicionan esta selección.

5)PREPARAR LAS ACTIVIDADES DE INSTRUCCION: El éxito de un programa depende, en gran medida, de la preparación de las actividades que se realizarán en el momento de la instrucción. La improvisación produce resultados poco satisfactorios: es necesario prever la forma en que se dará la información, los ejemplos y los ejercicios que se van a utilizar, etc. Es muy importante contar con materiales didácticos, que faciliten las tareas del instructor y el aprendizaje de los participantes.

6)ORGANIZAR EL CURSO: Se hace necesario prever, por último, la distribución y duración de las sesiones de adiestramiento, y cuidar que las condiciones materiales sean convenientes para realizar el curso.

CAPITULO IV DIAGNÓSTICO DE AVE DE MÉXICO

Compañeros en Ayuda Voluntaria Educativa, A.C. (Ave de México) es una asociación civil conformada por voluntarios altruistas, profesionales en diversas disciplinas, que se dieron a la tarea de formar en 1988 un grupo educativo como respuesta a la crisis de salud causada por el VIH (virus de la Inmuno Deficiencia Humana) agente causal del SIDA, promoviendo un cambio de actitud en el ejercicio de la sexualidad en apego al respeto de los derechos humanos . Dentro de los objetivos de dicha organización se encuentran:

A) Aplicar, de manera prioritaria, sus cursos a la ayuda altruista y solidaria para las víctimas del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

B) Proporcionar información, actualizada y especializada, tendiente a educar al público en general sobre el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), sus características, vías de propagación, índices estadísticos, sintomatología y medios de prevención.

C) Advertir sobre las conductas y prácticas que propician la transmisión del Virus de la Inmuno Deficiencia Humana (VIH) y proponer técnicas alternativas y lineamientos para la reducción del riesgo de contagio.

D) Organizar y promover conferencias y talleres tendientes a la difusión y conocimiento de la enfermedad y su prevención.

E) Promover el desarrollo de servicios voluntarios en apoyo y beneficio de las personas afectadas física o psicológicamente por la enfermedad.

F) Promover el establecimiento de relaciones con instituciones y asociaciones similares, tanto del país como del extranjero, públicas o privadas, para el fomento y beneficio de las actividades de la propia asociación.

G) Elaborar y promover la distribución de ediciones especiales, folletos, monografías y carteles, relacionados con la prevención, tratamiento y conocimientos del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), así como en apoyo de la comprensión de las víctimas de la enfermedad.

H) Realizar actividades que tiendan a producir ingresos para la adquisición de equipo y demás elementos destinados a integrarse al patrimonio de la asociación.

I) Difundir, por cualquier medio de comunicación, las actividades, experiencias, investigaciones y demás realizaciones de la Asociación Civil.

J) El arrendamiento y la adquisición por cualquier título legal, de bienes inmuebles o muebles necesarios o convenientes para el desarrollo de las Actividades de la Asociación.

K) Efectuar todos los actos jurídicos que sin carácter especulativo le son permitidos por las leyes y sus estatutos y tienden a perseguir y conseguir el fin principal común.

La misión de AVE de México es educar con un enfoque científico en la sexualidad y VIH/SIDA, mediante la prevención y atención para el libre ejercicio de la sexualidad, disminuyendo así el impacto de la pandemia. Esto, a través de un servicio proporcionado por un equipo multidisciplinario de voluntarios profesionales que promueven cambios de actitud encaminados a mejorar la calidad de vida y el respeto a los derechos humanos.

Para llevar esto a cabo, proporcionan información de manera actualizada y especializada, advierten sobre las conductas y prácticas que propician la transmisión del VIH y proponen técnicas alternativas y lineamientos para la reducción del riesgo de transmisión.

Dentro de los servicios que AVE proporciona están el brindar: información actualizada y especializada sobre el VIH/SIDA: características, sintomatología, medios de prevención, mitos y aspectos psicosociales. Advierte y orienta respecto a las conductas sexuales de alto riesgo que permiten la transmisión del VIH. Ofrecen alternativas para disponer de un sexo más seguro, de bajo riesgo. Proporciona las técnicas para el uso adecuado de los elementos del Sexo Protegido. Promueve la formación de replicadores de información capacitados para actividades educativas para la prevención de la enfermedad. Asesoría Previa y Posterior a la Prueba de Detección de Anticuerpos al VIH. Descarga Psicológica.

AVE de México es una organización que siempre se ha preocupado por brindar un servicio profesional para cada una de las actividades o servicios que ofrece y además con respeto a los objetivos que en un inicio la propia organización se planteó. Para llevar a cabo esta profesionalización de sus servicios, AVE se ha dado a la tarea de mantener capacitados, actualizados y especializados a sus voluntarios por medio de cursos de capacitación en los cuales se trabajan diversos aspectos del VIH/SIDA (Médicos, biológicos, psicológicos, sociales, etc.) y también algunos cursos de actualización para voluntarios en los que se abarcan diversos temas, desde aspectos básicos sobre el VIH/SIDA hasta como respirar y modular la voz para dar una conferencia.

Todas estas actividades encaminadas a la profesionalización de los voluntarios de AVE de México están dadas con base a los objetivos que la organización estableció en el Acta Constitutiva.

Pero desde la fundación de AVE (1988) hasta la fecha se ha visto que se han presentado un número mayor de necesidades de las que se habían planteado y por lo mismo más objetivos a cubrir que en un inicio.

Un claro ejemplo de estas necesidades a cubrir ha sido desde el año de 1989, la demanda telefónica que hay por parte de la población afectada directa o indirectamente por el VIH/SIDA, para recibir información, asesoría, intervención en crisis, etc.

Desde aquel año se reciben llamadas telefónicas solicitando toda clase de ayuda, y a pesar de que esta actividad (atención, asesoría o intervención telefónica) no estaba contemplada como una de las actividades a realizar por parte de AVE de México, los voluntarios han tenido que dar la intervención telefónica puesto que este servicio sigue siendo solicitado (sigue habiendo demanda).

En un inicio dentro de los cursos de capacitación que se les daban a los voluntarios, se incluía como alguna clase el rubro de la asesoría telefónica, pero sólo como una clase y no como un curso especializado en asesoría telefónica, pero esta clase estuvo incluida como parte del curso de capacitación solamente 2 años. Posteriormente se elaboró una guía para "La atención telefónica", en la cual se incluían algunas de las cosas que se deberían de hacer el estar atendiendo una llamada. Se les entregaba a los voluntarios para que la leyeran y después pudieran atender los teléfonos, o en algunos casos, al voluntario que acababa de incorporarse a la organización se le pedía que durante todo el día estuviera escuchando como se atendían las llamadas telefónica y después de eso se les pedían que atendieran ellos el teléfono. Después de algún tiempo, se observó que esa guía para la atención telefónica que se elaboró en AVE de México por algunos de los voluntarios, no cubría de manera efectiva con todas las necesidades de los usuarios que llamaban, y además no permitía la especialización de los voluntarios en esta área.

Siempre se cubrió esta necesidad dentro de la organización ya que la demanda era evidente, pero en realidad no ha habido una formación o

capacitación adecuada para los voluntarios a los cuales se les asigna esta actividad, se cubre el servicio pero no con las herramientas necesarias o adecuadas. AVE de México en su afán de brindar servicios profesionales a la gente que lo solicita se ha preocupado por ver de que manera se podría cubrir esta necesidad de la manera más profesional y asertiva posible.

Es por eso que han mostrado interés ante la realización de una propuesta de entrenamiento para sus voluntarios sobre intervención telefónica, el cual retomará algunos puntos importante de la Guía de Atención telefónica que tenía AVE de México e incluirá algunos otros aspectos necesarios para llevar a cabo una intervención telefónica asertiva, con base a las necesidades que los usuarios están presentando al teléfono.

Esto ayudaría a los voluntarios a sentirse más seguros de las intervenciones que están haciendo y además a que las hagan con las herramientas teóricas y prácticas necesarias para brindar un servicio profesional y especializado en esta área que no había sido tomada muy en cuenta, pero que es muy importante, porque es un servicio que la gente necesita y además solicita constantemente.

Además este tipo de programa de entrenamiento ayudaría a hacer una selección de los voluntarios que en realidad tengan la capacidad (habilidades y aptitudes) para brindar una intervención telefónica adecuada, y no que tengan que hacerlo porque es un servicio que se está solicitando, pero sin saber en realidad si se está haciendo de una manera adecuada, si en realidad está ayudando, tranquilizando, escuchando, etc., a la persona que llama o si le está provocando al usuario todo lo contrario. Ya que teniendo las herramientas necesarias, el voluntario no dudará ni se angustiará ante la posibilidad de no estar haciendo una buena intervención al teléfono.

La guía para la "Atención Telefónica" que se les daba a los voluntarios de AVE como entrenamiento, para que la leyeran y luego pudieran atender el teléfono es la siguiente:

1. Inicio de la comunicación:

- Preséntate con tu nombre, esto le dará confianza.
- Háblale preferentemente de usted.
- No pidas nombre, sólo si es imprescindible, al final de la conversación o al darle una cita.

2. Explorar necesidades y facilitar la comunicación:

- En un principio deja hablar a la persona que esta llamando.
- Pregúntale si puede hablar con libertad o si es mejor que venga a AVE para hablar personalmente de su "problema".
- Si la persona no puede hablar porque esta muy asustada, llorando o impactada, dile que puede quedarse en silencio mientras se tranquiliza un poco, que tu estarás ahí en la línea el tiempo necesario.
- Si quien llama te hace preguntas concretas, dale la información que requiera y contacta y/o invítala al próximo taller de erotización de sexo seguro en AVE.
- No trates de presionarla para que te proporcione información por teléfono, no es fácil conocer qué tan angustiada o desesperada puede estar una persona.
- No confrontes acerca de lo que la persona te dice, puede hablar en nombre de un familiar, un amigo o alguien que es seropositivo, o tiene miedo de serlo, o le acaban de entregar su resultado de la prueba de ELISA. Aunque puede ser él mismo, sólo dale la información pertinente y concreta una cita.
- Procura relajar la angustia y/o preocupación de la persona, hablándole en tono suave. No seas cortante con lo que la persona te dice y deja que ella exprese lo que quiera.
- Si quien llama es un familiar o un amigo de seropositivo, buscando tips para convivir o manejar una relación con éste, dale la información que requiera y asegúrate de sentir y actuar con el entendimiento de que quien llama es quien necesita la ayuda.

3.Despedida:

-Si la información que requiere, o la problemática a tratar de la persona es muy extensa, dale una cita posterior en AVE, para tratarlo con detenimiento. (A través de una asesoría, descarga o información específica y detallada).

-Confirma que la información ha sido entendida totalmente, pidiendo que el que llama la repita.

-Asegúrate de que la persona que llama se encuentre más tranquila o menos tensa que cuando inició la llamada.

-Trata de infundirle confianza, diciéndole que no se encuentra sola frente a su "problema".

-Si das una cita posterior, asegúrate de darle la información adecuada: dirección completa, vías y formas de acceso y nombre de la persona que la atenderá. En AVE deja anotada en la libreta la cita y la persona que la atenderá, déjale recado y/o infórmale telefónicamente.

-Deja abierta la posibilidad de que pueda volver a llamar las veces que quiera para aclarar dudas o pedir más información.

PROPUESTA PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA VOLUNTARIOS DE AVE DE MÉXICO.

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA.

Los participantes conocerán y utilizarán las herramientas básicas para brindar una adecuada intervención telefónica a personas impactadas por el VIH/SIDA.

OBJETIVO ESPECÍFICO DEL PROGRAMA:

Los participantes podrán llevar a cabo una intervención telefónica asertiva, con las herramientas adecuadas.

SUJETOS:

- *De preferencia de 20 a 30 participantes, para poder formar o 5 equipos de 4 personas o 5 equipos de 6 personas.
- *Formar parte de los voluntarios de AVE de México (haber acreditado Curso de Capacitación Sobre Sexualidad y SIDA).
- *Tener nivel licenciatura, de preferencia en las carreras de psicología o trabajo social.
- *Que les agrade hablar por teléfono.

MATERIAL:

- *Hojas blancas.
- *Bolígrafos.
- *Hojas de Rotafolio.
- *Marcadores.
- *Masquin tape.
- *Sillas las necesarias según el número de participantes (1 para cada uno).
- *Material impreso de los temas que se van a revisar (1 juego por cada participante).

ESCENARIO:

Dado que el programa será para voluntarios de AVE de México, el trabajo se realizará en las instalaciones de la organización. Salón amplio, con buena ventilación e iluminación.

DURACIÓN: Cuatro días con una duración total de 16 horas . Los módulos estará divididos en tres fases módulo I y II, módulo III y IV y módulo V.

CAPACITADOR: Se sugiere que la persona responsable del programa de entrenamiento, tenga conocimientos previos sobre Apoyo Psicológico por Teléfono, Aspectos Generales sobre VIH/SIDA y además tenga experiencia trabajando con grupos.

TEMARIO:

- Módulo I La Comunicación
 Proceso de Escucha.

- Módulo II Consejería en VIH/SIDA.

- Módulo III Entrevista Telefónica.
 Algunos Modelos de Intervención.

- Módulo IV Ayuda Psicológica por Teléfono
 Ética al Teléfono.

MODULO I

O.G. Los participantes conocerán y comprenderán en qué consiste la comunicación liberadora y la importancia del proceso del escuchar.

1.1 Una Buena Comunicación.

Actividades:

- 1-Presentación de cada integrante al grupo.
- 2-Se formarán 4 equipos con los participantes del programa.
- 3-Se realizará la lectura correspondiente a "La Comunicación Liberadora".
- 4-Se describirán las trampas que se encuentran en la comunicación y en qué consiste el proceso de liberación en la comunicación, a fin de identificar los elementos que permiten el proceso de la comunicación liberadora.
- 5-Dos de los equipos realizarán, frente al grupo, una ejemplificación (a través del role playing) de lo que es una comunicación liberadora.

7-Los dos equipos restantes, realizarán una ejemplificación (a través del role playing) de lo que no es una comunicación liberadora.

7-Todos los integrantes distinguirán las características de la comunicación liberadora y no liberadora de cada una de las ejemplificaciones de los equipos.

1.2 El Escuchar

Actividades:

1-Con los equipos formados se realizará la lectura correspondiente al tema de "El proceso del Escuchar".

2-Se explicarán las 4 etapas que comprende el proceso de escuchar e identificarán las características de la voz, resaltando su importancia en la atención telefónica.

3-A cada equipo se le asignará una emoción que deberá representar ante el grupo, para que reconozcan las características de la voz dependiendo de cada una de las emociones.

4-Se hará un resumen de las actividades llevadas a cabo retomando los puntos más importantes para la atención telefónica.

MODULO II

O.G. Los participantes conocerán y comprenderán los elementos de la consejería en VIH/SIDA y seleccionará cuales de ellos son útiles para la atención telefónica.

2.1 Importancia de la consejería en VIH/SIDA.

Actividades:

1-Se formarán 4 equipos nuevos con los participantes.

2-Se realizará la lectura correspondiente al tema "El Rol del consejero y las Destrezas necesarias en la Consejería en VIH/SIDA".

3-Se elaborará un resumen de los puntos relevantes de las lecturas anteriores.

4-Se realizará la lectura correspondiente al tema de las "Recomendaciones Generales de la Consejería en VIH/SIDA".

5-Se elaborará un resumen de los puntos importantes de los materiales revisados.

6-Se hará una discusión acerca de los resúmenes hechos por cada uno de los equipos, de los temas anteriores, con el fin de seleccionar los puntos importantes de la consejería en VIH/SIDA que se podrían utilizar en la atención telefónica.

7-Los integrantes elaborarán y representarán un caso breve(role playing), en el cual utilicen los elementos característicos de la consejería en VIH/SIDA.

MODULO III

O.G. Los participantes conocerán y comprenderán las diferencias entre la atención telefónica y la cara a cara, las fases de la entrevista telefónica y en qué consisten algunas formas de intervención.

3.1 Intervención Telefónica.

Actividades:

1-Los participantes formarán equipos nuevos.

2-Se realizará la lectura correspondiente al tema "Diferencias entre la Intervención Telefónica y Cara a Cara".

3-Al finalizar la lectura se llevará a cabo una pequeña discusión grupal sobre el tema.

4-Se realizará la lectura correspondiente al tema "La entrevista telefónica".

5-Se llevará a cabo la discusión grupal sobre los puntos más relevantes de la lectura y la importancia de estos al estar al teléfono.

6-Se realizará la lectura correspondiente al tema "Algunas formas de Intervención".

7-Se hará un resumen y análisis de cada una de estas formas de intervención y se buscarán las ventajas y desventajas de cada una de ellas.

8-Se discutirán estos puntos en forma grupal.

9-Dos de los integrantes de cada equipo realizarán una ejemplificación (role playing) de algunos de éstas formas de intervención, el equipo correspondiente elegirá una de éstas y el grupo lo deberá de identificar.

10-Al finalizar las ejemplificaciones se realizará una retroalimentación grupal.

MODULO IV.

O.G. Los participantes conocerán y comprenderán en qué consiste la Ayuda Psicológica por Teléfono y los Aspectos Éticos en la Línea.

4.1 Ayuda Psicológica por Teléfono.

1-Los participantes formarán nuevos equipos.

2-Se llevará a cabo la lectura correspondiente a "Los 7 pasos de la Intervención Telefónica".

3-Se hará un resumen y discusión por equipo sobre dicha lectura.

4-Se llevará a cabo una discusión grupal, analizando los puntos más importantes de cada uno de los pasos de la Intervención Telefónica.

5-Se realizará la lectura del tema "Consejos Prácticos al Teléfono".

6-Se realizará un pequeño debate grupal sobre dicha lectura.

4.2 Ética en la Línea Telefónica.

1-Se formarán nuevos equipos.

2-Se llevará a cabo la lectura de los artículos del "Código Ético del Psicólogo".

3-Los participantes indentificarán qué principios de éste código pueden aplicarse en la línea telefónica y por qué.

4-Se hará un resumen de dichos principios por equipo.

- 5-Se realizará una discusión grupal sobre los resúmenes hechos por equipo sobre los principios éticos útiles en la línea telefónica.
- 6-Se formarán nuevos equipos y se elaborará una lista de principios éticos necesarios al estar en la línea, tomando en cuenta no sólo los principios del Código Ético del Psicólogo, sino también algunas de las cosas o reglas que se han revisado en los módulos anteriores.
- 7-Se hará una recopilación de las listas elaboradas por los equipos, para que el grupo elabore su lista única de principios éticos.

MODULO V.

O.G. Los participantes utilizarán adecuadamente las herramientas revisadas en los módulos anteriores para brindar una intervención telefónica asertiva, mediante la simulación de llamadas.

Actividades:

- 1-Se realizará una evaluación escrita del material revisado en los módulos anteriores.
- 2-Se formarán nuevos equipos.
- 3-Se les pedirá a los participantes que elaboren una lista de observaciones sobre el desempeño de cada una de sus compañeros en la simulación de llamadas.
- 4-A los equipos se les darán algunos de los motivos de consulta telefónica más frecuentes en Ave de México (Anexo I) y 2 de los integrantes realizarán la su simulación de la llamada (mediante el role playing), siendo uno el consejero y el otro el usuario, esto se hará frente al grupo.
- 5-Al finalizar la simulación de cada llamada, se hará un análisis grupal (retroalimentación) de la misma y se discutirá en qué puntos fue asertiva y en cuáles no.
- 6-Se volverá a dar a los equipos otro de los temas de consulta telefónica y los dos integrantes restantes tomarán los papeles de consejero y usuario respectivamente.
- 7-Se volverá a hacer el análisis de las llamadas (retroalimentación).

- 8-Estas actividades (la simulación de llamadas y la retroalimentación) se efectuará dos veces más por equipo.
- 9-Al finalizar los ejercicios de simulación de llamadas se entregará a cada participante las observaciones hechas por sus compañeros.
- 10-El responsable del Programa de entrenamiento, entregará a cada participante las observaciones hechas por el mismo.
- 11-Cierre de Programa de Entrenamiento.

AGENDA DE ACTIVIDADES DEL MÓDULO I

Actividad para romper el hielo: Presentación de cada integrante al grupo.

APERTURA.

- Formemos equipos.
- ¿Cuáles son mis expectativas respecto a este entrenamiento?
- Estos son mis objetivos a alcanzar:
- Compartamos con el equipo nuestras conclusiones.
- Leamos material sobre "Una Buena Comunicación" y "El proceso de Escucha".

PUNTOS PRINCIPALES.

- Elementos de la buena comunicación.
- El proceso del escuchar.

APLICACIÓN.

- Ejemplificando lo que es y no es una buena comunicación.
- Identificando las características de la voz.

REFLEXIÓN FINAL.

- ¿Cuáles son los puntos importantes de éste módulo?

NOTA: LA AGENDA DE ACTIVIDADES ES SÓLO PARA LOS PARTICIPANTES.

AGENDA DE ACTIVIDADES DEL MÓDULO II

APERTURA.

- Formemos equipos.
- Leamos el material de "Consejería en VIH/SIDA".

PUNTOS PRINCIPALES.

Consejería en VIH/SIDA.

APLICACIÓN.

- Sacando los puntos importantes sobre la Consejería en VIH/SIDA que nos pueden ser útiles en la atención de llamadas de personas impactadas por el VIH/SIDA.
- Elaborando y ejemplificando un caso breve en donde se apliquen los principios de la Consejería en VIH/SIDA.

REFLEXIÓN FINAL.

- ¿Cuáles son los puntos importantes de éste módulo?
- Discutámoslos.

NOTA: LA AGENDA DE ACTIVIDADES ES SÓLO PARA LOS PARTICIPANTES.

AGENDA DE ACTIVIDADES DEL MÓDULO III

APERTURA.

- Formamos equipos.
- Leamos el material "Intervención Telefónica".

PUNTOS PRINCIPALES.

- Diferencias entre la Intervención Telefónica y Cara a Cara.
- Fases de la Entrevista Telefónica.
- Modelos de Atención Telefónica.

APLICACIÓN.

- Haciendo una ejemplificación de los modelos de atención telefónica.
- Analizando la ejemplificación.

REFLEXIÓN FINAL.

- ¿Qué puntos importantes de estos modelos podemos utilizar?

NOTA: LA AGENDA DE ACTIVIDADES ES SÓLO PARA LOS PARTICIPANTES.

AGENDA DE ACTIVIDADES DEL MÓDULO IV

APERTURA.

- Formamos equipos.
- Leamos el material "Ayuda Psicológica por Teléfono", "Código Ético del Psicólogo".

PUNTOS PRINCIPALES.

- Ayuda Psicológica por teléfono.
- Ética al Teléfono.

APLICACIÓN.

- Discutiendo y analizando los puntos importantes sobre la "Ayuda Psicológica por Teléfono" y "La ética al teléfono".
- Elaborando nuestro propio Código Ético.

REFLEXIÓN FINAL.

- ¿Qué me aporta este módulo?

NOTA: LA AGENDA DE ACTIVIDADES ES SÓLO PARA LOS PARTICIPANTES.

AGENDA DE ACTIVIDADES DEL MÓDULO V.

APERTURA.

- Evaluación escrita.
- Formemos equipos.
- Simulación de llamadas.

PUNTOS PRINCIPALES.

- Herramientas del programa utilizadas efectivamente.

APLICACIÓN.

- Utilizando de forma asertiva las herramientas aprendidas durante el entrenamiento, en la simulación de llamadas.
- Analizando cada una de las llamadas simuladas.
- Evaluando individualmente el desempeño de cada uno de los participantes en las simulación de las llamadas.

REFLEXIÓN FINAL.

- Se cumplieron mis expectativas con respecto al entrenamiento.
- Cierre:aportaciones de los participantes al programa.

NOTA: LA AGENDA DE ACTIVIADES ES SÓLO PARA LOS PARTICIPANTES.

EVALUACIÓN.

La evaluación de los participantes se dividirá en 2 parte: la parte teórica la cual equivale al 30% de la evaluación y la parte práctica que equivale a un 70% de la evaluación.

Para la evaluación sugiere que se realice una examen sobre los contenidos teóricos incluidos en el programa de entrenamiento, la evaluación podrá ser oral o escrita (según los criterios del capacitador), en donde se revisarán los conocimientos adquiridos en los módulos I, II, III, IV.

La evaluación práctica contemplará el uso de las herramientas adquiridas en el entrenamiento, en cada uno de los pasos de la ayuda psicológica por teléfono, esto se verá mediante la simulación de las llamadas recibidas en Ave de México (Anexo I), por medio de role playing, en las cuales se observará si los participantes están poniendo en práctica los conocimientos adquiridos durante el programa de entrenamiento.

Esto se realizará con la ayuda de una lista de puntos característicos (Anexo II) que el consejero deberá de seguir en cada una de las simulaciones de llamada (role playing) e intervenciones telefónicas reales que realice. Además como parte final de la evaluación práctica, cada participante del programa de entrenamiento deberá al menos durante 1 semana contestar los teléfonos de AVE de México y atender llamadas reales, con la supervisión y apoyo en todo momento de un supervisor, el cual estará en la extensión de la línea telefónica escuchando el curso de la llamada y al finalizar la misma hará las observaciones pertinentes al consejero que atendió dicha llamada.

BIBLIOGRAFÍA

- *RICHARDSON, D. (1990). **LA MUJER Y EL SIDA**. MEXICO: MANUAL MODERNO
- *MILLER, D. WEBER, J. GREEN, J. (1989). **ATENCION A PACIENTES DE SIDA**
MEXICO: MANUAL MODERNO.
- *DR. GARCIA ROMO, J. SALIDO RENGELL, F. (1997). **SIDA MANEJO DE PACIENTES
CON VIH**. MEXICO: MANUAL MODERNO.
- *CONASIDA (1997). **GUIA PARA LA ATENCION MEDICA DE PACIENTES CON
INFECCION POR VIH/SIDA EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALES**.
MEXICO: CONASIDA.
- *CONASIDA (1998). **GUIA PARA LA ATENCION PSICOLOGICA DE PERSONAS QUE
VIVEN CON EL VIH/SIDA**. MEXICO: CONASIDA.
- *HEIN, K. FOY DIGERONMA, T. **SIDA, VERDADES EN LUGAR DE MIEDO (UNA GUIA
PARA JOVENES)**. MEXICO: PROMEX.
- *SAN FRANCISCO AIDS FOUNDATION 1991. **ATENCION TEMPRANA DE LA
ENFERMEDAD DEL VIH**.
- *DURAN, J. COHEN, F. (1996). **PACIENTES CON SIDA, CUIDADOS DE ENFERMERIA**
MEXICO: MANUAL MODERNO.
- *DE VITA JR., V. HELLMAN, S. ROSENBERG, S. (1990). **SIDA. ETIOLOGIA,
DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO Y PREVENCION**. MEXICO: SALVAT.
- *CAMP, R. TALLADA, J. (1994). **VIVIR CON EL VIH/SIDA**. BARCELONA, ESPAÑA:
FAUSAL EDITORES.
- *SEPULVEDA, A, J. (1989). **SIDA, CIENCIA Y SOCIEDAD EN MEXICO**. MEXICO:
FONDO DE CULTURA ECONOMICA.
- *SLAIKEW, K. (1999). **INTERVENCION EN CRISIS**. MEXICO: MANUAL MODERNO.

*LIZARRAGA, C, J. (1991). EL SIDA, LA MUERTE Y EL MORIR. PONENCIA PRESENTADA 5 DE JULIO DE 1991 EN MESA REDONDA "SIDA, ASPECTOS PSICOSOCIALES". XXVI ANIVERSARIO CLINICA PERALVILLO ISSSTE.

*GRIMES, D., GRIMES, R. (1994). AIDS AND HIV INFECTION (PSYCHOLOGICAL MANIFESTATIONS). UNITED STATES OF AMERICA: MOSBY'S CLINICAL NURSING SERIES.

*LAFARGA, C, J. (1997). COMUNICACION LIBERADORA. PONENCIA PRESENTADA EN EL IV SIMPOSIO DE DESARROLLO HUMANO: GENERO Y PAREJA. UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL. MEXICO.

*ALVAREZ, M. BONFIL, M. MENDOZA, A. (1972). MANUAL PARA ELABORAR PROGRAMAS DE ADIESTRAMIENTO. MEXICO: ARMO.

*CAROVANO, K. (1991). GUIA DE CONSEJERIA "A TRAVEZ DEL ESPEJO". WASHINGTON D.C. E.U.A. AIDS COM/ AED .

*SAN FRANCISCO AIDS FOUNDATION (1993). MANUAL DE ENTRENAMIENTO DE LINEA DE INFORMACION SOBRE SIDA. E.U.A.: SAN FRANCISCO AIDS FOUNDATION.

*GAITAN, G, A. (1995). MANUAL DE SAPTEL (SISTEMA NACIONAL DE APOYO PSICOLOGICO POR TELEFONO). BASADO EN EL "MANUAL DE LLENADO DE LA CEDULA DE REGISTRO DE SAPT". ELABORADO POR PUENTE SILVA, F. BUSTOS, S. ET ALTERS.

*FOUNDATION AIDS DE PUERTO RICO (1993). RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE CONSEJERIA EN VIH/SIDA. USA: PUERTO RICO

*THE BRIDGE (1995). INTRODUCCION A LA CONSEJERIA A SEMEJANTES. CALIFORNIA: STANFORD UNIVERSITY.

*SOCIEDAD MEXICANA DE PSICOLOGIA (1996). CODIGO ETICO DEL PSICOLOGO MEXICO: TRILLAS.

*HERNANDEZ, G, L. (1997). BOLETIN DE SOCIEDAD MEXICANA DE PSICOLOGIA ABRIL 1997.

*HERNANDEZ, R, A., BONILLA, M, M., ANDRADE, P, P. (1996). ACTITUDES HACIA EL ENFERMO VIH/SIDA EN ADOLESCENTES. TRABAJO PRESENTADO EN VI CONGRESO MEXICANO DE PSICOLOGIA SOCIAL. II REUNION LATINOAMERICANA DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA TRANSCULTURAL. MEXICO:SONORA.

*MORALES, R. (1995). ELEMENTOS PARA CONTEXTUALIZAR EL TEMA DE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES. TRABAJO PRESENTADO EN LA MESA DE TRABAJO ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LAS PERSONAS QUE VIVIMOS CON VIH/SIDA. EN EL ENCUENTRO NACIONAL DE PERSONAS QUE VIVIMOS CON EL VIH/SIDA "FORTALECERNOS PARA VIVIR MAS Y MEJOR". MEXICO 1995.

*BRANDT,A. (1988). THE SYPHILIS EPIDEMIC AND ITS RELATION TO AIDS. SIENCE, 375-380.

*GALVAN,M., GAY,G. (1992). ACTITUD HACIA EL SIDA EN UN GRUPO DE HOMOSEXUALES. TESIS NO PUBLICADA LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL.

*GODINEZ, A. (1994). EL PROCESO DE DUELO Y SU RELACION CON EL VIH/SIDA. TESIS LICENCIATURA (NO PUBLICADA) EN PSICOLOGIA UNAM.

*DIAZ, L, R. (1992). CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, CREENCIAS Y PRACTICAS SEXUALES RELACIONADAS CON EL SIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. INVESTIGACION E INNOVACIONES DOCENTES EN PSICOLOGIA 83-93.

*CASTRO,R. (1988). ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL SIDA: ESTIGMA Y PREJUICIOS. SALUD PUBLICA 30. 629-634.

*DILLEY,J., OCHITILL,H., PERL,M., AND VOLBERDING, P. (1985). FINDINGS IN PSYCHIATRIC CONSULTATIONS WITH PATIENTS WITH ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME. AM.J. PSYCHIAT., 142 (1),82.

*MILLER, D. AND GREEN, J. (1985). PSYCHOLOGICAL SUPPORT AND COUNSELLING IN ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS). GENITOURIN. MED., 61, 273.

*MILLER, D., GREEN, J., FARMER, R. AND CARROLL, G. (1983). A 'PSEUDO AIDS' SYNDROME FOLLOWING FROM A FEAR OF AIDS. BR. J. PSYCHIAT., 146, 550.

*COATES, T. TEMOSHOK, L. AND MANDEL, J. (1984). PSYCHOSOCIAL RESEARCH IS ESSENTIAL TO UNDERSTANDING AND TREATING AIDS. AM. PSYCHOL.

*CARNWATH, T. AND MILLER, D. (1985). BEHAVIORAL PSYCHOTHERAPY IN PRIMARY CARE. LONDON, ACADEMIC PRESS.

*JUAREZ, L. (1990). UNA VISION EN TORNO A LA MUERTE. PONENCIA PRESENTADA EN EL I ENCUENTRO NACIONAL SOBRE SIDA, SEXUALIDAD Y SOCIEDAD EN LA ENAH MEXICO.

*LIZARRAGA, C, X. (1990). CONTINUO PSICOAFECTIVO EN TORNO AL SIDA: UN MODELO. PONENCIA PRESENTADA EN EL I ENCUENTRO NACIONAL SOBRE SIDA, SEXUALIDAD Y SOCIEDAD EN LA ENAH MEXICO.

*LIZARRAGA, C, X. (1991). EL SIDA, LA MUERTE Y EL MORIR. PONENCIA PRESENTADA EN MESA REDONDA SIDA ASPECTOS PSICOSOCIALES. EN LA CELEBRACION DEL XXVI ANIVERSARIO DE LA CLINICA PERALVILLO ISSTE.

*SONTAG, S. (1988). EL SIDA Y SUS METAFORAS. BARCELONA : MUCHNIK EDITORES.

*FICHTL, J. Y HERNANDEZ, L. (1998). EL VIH/SIDA: RETO SOCIAL Y DESAFIO LEGISLATIVO. PONENCIA PRESENTADA PARA FORO INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS.

*LA JORNADA (1997). SUPLEMENTO LETRA S "SALUD, SEXUALIDAD Y SIDA". NO. 14/SEPTIEMBRE 4 . MEXICO.

*LESTER, D. BROCKOOP, G. (1973). **CRISIS INTERVENTION AND COUNSELING BY TELEPHONE**. SPRINGFIELD, III. CHARLES C. THOMAS.

*LESTER, D. (1977). THE USE OF THE TELEPHONE IN COUNSELING AND CRISIS INTERVENTION: IN ITHIEL. DE SOLA POOL (ED.), **THE SOCIAL IMPACT OF THE TELEPHONE**. BUSTAN:MIT PRESS.

*FOWLWE, D., MCGREE, R. (1973). ASSESSING THE PERFORMANCE OF TELEPHONE CRISIS WORKERS: THE DEVELOPMENT OF A TECHNICAL EFFECTIVENESS SCALE. IN D. LESTER AND G. BROCKOPP (EDS.). **CRISIS INTERVENTIO AND COUNSELING BY TELEPHONE**. SPRINGFIELD, III. CHARLES C. THOMAS.

*KNICKERBOCKER, D. AND MCGREE, (1973). CLINICAL EFFECTIVENESS OF VOLUNTEER CRISIS WORKERS ON THE TELEPHONE. IN D. LESTER AND G. BROCKOPP (EDS.), **CRISIS INTERVENTION AND COUNSELING BY TELEPHONE**. SPRINGFIELD, ILLINOIS: CHARLES C. THOMAS.

*WALFISH, S., TAPP, J., TULKIN, S., SLAIKEW, K. AND RUSSELL, M. (1976). THE DEVELOPMENT OF A CONTRACT NEGOTIATIONS SCALE FOR CRISIS COUNSELING. **CRISIS INTERVENTION**.

Número: Con el fin de llevar un control de llamadas.

Edad: En qué tipo de población hay más dudas, problemas o confusiones con respecto al VIH/SIDA.

Sexo y Estado Civil: En dónde hay más dudas y quiénes llaman más.

Escolaridad: Ver si ésta influye con respecto a los conocimientos o ideas que el solicitante tiene con respecto al VIH/SIDA.

Motivo de Llamada: Ver cuáles son las dudas o preocupaciones más frecuentes entorno al VIH/SIDA .

Información Proporcionada: Ver si en realidad se cubrieron las necesidades que nos planteó el usuario durante la llamada.

Referencia: En caso de que se remita al usuario a alguna otra organización, ver si ésta referencia va de acuerdo a la necesidad de la persona que nos llamó.

Atendió: Saber quién tomó la llamada por si es necesario que nos aclare algo sobre la misma, y para ver que tipo de intervención hizo.

Comentarios: Para conocer información adicional de la llamada que sea importante o relevante para el análisis de la misma.

Instrucciones de Llenado: En caso de que sea posible tener los datos de la persona que nos llama llenar los puntos de esta hoja, algunos de ellos los puedes obtener en el transcurso de la llamada sin necesidad de preguntarlos. En motivo de llamada anota textualmente por qué esta llamando la persona, tal y como ella nos lo reporte. en información proporcionada que fue en resumen lo que se le dijo a la persona, y cómo se le dijo. En referencia anotar a dónde se refirió a la persona, si es que ésta se llevó a cabo, si no deja el espacio vacío. En comentarios es muy importante que anotes todos los aspectos relevantes que hayas obtenido de la llamada, como por ejemplo: cómo se oía el usuario cuando empezó la llamada y cómo al finalizarla, si el motivo de llamada manifestado al inicio coincidía con todo lo que la persona nos expresó durante la llamada, o si su real motivo de llamada era otro, si notaste algo raro o especial en el usuario que te llamara la atención, y todos los datos que creas que nos brindarán más información sobre la llamada.

ANÁLISIS DE LAS HOJAS DE REGISTRO DE LLAMADAS DE AVE DE MÉXICO.

Después de analizar las hojas de registro de llamadas de Ave de México, las cuales constan de un período de 2 meses (40 llamadas), se observó que las personas que llaman a AVE de México oscilan entre las edades de 12 a 50 años, de los cuales 22 de las llamadas fueron de mujeres y 18 de hombres. Los usuarios manifestaron dudas sobre la prueba de detección de anticuerpos, efectividad y uso del condón, miedo o incertidumbre de ¿Qué hacer o qué precauciones tomar con una persona infectada?, desconocimiento y mitos en torno a las formas de transmisión del VIH/SIDA. Pero sobre todo se vió que muchas de las personas que llaman para consultar como primera instancia ¿Cuáles son las actividades, cursos o talleres que se imparte en AVE de México?, y después de que se les daba la información que requerían, manifestaban otro tipo de inquietudes con respecto al VIH/SIDA.

Esto nos muestra que las personas que llaman a AVE de México, no preguntan o expresan como primera instancia el motivo de consulta real de su llamada, ya que como todo lo que tiene que ver con el VIH/SIDA tiene que ver con sexualidad, mitos y miedos con respecto a la infección y la enfermedad, no tienen la confianza para preguntarlo de entrada. Por esto es importante poner énfasis en indagar mediante la llamada cuál es el motivo de consulta real de la misma, o sea saber identificar que es lo que realmente le preocupa o angustia a la persona. Aparte de proporcionarle la información adecuada, ofrecerle apoyo psicológico y mantener una actitud empática.

NOTA: Se sugiere que los motivos de llamadas presentados en estas hojas de registro (40 llamadas) se utilicen posteriormente para poder realizar el role playing de las mismas durante la evaluación práctica del Programa de Entrenamiento.

ANEXO II

PUNTOS A OBSERVAR EN LA EVALUACIÓN PRACTICA.

Nombre Participante.....

Role Playing N°.....

Llamada Real N°.....

- +Hizo contacto psicológico.
- +Propició la comunicación.
- +Propició expresión de sentimientos.
- +Actitud empática.
- +Focalizó demanda aquí-ahora.
- +Detectó necesidades inmediatas.
- +Detectó factores de riesgo.
- +Detectó situación crisis.
- +Exploró recursos personales.
- +Exploró dudas o creencias.
- +Exploró alternativas y posibles soluciones.
- +Estimuló a enfrentar problema.
- +Buen cierre.
Al finalizar la llamada preguntarle al usuario ¿Cómo se siente ahora y qué le deja la llamada?
- +Observaciones Generales del Supervisor.