

154



Universidad Nacional Autónoma De México

Facultad De Estudios Superiores Iztacala

Discriminación Laboral por VIH/SIDA

Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología

Presenta: Alma Delia Núñez Ambriz

Asesores: Lic. Bertha Gallegos Ortega
Dr. Marco Eduardo Murueta Reyes
Mtro. Fernando Quintanar Olguín



Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla

2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

USTEDES ME DICEN, ENTONCES,
QUE TENGO QUE PERECER
COMO TAMBIÉN LAS FLORES QUE CULTIVÉ
PERECERÁN.
¿DE MI NOMBRE NADA QUEDARÁ,
NADIE MI FAMA RECORDARÁ?
PERO LOS JARDINES QUE PLANTÉ,
SON JÓVENES
Y
CRECERÁN...
LAS CANCIONES QUE CANTÉ,
¡CANTÁNDOSE SEGUIRÁN!

HUEXOTZINCATZIN
PRÍNCIPE DE TEXCOCO, 1484

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS PADRES.
MARÍA EUGENIA
Y
LEONARDO.

POR EL APOYO RECIBIDO
A LO LARGO DE TODOS LOS DÍAS
DE MI VIDA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MI HERMANO.
BRAULIO.

POR SUS DISCRETAS.
PERO
PERMANENTES.
ENSEÑANZAS

A "DOÑA LUCHA" (†).
MI "ABUELIS".

POR RECORDARME
LA FRAGILIDAD
Y RAPIDEZ
CON QUE PASA
LA VIDA

A FRANCISCO P.

POR ESTAR PRESENTE
EN TODOS
LOS
BUENOS
Y
MALOS
MOMENTOS

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Y
MIS PROFESORES

POR AYUDARME A SER QUIEN SOY

ÍNDICE TEMÁTICO

<p style="text-align: center;">TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p>

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPÍTULO 1 - PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL	7
1. Psicología	7
2. Áreas de la Psicología	7
3. Psicología Organizacional	9
4. Historia de la Psicología Organizacional	10
5. La Organización	11
6. Elementos de una Organización	13
Organización dentro de la Organización	14
Actividades de una Organización	16
Cultura Organizacional	17
Funciones de la Cultura Organizacional	18
Creación y sostenimiento de la Cultura Organizacional	19
Clima Organizacional	20
7. El campo de la Psicología Organizacional	22
CAPÍTULO 2 - PARTICIPACIÓN DEL PSICÓLOGO DENTRO DE UNA ORGANIZACIÓN	24
1. La Psicología Organizacional como profesión	24
2. Áreas de desarrollo de la Psicología Organizacional	24
Reclutamiento y Selección de Personal	25
Capacitación	30
Desarrollo Organizacional	36
3. Problemas de la Psicología Organizacional	40
CAPÍTULO 3 - INFORMACIÓN BÁSICA DEL VIH/SIDA	42
1. VIH/SIDA	42
2. Vías de transmisión	44
3. Etapas de Infección	45
4. Medidas de Prevención	47
5. Pruebas de detección de anticuerpos contra el VIH/SIDA	49
La Consejería	50
6. Consecuencias psicosociales	52
7. Intervención Psicológica en el trabajo con personas que viven con VIH/SIDA	55
8. Epidemiología	58

CAPÍTULO 4 - EL VIH/SIDA DENTRO DE UNA ORGANIZACIÓN	63
1. El VIH/SIDA en la organización	63
2. Examen médico y VIH/SIDA	66
CAPÍTULO 5 - DISCRIMINACIÓN LABORAL POR VIH/SIDA	68
1. La persona: el recurso humano de una organización	68
2. Rechazo social y estigmatización	69
a) Violación de Derechos Humanos	72
b) Castigo Social	73
3. Solución Organizacional ante un caso de VIH/SIDA	74
4. Discriminación Laboral	75
5. Prevención a la exposición del VIH/SIDA en el lugar de trabajo	77
El VIH/SIDA y las normas aplicadas al lugar de trabajo	77
6. Participación del Psicólogo en la Discriminación Laboral	79
CONCLUSIONES	86
REFERENCIAS	90
ANEXO 1	95
ANEXO 2	116
ANEXO 3	121
ANEXO 4	122

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Erróneamente, en los lugares de trabajo, el temor y el miedo a contraer el VIH/SIDA se cree posible por el hecho de entrar en un contacto casual; en consecuencia, el maltrato, el aislamiento y la segregación por parte de trabajadores y autoridades de la organización se hacen presentes. En México se han contabilizado aproximadamente 34 mil casos de VIH, de los cuáles, cerca de la mitad fueron detectados por certificados de defunción, lo que conlleva a considerar que una gran parte de las personas seropositivas desconocen que lo son. El principal problema ante esta situación es que aquellos que resultan afectados desconocen si tienen derechos o algún apoyo, además, dado que el VIH/SIDA está en muchas ocasiones ligado con la sexualidad, y ésta sigue siendo un tabú en la sociedad mexicana, se evita presentar una demanda que ponga en riesgo el tener que hablar de la forma en que se adquirió el virus o el que un círculo más amplio de personas se entere de la situación. La idea de incursionar en este tema consiste en informar sobre la Discriminación Laboral por VIH/SIDA a aquellos psicólogos interesados en el área organizacional, y a su vez, documentar a los psicólogos con trabajo en el VIH/SIDA sobre las posibles acciones que pudiera tener una Organización para con una persona que vive con el virus. Hablar de soluciones en el presente tópico es todavía muy pronto ya que aún no existe una cultura que permita hablar de ello sin censura, sin embargo, bajo el principio de que la información conlleva a la mejor prevención, es que se toma como base el sensibilizar a psicólogos y público en general sobre la importancia de la prevención de la infección por VIH, disminuyendo en consecuencia, la incidencia en casos de Discriminación Laboral por dicho motivo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como es sabido, gran cantidad de hombres y mujeres empleados gastan más de la mitad de sus horas de vigilia en el mundo del trabajo. Las actividades y situaciones ahí presenciados y vividos, repercuten no sólo en la persona misma sino en el contexto en el que se desenvuelve, provocando a su vez un efecto en cadena que puedo afectar, favorable o desfavorablemente, a otros. Partiendo de este hecho tan común hoy en día, es que surge el interés de la Psicología por la organización como un lugar para estudiar la conducta.

La gran variedad de conductas humanas estudiadas por los psicólogos dentro de una organización es tan amplia como la estudiada por psicólogos con trabajo en otras áreas (clínica, instituciones educativas, etc.). La labor e interés del Psicólogo Organizacional se centra en lo relacionado con la creación de circunstancias óptimas para la utilización de los recursos humanos, los problemas de productividad humana y su ejecución en el trabajo, el aprendizaje humano y la adquisición de destrezas, la motivación y sus efectos, la seguridad física y psicológica del personal, y finalmente la interacción entre las necesidades y objetivos de la organización y las necesidades de sus trabajadores (Dunnette y Kirchner, 1997), entre otros.

Tomando en cuenta circunstancias como las anteriormente citadas, definir la Psicología Organizacional puede resultar un tanto complejo, ya que además de requerirse conocimientos sobre administración, se involucran también aspectos históricos, especialmente aquellos relacionados con el proceso de la producción, que en conjunto permiten asegurar que el área organizacional, como contexto psicológico para la operación psicológica, surgió de la administración y de los procesos sociales ocurridos (Vargas y Velasco, 1998). Es a partir de esto, que la presente área de la Psicología haya sido llamada primeramente Psicología Industrial puesto que se partía de la idea de concebir a la industria como "el lugar en donde ciertos individuos se encargan de la elaboración de algún producto" (Vargas y Velasco, 1998; p. 8), y que ahora sea nombrada como Psicología Organizacional, título que abarca otras estructuras materiales y grupos en donde no podía precisarse la elaboración de un <<producto físico>> o la prestación de un servicio (tiendas, escuelas, hospitales, etc.) pero que igualmente comercializan (Vargas y Velasco, 1998). Por todo lo anterior, es que la Psicología Organizacional, resultado de la circunscripción

administrativa, la demanda del conocimiento especializado por parte de grupos sociales y la delimitación hecha por la propia Psicología, se defina como: "el área tecnológica de la Psicología encargada de operar en el contexto definido como organización" (Vargas y Velasco, 1998; p. 9).

En lo que respecta a la labor del Psicólogo dentro de las organizaciones, éste ha desarrollado a través del tiempo actividades administrativas que no corresponden a la formación académica propia, pero que ha tenido que aprender conforme se involucra en ella, de ahí que su participación dentro de este ámbito pueda ser definida actualmente por alguno de los procesos que a continuación se mencionan:

- *Reclutamiento y selección (y recolocación) de personal.* Una organización cuenta con diversos puestos que necesitan ocuparse, en este caso, la participación del psicólogo consiste en evaluar las características de los solicitantes y asignarlos a los puestos de tal manera que sea máxima la eficiencia de la estructura planteada.
- *Adiestramiento y Capacitación.* Este proceso asegura la ejecución eficiente de un trabajo ya que se adiestra y capacita a los empleados en las destrezas o conocimientos requeridos por el puesto.
- *Desarrollo Organizacional.* Es una estrategia que busca cambios progresivos o persigue la solución de los problemas presentes en una organización.

Retomando este proceso y considerando que el desarrollo organizacional es de gran importancia para una buena relación entre los individuos, es conveniente enmarcar que esto no siempre resulta y que los problemas suscitados dentro de una organización proceden de diversos puntos, muchas veces como consecuencia de elementos externos a la misma pero que afectan de manera directa las relaciones interpersonales existentes, tal es el caso de la discriminación laboral en la que una persona se ve participe por el hecho de ser del conocimiento público su estado serológico (especialmente si éste es positivo).

La implicación del VIH/SIDA en la fuerza de trabajo no se encuentra limitado a grupos estereotipados sino que incluye a cualquier persona <<normal>>, entre ellos, obviamente un profesionista. En los lugares de trabajo, el temor y el miedo a contraer el VIH/SIDA se cree que es posible en un 40% y 50% por entrar en contacto casual y el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

entender este impacto del VIH/SIDA dependerá del sistema de información que se emplee para cuantificar la difusión de la enfermedad y con esto mejorar la cantidad y calidad de producción en el trabajo (Valencia, 1995). En México se han contabilizado aproximadamente unos 34 mil casos de VIH, de los cuáles un 50% fueron detectados por medio de certificados de defunción, lo que conlleva a considerar que una gran parte de las personas seropositivas desconocen que lo son. El principal problema es que aquellos que resultan afectados ni siquiera saben si tienen derechos, además como el VIH/SIDA está muy ligado a la sexualidad y ésta sigue siendo un tabú en la sociedad mexicana se evita presentar una demanda que ponga en riesgo el tener que hablar de la forma en que lo adquirió o el que un círculo más amplio de personas se enteren de su situación (Reyes, 1998). La Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por VIH, hace clara referencia a la confidencialidad de la prueba, la cual debe ser voluntaria y cuyo resultado no puede ser causa aparente para la negación de servicios de salud, la rescisión de un contrato laboral o la expulsión de la escuela. Tampoco justifica el aislamiento o la segregación social o familiar. Sin embargo, en la práctica resultan cotidianos los casos en que ser portador del VIH/SIDA pone a las personas en riesgo de perder el empleo, la escuela propia o de los hijos, sufrir el maltrato por parte de los trabajadores de la salud u otras violaciones que son cotidianas, [y ante las cuales pocas personas]... se atreven a demandar" (Reyes, 1998) o a realizar alguna maniobra en defensa propia.

Considerando la información hasta aquí mencionada son muchas las interrogantes que surgen y muchos los caminos que pueden ofrecer una respuesta, sin embargo, pocos los que conllevan a soluciones. La idea de incursionar en este tema actual, aún poco abordado, consiste en informar sobre la Discriminación Laboral por VIH/SIDA a aquellos psicólogos interesados en el área organizacional, y a su vez, documentar a los psicólogos con trabajo en el VIH/SIDA sobre las posibles acciones que pudiera tener una Organización para con una persona que vive con el VIH/SIDA. Hablar de soluciones en el presente tópico es todavía muy pronto ya que aún no existe una cultura que permita hablar del VIH/SIDA sin censura. Sin embargo, la información conlleva a la mejor prevención, de ahí que se tome como base el sensibilizar a los psicólogos y público en general sobre la importancia de la prevención del VIH/SIDA a fin de evitar la infección por dicho virus y por consiguiente disminuir la incidencia en casos de Discriminación Laboral por VIH/SIDA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 1

PSICOLOGÍA ORGANIZACIONAL

1. Psicología

La Psicología es una disciplina que permite estudiar el entorno social a partir de diversas metodologías.

En lo que respecta a su definición, se coincide en mencionarle como la ciencia que estudia el comportamiento humano (Barriga, 1992; Schultz, 1996; Dunnette y Kirchner, 1997) en sus diversas expresiones y contextos (Harrsch, 1993). Sin embargo, dicha definición puede verse modificada en función de la corriente psicológica que haya adquirido el profesional, y en consecuencia, de las explicaciones e interpretaciones que se formulen al respecto; en otras palabras, la concepción de la Psicología, a pesar de considerar el mismo objeto de estudio, podrá visualizarse desde distintas perspectivas tal y como ocurre con el Psicoanálisis, Conductismo y Humanismo, por ejemplo.

2. Áreas de la Psicología

Dentro de las aplicaciones de la Psicología conocidas por la población en general, y probablemente el aspecto más estudiado dentro de esta disciplina, tanto en el nivel teórico como en el práctico, ha sido el área clínica, sin embargo, dista de ser la única o más útil para la comunidad (Harrsch, 1993) ya que la Psicología cuenta con áreas que se especializan en el estudio de la conducta del hombre dentro de un determinado contexto.

Tomando como base lo anterior es que se puede hablar de la Psicología Clínica, Educativa, Social, del Trabajo y Experimental (Dirección General de Orientación Vocacional, 1991; Ramos, 1994. En Garzón, 1998: p. 8). A continuación se presenta un breve resumen de ellas (Tabla 1).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAMPO DE APLICACIÓN	FUNCIONES	NIVEL ACADÉMICO REQUERIDO	CENTROS DE ACCIÓN
<p><i>Clinico</i></p> <p>Estudia, investiga e interviene en los problemas y trastornos de conducta (Dirección General de Orientación Vocacional, 1991).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación-diagnóstico Prevención Rehabilitación 	<ul style="list-style-type: none"> Licenciatura 	<ul style="list-style-type: none"> Hospitales Clínicas Guarderías Centros de Salud Mental Consultorios
	<p>Psicoterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> Individual De pareja Familiar De grupo 	<ul style="list-style-type: none"> Posgrado Especialización Experiencia supervisada 	
<p><i>Educativo</i></p> <p>Estudia los procesos psicológicos del comportamiento con relación al fenómeno del aprendizaje y los procesos del desarrollo educativo (Dirección General de Orientación Vocacional, 1991).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación-admisión Detección de problemas de aprendizaje Prevención-planeación y programación Orientación Vocacional y ocupacional 	<ul style="list-style-type: none"> Licenciatura 	<p>Escuelas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Primarias Secundarias Preparatorias Universidades Centros de Educación Especial Centros de Terapia Educativa
	<ul style="list-style-type: none"> Terapia educativa Educación especial 	<ul style="list-style-type: none"> Especialización Experiencia supervisada 	
<p><i>Social</i></p> <p>Estudia, investiga e interviene en problemas de grupo y/u organizaciones sociales (Dirección General de Orientación Vocacional, 1991).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación Planeación Programación Intervención 	<ul style="list-style-type: none"> Licenciatura 	<ul style="list-style-type: none"> Comunidades Organizaciones sociales Centros penitenciarios
	<p>En la estructura individuo-familia-sociedad</p> <ul style="list-style-type: none"> Asesoría a nivel jurídico Desarrollo de comunidades 		

Continúa....

CAMPOS DE APLICACIÓN	FUNCIONES	NIVEL ACADÉMICO REQUERIDO	CENTROS DE ACCIÓN
<p><i>Organizacional (Del Trabajo)</i></p> <p>Investiga los problemas que se presentan dentro del área de trabajo y que involucran la productividad, además de realizar evaluaciones del personal, capacitación y problemas organizacionales (Dirección General de Orientación Vocacional, 1991).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Selección de personal • Capacitación • Consultoría Laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura 	<ul style="list-style-type: none"> • Empresas públicas • Empresas privadas
	<ul style="list-style-type: none"> • Administración • Desarrollo Organizacional • Consultoría Laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Especialización • Experiencia 	
<p><i>General-experimental</i></p> <p>Investiga procesos básicos psicológicos que intervienen en la interacción del sujeto a su ambiente (Dirección General de Orientación Vocacional, 1991).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Investigaciones y perfeccionamiento de teorías y métodos científicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura, • Posgrado, • Experiencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Laboratorios • Institutos de Investigación
<p><i>Todos los campos</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Investigación • Docencia • Divulgación 	<ul style="list-style-type: none"> • Licenciatura, • Posgrado, • Experiencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de trabajo • Centros de estudio

Tabla 1. Áreas de la Psicología

Fuente: Harrsch, C. (1993) El psicólogo, ¿qué hace?. Identidad profesional. México: Alhambra Mexicana, p. 152-153

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

3. Psicología Organizacional

Considerada dentro del marco del desarrollo de la Psicología, la aparición del área Organizacional resulta como consecuencia de la creación y transformación de sistemas sociales, especialmente de aquellos relacionados con los medios de producción (Vargas y Velasco, 1998).

Por el motivo anterior, en un principio fue identificada como Psicología Industrial ya que hacía referencia "al lugar (local de operación), la estructura (recursos materiales y técnicos) y el grupo de individuos encargados de la elaboración de algún producto (industria automotriz, calzado, electrónicos, etc.)" (Vargas y Velasco, 1998; p. 8), sin embargo, tal título cambiaría al de Organizacional por el propósito de "abarcar otras estructuras materiales y grupos donde no podía precisarse la elaboración de un <<producto>> físico" (Vargas y Velasco 1998; p. 8) o la prestación de un servicio. Asimismo, cabe mencionar que la transición entre la denominada Psicología Industrial a la Organizacional "no obedece a una <<reconsideración psicológica>>, sino al cambio en las teorías administrativas y sistemas de trabajo (Vargas y Velasco, 1998; p. 8).

4. Historia de la Psicología Organizacional

La Psicología Industrial, hoy conocida como Organizacional, nace a principios del siglo XX. Precisar su origen y fundador es por demás difícil pero diversos autores coinciden en atribuirlo al profesor Walter Dill Scott por la publicación de su obra titulada como *The Theory of Advertising* (Garzón, 1998).

Al igual que la anterior, muchas situaciones que involucran aportaciones para esta área de la Psicología fueron suscitándose. A continuación se citan aspectos importantes al respecto (Hidalgo, 1995; Schultz, 1996; Garzón, 1998):

- 1903. Walter Dill Scott publica de *The Theory of Advertising*, primer libro que considera a la Psicología en conjunto con aspectos laborales.
- 1911. Frederick W. Taylor realiza estudios sobre el trabajo en los que se involucran métodos y tiempos necesarios para determinar las aptitudes exigidas a una persona dentro de este contexto.
- 1913. Publicación de *The Psychology of Industrial Efficiency* escrito por Hugo Münsterberg.
- 1914-1918. Petición de ayuda a profesionales de la Psicología por parte del ejército de Estados Unidos durante la Primera Guerra Mundial ante la necesidad de selección y clasificación de reclutas.
- Rediseño y adaptación de los tests empleados con el ejército a uso civil.

- 1924. Elton Mayo realiza los denominados *estudios de Hawthorne* en los que se abordaron temas como relaciones humanas, <<espíritu>> de equipo y motivación.
- 1939-3945. La Segunda Guerra Mundial requirió de más de 2000 psicólogos: su labor, al igual que en la Primera Guerra Mundial, consistió en seleccionar y clasificar reclutas.
- 1945. A partir de este año, el desarrollo de la presente área de la Psicología conlleva un cierto paralelismo con el crecimiento de la tecnología y empresas. La creación de métodos y técnicas de producción presenta una nueva necesidad: capacitar al obrero.
- Actualmente, los psicólogos organizacionales se enfocan, además del Reclutamiento, Selección y Capacitación del personal, a estudiar la estructura de diversas industrias y/u organizaciones, el liderazgo y estilos de comunicación y la cultura y clima de la organización, entre otros tópicos; todo ellos con el propósito de conocer la influencia que tienen en el comportamiento del empleado dentro del contexto en cuestión.

De manera particular, y haciendo referencia explícita a México, la Psicología Industrial aparece durante el año de 1923 (Mouret y Ribes, 1977. En Harrsch, 1993) con la fundación del Departamento Psicotécnico del Departamento del Distrito Federal, que surge tomando como base las necesidades de desarrollo de la tecnología industrial. En este caso, el psicólogo se inserta en el ámbito organizacional abordando problemas existentes dentro de las relaciones laborales y selección de personal, además de realizar estudios sobre eficiencia y seguridad del mismo.

5. La Organización

Hablar de una organización involucra, primeramente, el conocimiento de conceptos que le definen y, segundo, de elementos diversos que le conforman y varían de acuerdo al contexto en el que se participe o del que se trate.

En lo que respecta a la concepción de una organización, esta ha sido visualizada desde distintos puntos de vista -independientemente de la corriente psicológica adoptada

por el profesionalista-, incluyéndose aquellas equivalentes a Industria, Empresa y/o agrupamiento de actividades. De este modo, resulta factible que al revisar material bibliográfico puedan encontrarse definiciones como las siguientes:

- "Conjunto de operaciones materiales ejecutadas para la obtención, transformación o transporte de uno o varios productos naturales" (Navarro, 1989; p. 163).
- "Casa o sociedad mercantil o industrial fundada para emprender proyectos de importancia" (Navarro, 1989; p. 12)
- "... no es sólo un conjunto de máquinas y un edificio; es sobre todo, un conjunto de hombres y mujeres que trabajan juntos" (Schein, 1972; p. 9).
- "Coordinación racional de las actividades de un cierto número de personas que intentan conseguir una finalidad y objeto común y explícito mediante la división de las funciones y del trabajo a través de una jerarquización de la autoridad y de la responsabilidad" (Schein, 1972; p. 19).
- "Agrupamiento de actividades necesarias para llevar a cabo planes a través de unidades administrativas definiendo las relaciones jerárquicas entre los jefes y los subordinados. Puede pensarse en ella como una estructura dentro de la cual se desarrolla el trabajo de los negocios, la dirección y las demás actividades" (Laris, 1977. En Rodríguez, 1995; p. 18).
- "Función administrativa que establece el rol formal que jugará la gente en la organización" (Jiménez, 2000a).

Particularmente, y para fines del presente trabajo, el término de Organización se basará en la definición propuesta por Vargas y Velasco (1998; p. 8): "Organización, para efecto de la delimitación del área tecnológica de la Psicología, hace referencia exclusivamente a los grupos definidos social y administrativamente que tienen un objetivo productivo, comercial o de servicio, y que cubren necesidades individuales o de otros grupos, donde el comportamiento del individuo es explicado en los términos de la Psicología Básica".

Desde este punto de vista, puede mencionarse que una Organización es similar a un sistema, es decir, a un conjunto de elementos que desempeñan funciones propias y que son

coordinadas de modo tal que contribuyen al funcionamiento de un sistema total (Rodríguez, 1995).

6. Elementos de una Organización.

Como elementos de una organización se entienden aquellas características que definen a ésta última pero que son particulares en cada caso, es por ello que, de acuerdo con Caballero y Lahera (1998), las organizaciones puedan ser clasificadas de la siguiente manera:

- a) Organizaciones de servicios. Su función básica es prestar atención especializada a los clientes. Dentro de esta categoría se incluyen hospitales, escuelas, clínicas de salud mental, etc.
- b) Organizaciones productivas. Toman como base la materia prima para elaborar determinados productos; una vez terminados les otorgan un valor agregado.
- c) Organizaciones comerciales. Se enfoca a la distribución y venta de productos ya terminados.

Sin embargo, y de manera independiente a la clasificación anterior, existen elementos que coinciden en todas ellas; al respecto, Chiavenato (1990. En Rodríguez, 1995) menciona que existen dos de ellos comunes en todas las organizaciones, siendo éstos:

- 1. El elemento básico conformado por las personas que, en combinación con su interacción, capacidades y recursos personales, permiten la consecución de metas y objetivos de la organización, y,
- 2. Los elementos o recursos de trabajo empleados dentro una organización, entre los que se pueden mencionar:
 - a) Los recursos humanos. Personas visualizadas como elementos de trabajo que utilizan sus conocimientos, habilidades y aptitudes para la elaboración de un producto o prestación de un servicio.

- b) Los recursos no humanos. Este tipo de recurso hace referencia a los recursos materiales (máquinas, equipos, materias primas, etc.); recursos financieros (capital, inversiones, préstamos, créditos, rentas, etc.) y recursos mercadotécnicos (clientes, consumidores, propaganda, organización de ventas, etc.).
- c) Los recursos conceptuales. Se identifican dentro del grupo de personas que emplean sus habilidades e influencia (personal con mando) en la utilización eficaz de los recursos humanos y no humanos.

En lo que respecta a su estructura, una organización debe estar conformada por un organigrama en el que se especifique la distribución de la autoridad, manuales de políticas y procedimientos y los análisis y descripciones de puestos y tareas; todo ello con el propósito de determinar las características de las interacciones que pueden suceder dentro de la organización: "quién ve a quién, quién inicia una conducta [actividad] y quién responde, cada cuando lo hace..." (Hampton, Summer y Weber, 1990: p. 314).

Organización dentro de la Organización

De acuerdo a las necesidades y particularidades de una organización y, según sea el caso, de una mejor distribución del trabajo, cada organización puede distribuir a sus recursos humanos de acuerdo con los tipos que se mencionan en el siguiente cuadro (Tabla 2):

TIPO	DESCRIPCIÓN	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Por Número	<ul style="list-style-type: none"> • El método más viejo y empleado • Agrupación en unidades idénticas que desarrollan funciones no diferenciadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejor supervisión y control por tener unidades idénticas • Unidades intercambiables 	<ul style="list-style-type: none"> • No aprovecha la especialización

Continúa...

ANÁLISIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TIPO	DESCRIPCIÓN	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Por Función	<ul style="list-style-type: none"> La gente es agrupada en orden de la mayor a la menor función atendiendo a la importancia que representa para la empresa 	<ul style="list-style-type: none"> Enfoque en las actividades cruciales o estratégicas de la empresa Economía en las operaciones Los especialistas son empleados más eficientemente Simplificación de la supervisión Mejora el reclutamiento Atrae a los expertos Promueve el desarrollo y oportunidades profesionales 	<ul style="list-style-type: none"> Tiende a inhibir la coordinación entre departamentos Desinterés en las metas de los demás Problemas para organizar las secuencias de participación Al diversificarse los productos fabricados se aumentan "los cuellos de botella"
Por Producto O Mercado	<ul style="list-style-type: none"> Agrupación en unidades representativas del producto o mercado objetivo (áreas geográficas, tipos de clientes, canales de distribución) 	<ul style="list-style-type: none"> La coordinación se simplifica agrupación de los productos bajo una sola dirección Claridad en las responsabilidades y el control Facilidad para el cruce de decisiones Alta visibilidad de los productos 	<ul style="list-style-type: none"> Enfoque únicamente en los productos propios y desinterés hacia los demás Afectación a la cooperación Incremento en los gastos de administración ya que cada unidad de producto tiene sus propios especialistas Duplicidad de habilidades Problemas de interacción

Continúa...

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TIPO	DESCRIPCIÓN	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Organización Matricial	<ul style="list-style-type: none"> Superposición de proyectos relativamente estables con las unidades administrativas que les proporcionan apoyo para su realización. 	<ul style="list-style-type: none"> Enfoque dual de la organización Facilita la adquisición y desarrollo de especialistas Alta coordinación y flexibilidad Adecuadamente aplicada impulsa a la vez el desarrollo técnico y la coordinación 	<ul style="list-style-type: none"> Afecta el principio de unidad de mando Puede generar luchas de poder entre autoridades Es costosa, requiere administradores adicionales Requiere del desarrollo de actitudes de coordinación y efectiva delegación

Tabla 2. Tipos de Organización

Fuente: Jiménez, R. J. (2000b) División de la Organización. En <http://spin.com.mx/~rjaguado/home.html>

Actividades de una Organización

Como parte de las actividades que se realizan dentro de una organización se coincide en identificar principalmente dos clases de ellas: las actividades primarias y las actividades secundarias.

ACTIVIDADES PRIMARIAS

Dentro de las actividades primarias existen cinco categorías que se relacionan con la competencia de cualquier organización: a su vez, cada categoría puede ser dividida en varias actividades que suelen depender del sector industrial y/o de la estrategia de cada organización (Porter, 1991).

- Logística Interna. Actividades asociadas con la planeación del almacenamiento y distribución del producto, manejo de materiales, control de inventarios, programación de entrega y devolución a los proveedores.
- Operaciones. Transformación de la materia prima en el producto final, incluyéndose procesos como maquinado, empaque, mantenimiento del equipo, pruebas de funcionamiento y aplicabilidad, impresión y/o instalación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ❑ **Logística Externa.** Actividades asociadas con la planeación de la recopilación, almacenamiento y distribución del producto a los compradores: almacenamiento de materias terminadas, manejo de materiales, operación de vehículos de entrega, procesamiento de pedidos y programación.
- ❑ **Mercadotecnia y Ventas.** Actividades por medio de las cuales se induce a los compradores a adquirir el producto. Ej. publicidad, promoción, fuerza de ventas, cuotas, selecciones del canal, relaciones del canal y precio.
- ❑ **Servicio.** Prestación de servicios específicos para incrementar y/o mantener el valor del producto como la instalación, reparación, entrenamiento, repuestos y ajuste del producto.

ACTIVIDADES DE SECUNDARIAS

Este tipo de actividades se consideran en segundo término debido a que sirven de apoyo a las actividades anteriormente citadas (Porter, 1991).

- ❑ **Abastecimiento.** Función de comprar los insumos necesarios (materia prima y artículos de consumo, maquinaria, equipo de laboratorio y oficina, etc.) para la producción del producto.
- ❑ **Desarrollo de Tecnología.** Actividades diseñadas para mejorar el producto y su proceso de elaboración.
- ❑ **Administración de Recursos Humanos.** Actividades implicadas con la búsqueda, contratación, capacitación y desarrollo del personal de la organización.
- ❑ **Infraestructura de la Empresa.** Actividades que incluyen, la dirección y administración general, finanzas y asuntos jurídicos, por ejemplo.

Cultura Organizacional

Por cultura organizacional puede entenderse el conjunto de elementos propios de una organización que le permite distinguirse de otra; o dicho en otras palabras, es la combinación de diversas características con una percepción común de principios y valores que rigen a cada una organización determinando así, por consiguiente, el comportamiento y desarrollo de la misma incluyendo el de los individuos que la integran (Ruiz, 1997; Vázquez, 1997). Al respecto, son 6 los elementos que pueden mencionarse (Aguirre, 1997):

1. Autonomía individual o grado de responsabilidad, independencia y/u oportunidad para ejercer la iniciativa en una organización.
2. Estructura. Normas y reglas formales empleadas en la supervisión directa del comportamiento del empleado.
3. Apoyo. Ayuda, atención y cordialidad de parte de los mandos superiores a los subordinados.
4. Identidad. Identificación que existe por parte de los empleados con la organización y no con su grupo o área de trabajo.
5. Desempeño-Premio. Distribución de incentivos (aumentos salariales, promociones) dentro de una organización a partir de criterios basados en el desempeño individual del trabajador.
6. Tolerancia al conflicto. Manejo positivo de los conflictos presentes en las relaciones de compañeros y grupos de trabajo.

Funciones de la Cultura Organizacional

Entre las funciones que cumple la cultura organizacional (Ruiz, 1997; Jiménez, 2000c) se encuentran las siguientes:

- Facilitar el compromiso grupal.
- Reforzar la estabilidad del sistema social.
- Definir la estructura de la organización.
- Definir los límites entre una organización y otras.
- Transmitir un sentido de identidad a sus miembros.
- Facilitar la creación de un compromiso personal con la empresa.
- Proporcionar parámetros para evaluar el rendimiento individual y colectivo.
- Permitir el desarrollo de programas de capacitación propios de la organización.
- Proporcionar lineamientos importantes para el análisis del clima organizacional.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, y aunado a los ejemplos anteriores, cabe enfatizar que cada uno de ellos variará en función de la organización, la Cultura Organizacional se crea y transmite de

diferentes maneras. Entre los medios para empleados para la difusión y mantenimiento de la cultura organizacional se encuentran los símbolos, lenguaje, historia y prácticas compartidos (Jiménez, 2000d). De acuerdo con De Souza (1998a) la cultura también puede ser aprendida si se presta atención a tres niveles:

- a) El primer nivel, es el de los elementos visibles que comprenden el ambiente físico de organización: su arquitectura, muebles, equipos, vestuario de sus integrantes, patrón de comportamiento visible, documentos, cartas, etc.
- b) El segundo nivel, es el de los valores que rigen el comportamiento de los miembros de la organización. Su identificación es solamente posible a través de entrevistas al personal.
- c) Finalmente, el tercer nivel corresponde a los supuestos denominados como <<inconscientes>> (Shein, 1985; en De Souza, 1998a) que revelan la forma en como un grupo percibe, piensa, siente y actúa para sí mismo y en relación con otros grupos.

Creación y sostenimiento de la Cultura Organizacional

Los mecanismos que a continuación se citan son algunas de las tácticas empleadas por diversas organizaciones para la creación y mantenimiento de su cultura organizacional (Hampton, 1990; Jiménez, 2000c):

1. Declaraciones formales de su filosofía como organización, organigramas, misión y socialización.
2. Diseño particular de espacios físicos (fachadas, instalaciones, edificios).
3. Manejo deliberado de capacitación y asesoría por parte de los líderes.
4. Sistema explícito de premios y reconocimiento, criterios de promoción.
5. Documentación acerca de historias, leyendas, mitos y anécdotas sobre personas y acontecimientos importantes.
6. Reacciones del personal directivo de la organización ante incidentes y/o crisis importantes para la organización.
7. Diseño y estructura de la organización: distribución del trabajo, niveles jerárquicos, grado de descentralización, etc.,.

8. Manejo óptimo de sistemas y procedimientos organizacionales: tipos de información, control y sistemas de apoyo en la toma de decisiones, ciclos de tiempo, identificación de la persona a quien se dirige la información.
9. Aplicación de criterios particulares en el reclutamiento, selección, promoción, nivelación, jubilación y baja del personal.
10. Determinación de una filosofía orientada hacia la acción y en donde el manejo de los recursos y el personal se dirijan a la satisfacción de las necesidades del cliente.
11. Consideración al personal como el recurso más importante de la organización.
12. Compromiso de los valores de la organización (incluyendo al personal directivo).
13. Conocimiento de la organización, sus fortalezas y debilidades, sus amenazas y oportunidades.
14. Organización y distribución de las actividades propias de la organización incluyendo únicamente al personal necesario.
15. Rigidez y flexibilidad del cambio a partir del contexto y necesidades.

Clima Organizacional

Un segundo concepto también empleado dentro de la concepción de una organización es conocido como Clima Organizacional que tiene por significado la "atmósfera psicológica única" (Aguirre, 1997; p. 23) perceptible en cada organización, sin embargo, resulta conveniente enmarcar que son el tipo de filosofía, políticas, reglamentos internos, relaciones interpersonales, por mencionar algunos, los factores que le definen.

En la tabla 3 que a continuación se presenta, se incluyen, además de los ya mencionados, otros posibles factores que integran y modifican el Clima Organizacional.

FACTOR	DESCRIPCIÓN
1. Desvinculación	Describe un grupo de personas que actúa de manera mecánica y/o sistemática en una actividad en particular con un intercambio social mínimo o nulo.

Continúa...

FACTOR	DESCRIPCIÓN
2. Obstaculización	Sentimiento presentado por elementos que se encuentran agobiados con deberes de rutina y otros requisitos considerados como inútiles. La falta de agrado hacia la actividad realizada impide una correcta y rápida realización del trabajo.
3. Relaciones interpersonales	Satisfacción en las relaciones sociales, no necesariamente asociada a la realización de la tarea pero que repercuten de manera provechosa en la misma.
4. Alejamiento	Describe una distancia <<emocional>> entre el jefe y sus colaboradores. En ocasiones descrita como formal e impersonal.
5. Énfasis en la producción	Comportamiento administrativo caracterizado por una supervisión estrecha y altamente directiva con poca o nula retroalimentación.
6. Empuje	Comportamiento administrativo caracterizado por esfuerzos para motivar con el ejemplo. El comportamiento se orienta a la tarea y es retroalimentado a partir de una opinión favorable.
7. Consideración	Estrategia que opta por tratar a los miembros como seres humanos.
8. Estructura	Reglamentos internos, delegación de autoridad, distribución y procedimientos empleados en las actividades de trabajo propias. organización.
9. Recompensa	Reconocimiento positivo expresado ante actividades realizadas satisfactoriamente. Equidad en las políticas de paga y promoción.
10. Cordialidad	El sentimiento general de <<camaradería>> que prevalece en la atmósfera del grupo de trabajo.
11. Apoyo	Ayuda ofrecida y aceptada por parte del personal con y sin mando del grupo de trabajo.

Continúa...

FACTOR	DESCRIPCIÓN
12. Normas	Metas implícitas y explícitas, normas de desempeño. Estímulo que representan las metas personales y de grupo.
13. Conflicto	Grado en que las políticas, procedimientos, normas de ejecución, e instrucciones son contradictorias, no se aplican o son incumplidas.
14. Identidad	Sentimiento de pertenencia a la organización como un miembro valioso del equipo de trabajo.
15. Adecuación de la planeación	Grado en que los planes organizacionales se ven como adecuados para cubrir los objetivos del trabajo.

Tabla 3. Factores que integran y modifican el Clima Organizacional.

Fuente: Jiménez, R. J. (2000e) Clima Organizacional –Un acercamiento a su identificación-. En <http://spin.com.mx/~rjaguado/home.html>

7. El campo de la Psicología Organizacional

La tecnología, aunada a la creciente complejidad de los diversos procesos de producción, además de la sofisticación de los servicios que demanda el desarrollo de la sociedad, hacen necesario e indispensable el mantener una constante actualización en lo que se refiere a materia de técnicas y métodos novedosos para realizar tareas y administrar los procesos (Rodríguez y Ramírez, 1996). Dentro de este contexto, el Psicólogo con trabajo en la organización, incursiona en el estudio de las condiciones que rigen a una de las actividades de gran interés en la vida de las personas: el trabajo (Harrsch, 1993).

Es por el motivo anterior que el psicólogo organizacional estudia la relación entre satisfacción y niveles de eficiencia, la influencia de los factores ambientales, la calidad de la vida laboral y los factores motivacionales que aumenten la voluntad y la habilidad humana (Harrsch, 1993). En lo que respecta a sus actividades laborales, éstas pueden consistir en:

- Identificar, explicar e intervenir en el comportamiento tanto individual y grupal de los trabajadores a fin de crear estrategias acordes con las necesidades de la organización y del país.

- Conocer los instrumentos de evaluación con el propósito de identificar habilidades, intereses y actitudes de un individuo para su mejor aprovechamiento dentro de la organización.
- Planear programas enfocados a desarrollar y promover el crecimiento la organización, modificar actitudes e incrementar la producción.

Como puede observarse, el campo de aplicación de la psicología organizacional puede resultar por demás amplio, y es importante no olvidar, que en muchas de las veces, las actividades anteriormente mencionadas, involucran a otros profesionistas que coinciden en considerar que la satisfacción en el trabajo es imprescindible para los empleados y básica para un mejor proceder dentro de la organización ya que es a través de esta condición que las personas encuentran estímulos e intereses en el ámbito laboral que les permite "comprometerse intelectual y emocionalmente con su responsabilidad" (Harrsch, 1993; p.151) hallando así un mejor quehacer que permitirá alcanzar un bienestar social dentro de la vida laboral.

CAPÍTULO 2 PARTICIPACIÓN DEL PSICÓLOGO DENTRO DE UNA ORGANIZACIÓN

1. La Psicología Organizacional como profesión

La gama de conductas estudiadas por los Psicólogos dentro de una organización es tan amplia como la estudiada por Psicólogos con trabajo en otras áreas de aplicación (Dunnette y Kirchner, 1997); sin embargo, resulta factible mencionar que el éxito de la Psicología dentro del ámbito laboral ha permitido la adquisición del rango de profesión y el que, por consiguiente, goce de respeto y amplio reconocimiento (Schultz, 1996).

La Psicología, y particularmente la implicada con trabajo en el área en cuestión, es actualmente una profesión compleja y con diversas exigencias, que requiere, además de los años dedicados a su estudio en una Universidad, de tiempo destinado al conocimiento y actualización de aspectos administrativos, y en la mayoría de los casos, de aquellos relacionados con el cómputo. Retomando este último aspecto, la preparación y adiestramiento de un Psicólogo Organizacional pudiera parecer largo, sin embargo, es a partir de dicha formación lo que le permitirá obtener "un trabajo estimulante, responsabilidades fascinantes y un constante desarrollo intelectual" (Schultz, 1996; p. 13). Aunado a lo anteriormente citado, y de acuerdo con Schultz (1996) resulta importante enfatizar que un Psicólogo Organizacional, siempre y ante todo, será Psicólogo, situación que le obliga a tener una sólida y amplia formación en tal disciplina antes de especializarse en cualquier otro aspecto.

2. Áreas de desarrollo de la Psicología Organizacional

De manera general, puede mencionarse que son tres los momentos administrativos (Vargas y Velasco, 1998; Caballero y Lahera, 1998) en que interviene un Psicólogo dentro de una Organización, y que han permitido la aportación de diversas experiencias que conforman el desarrollo de las organizaciones actuales:

1. Reclutamiento y Selección de Personal
2. Capacitación y Desarrollo
3. Desarrollo Organizacional

Reclutamiento y Selección de Personal

La selección del personal es considerada como una de las primeras actividades realizadas por el Psicólogo Organizacional que caracterizaron su trabajo dentro de una Organización. El uso de habilidades como la objetividad y análisis de situaciones, han y siguen permitiendo un trabajo sistemático y óptimo que conlleva a la obtención de datos y soluciones reales acordes a las necesidades actuales de las organizaciones.

La Selección de Personal como es sabido, forma parte de un complejo proceso que implica una serie de pasos ordenados que permite una apreciación del comportamiento de las personas (Hidalgo, 1995). En lo que respecta al orden dichas fases, éste puede variar en función de las características de cada organización pero de manera general se guían por una secuencia básica (Hidalgo, 1995; Rulz, 1997; Caballero y Lahera, 1998) que posibilita contar con el Recurso Humano adecuado:

- a) Detección de necesidades. El personal encargado identifica al Recurso Humano que le hace falta dentro de la Organización. Las posibles vacantes pueden haber sido generadas por renuncia, liquidación, despido, abandonos de trabajo, promoción, puestos de nueva creación, cambios tecnológicos, etc.
- b) Análisis de puesto. Tiene como finalidad identificar y describir las actividades realizadas por cada trabajador en un determinado puesto incluyendo las habilidades y actitudes necesarias para su óptima ejecución. En lo que respecta a su realización, ésta consiste en un proceso que se basa en aspectos como los siguientes (Reyes, 1987 y Werther, 1990. En Hidalgo, 1995):
 1. Identificar el puesto
 2. Definir su posición en la estructura de la empresa y su interrelación con otros puestos existentes.
 3. Definir sus funciones y actividades generales, además del entorno laboral en el que se desenvuelve.

4. Especificar cuáles son los factores que componen al puesto: conocimientos requeridos, autoridad, responsabilidad, etc.

Los cuales pueden ser obtenidos a partir de la consulta de análisis ya publicados, entrevistas exhaustivas al personal involucrado en el puesto en análisis, observación directa -o filmación- del empleado durante la realización de sus actividades laborales, elaboración de un diario de actividades durante un periodo determinado previamente, entre otros. Una vez recopilados, analizados y verificados los datos, se realiza un reporte definitivo denominado Análisis de Puesto.

- c) Reclutamiento de personal. Procedimiento mediante el cual se busca, elige y obtiene -en el momento oportuno- al candidato que más se acerque a los requisitos demandados en el análisis del puesto a cubrir (Hidalgo, 1995; Caballero y Lahera, 1998). Las fuentes de reclutamiento, o medios de que se vale una organización para atraer a dichos candidatos suelen variar de acuerdo al tipo de mercado laboral y/o trabajo de que se trate; al respecto, puede mencionarse que las fuentes de reclutamiento pueden ser de dos tipos: internas y externas. En el caso de las primeras, se entienden aquellas que sin necesidad de recurrir a personas o lugares fuera de la empresa, proporcionan a ésta el personal requerido en el momento oportuno (Hidalgo, 1995; Caballero y Lahera, 1998):

- Sindicato
- Archivo o cartera personal
- Familiares y recomendados
- Promoción o transferencia de personal, etc.

Las externas, por el contrario, son aquellas a las que el psicólogo puede recurrir en cualquier momento y que son totalmente ajenas a la empresa (Hidalgo, 1995; Caballero y Lahera, 1998); en este caso puede mencionarse:

- Centros educativos y profesionales
- Asociaciones profesionales
- Agencias de colocación
- Bolsa de trabajo
- Otras empresas

Como complemento a los anteriores, los medios de reclutamiento resultan de gran importancia y apoyo por su fácil difusión en diferentes ambientes

(Hidalgo, 1995; Villa, 1991. En Caballero y Lahera, 1998). Los medios más importantes son:

- Prensa
- Radio y Televisión
- Boletines

d) Preselección de Aspirantes. El presente proceso se resume en la aplicación de una entrevista inicial que tiene como finalidad (Caballero y Lahera, 1998):

1. Determinar si el candidato posee la actitud, habilidades y conocimientos específicos, y
2. Descartar a los aspirantes que no cumplan con las características requeridas para cubrir la(s) vacante(s).

Asimismo, se apoya en elementos de preselección como los que a continuación se citan:

1. Preselección visual
2. Solicitud
3. Curriculum vitae
4. Preguntas críticas y concretas
5. Descripción breve del trabajo

e) Selección de personal. Se define como el proceso a partir del cual se elige de manera objetiva al individuo, que de entre varios candidatos, es el que mejor satisface los requisitos de un puesto en vacante (Caballero y Lahera, 1998). Al respecto, existen diversas estrategias aplicables para la Selección de candidatos. A continuación se menciona una serie de ellas (Hidalgo, 1995):

1. Elaboración del perfil. Previo a la valoración del candidato es conveniente conocer y elaborar un perfil psicológico en el que se especifiquen las necesidades de la empresa y puesto en particular.
2. Estructuración de batería Psicológica. La estructuración de una batería psicológica debe estar basada en los datos contenidos en el perfil a requerir.
3. Presolicitud. Además de ser un elemento útil ante una gran afluencia de candidatos para el puesto, ayuda de una manera rápida a conocer y comparar al candidato con los requisitos indispensables para cubrir el puesto.

4. Solicitud. Es considerado como el primer documento formal que se tiene por parte del solicitante; asimismo, es un instrumento administrativo conformado por información fundamental agrupada (Hidalgo, 1995; Caballero y Lahera, 1998) en:

- Datos personales (Nombre, sexo, edad, estatura, estado civil, dirección, etc.)
 - Datos escolares (Primaria, Secundaria, Bachillerato, Carrera Técnica, Profesional)
 - Educación o capacitación complementaria
 - Idiomas
 - Experiencia Ocupacional (Tipo de actividad, tiempo desempeñado, otras actividades)
 - Conocimientos de máquinas y herramientas
 - Conocimientos de oficina
 - Datos Familiares (Número de hermanos, escolaridad, actividades que realizan, etc.).
 - Datos generales (Otros útiles a la empresa y de acuerdo a las políticas)
 - Trabajos anteriores
 - Asociaciones o clubes a los que pertenece
 - Pasatiempos
 - Referencias laborales y personales
5. Entrevista inicial. Tiene la finalidad de corroborar los datos obtenidos en la solicitud, además de tener contacto visual con el candidato. Durante su desarrollo se proporciona a la persona información con respecto a la vacante, sus condiciones de trabajo, prestaciones, sueldo, etc. En caso de requerirse algún tipo de documentación específica (título profesional, carta de pasante, cédula profesional, etc.) esta es la fase indicada para obtenerlos.
6. Entrevista profunda. Su finalidad consiste en profundizar en información relevante relacionada con la vacante en cuestión con el propósito de evaluar la posible adaptación del

solicitante y su desempeño dentro de las condiciones de trabajo.

7. Evaluación psicológica. Previo a la contratación de un candidato, resulta necesaria la aplicación de una batería psicológica conformada por evaluaciones de capacidad intelectual, emocional y de habilidades y/o conocimientos, que además de proporcionar el perfil psicológico del candidato complementa la valoración obtenida en etapas anteriores.

De este modo, es que las pruebas psicológicas comúnmente empleadas (Caballero y Lahera, 1998) coinciden en agruparse en:

- Pruebas de Inteligencia. Relacionadas con la medición de la capacidad intelectual (incluyendo coeficiente intelectual en algunas de ellas) y su funcionamiento o manifestación: memoria, razonamiento, percepción, vocabulario, rapidez de aprendizaje, etc.
- Pruebas de personalidad. Referentes a la identificación y medición de aspectos internos de la persona y su relación en determinados contextos: estabilidad emocional, motivación, juicio social, etc.
- Pruebas de intereses. Diseñadas con el propósito de identificar el interés personal del candidato, y junto con ello, la posibilidad de un desempeño exitoso en el posible puesto a asignarle.
- Pruebas de Habilidad o de Trabajo. Se enfocan a la medición del conocimiento previo y aptitudes que puede desarrollar la persona una vez asignada al puesto.
- Pruebas de rendimiento. Miden la eficiencia –física y/o psicológica- adquirida por el sujeto para realizar una tarea determinada o específica.

8. Examen médico. Considera como un requisito legal útil para el conocimiento del estado de salud del solicitante.
- f) Contratación. Una vez obtenidos y valorados los datos en conjunto, y tras la autorización de la organización, se define la contratación de la persona y las condiciones en la que habrá de laborar (Hidalgo, 1995). En lo que respecta a su objetivo, éste consiste en formalizar con apego a la ley, la futura relación laboral para garantizar los intereses, derechos y obligaciones tanto del trabajador como de la empresa (Caballero y Lahera, 1998).

Capacitación

Tras el proceso de la Selección de Personal y su contratación, queda abierta la posibilidad de que el ahora colaborador aún deba adquirir actitudes, conocimiento y habilidades necesarias para un desempeño óptimo, situación que aunada a un pensamiento a futuro por parte de la organización, puede conllevar a la promoción del empleado a puestos con un mayor número de responsabilidades (Wherter y Dawis, 1995). Es por lo anterior, que la etapa denominada como inducción resulta ser la parte básica de la capacitación (Caballero y Lahera, 1998), ya que es a partir de ella, que además de conseguirse la integración de la persona en un equipo de trabajo ya conformado, se participa en las actividades que a partir de ese momento le competarán dentro de la organización. Asimismo, es importante mencionar que la capacitación es percibida como una solución a la falta de personal, a la necesidad de contar con personal preparado y a los constantes cambios organizacionales (Caballero y Lahera, 1998), motivo suficiente para, de acuerdo con Wherter y Dawis (1995), promover la capacitación a todos los niveles jerárquicos constituyéndose de este modo, "una de las mejores inversiones en recursos humanos y una de las principales fuentes de bienestar para el personal de toda la organización" (Wherter y Dawis, 1995; p. 209).

Actualmente, la capacitación del personal ha sido motivo de diversos avances tecnológicos que favorecen el desarrollo social, económico y cultural, tanto de los trabajadores (Caballero y Lahera, 1998), como de la organización; es por ello que resulta importante enmarcar los beneficios que pueden ser obtenidos tras su práctica constante (Tabla 4):

<p>Cómo beneficia La capacitación a las organizaciones:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conduce a rentabilidad más alta y a actitudes más positivas ▪ Mejora el conocimiento del puesto a todos los niveles ▪ Eleva la moral de la fuerza de trabajo ▪ Ayuda al personal a identificarse con los objetivos de la organización ▪ Crea mejor imagen ▪ Fomenta la autenticidad, la apertura y la confianza ▪ Mejora la relación jefes-subordinados ▪ Ayuda en la preparación de guías para el trabajo ▪ Es un poderoso auxiliar para la comprensión y adopción de políticas ▪ Proporciona información respecto a necesidades futuras a todo nivel ▪ Se agiliza la toma de decisiones y la solución de problemas ▪ Promueve el desarrollo con vistas a la promoción ▪ Contribuye a la formación de líderes y dirigentes ▪ Incrementa la productividad y la calidad del trabajo ▪ Elimina los costos de recurrir a consultorios externos ▪ Se promueve la comunicación a toda la organización ▪ Reduce la tensión y permite el manejo de áreas de conflicto
<p>Beneficios para el individuo que repercuten favorablemente en la organización:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayuda en la toma de decisiones y solución de problemas ▪ Alimenta la confianza, la posición asertiva y el desarrollo ▪ Contribuye positivamente en el manejo de conflicto y tensiones ▪ Forja líderes y mejora las aptitudes comunicativas ▪ Sube el nivel de satisfacción con el puesto ▪ Permite el logro de metas individuales ▪ Desarrolla un sentido de progreso en muchos campos ▪ Elimina los temores a la incompetencia o la ignorancia individual
<p>Beneficios en relaciones humanas, relaciones internas y externas, y adopción de políticas:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejora la comunicación entre grupos y entre individuos ▪ Ayuda en la orientación de nuevos empleados ▪ Proporciona información sobre las disposiciones oficiales ▪ Hace viables las políticas de la organización ▪ Alimenta la cohesión de los grupos ▪ Proporciona una buena atmósfera para el aprendizaje ▪ Convierte a la empresa en un entorno de mejor calidad para trabajar y vivir en ella

Tabla 4. Beneficios de la Capacitación.

Fuente: Wherter, W.B. y Dawis, H. (1995) Administración de Personal de Recursos Humanos. México: Mc Graw Hill. p. 210.

El desarrollo de los Recursos Humanos es un método efectivo para enfrentar algunos de los diversos desafíos a los que se enfrentan las organizaciones actuales, desafíos en lo que se incluyen "la obsolescencia de los conocimientos del personal, los cambios sociales y técnicos, y la tasa de rotación de los empleados" (Wherter y Dawis, 1995; 222). es por tanto, que el Psicólogo con trabajo en Recursos Humanos, y particularmente dentro del área de Capacitación, debe prestar especial atención a aspectos como los anteriores ya que es a partir de la identificación de las necesidades de capacitación y sus alcances, que una organización puede conseguir sus metas.

Así como se ha mencionado la importancia de identificar las necesidades de capacitación de una persona y sus posibles beneficios, lo es también considerar los principios de aprendizaje (principios pedagógicos) que constituyen las guías por medio de los cuales las personas aprenden: participación, repetición, relevancia, transferencia y retroalimentación (Wherter y Dawis, 1995). De igual manera, es significativo el recordar que ninguna técnica de capacitación es única y mejor, sino que para su selección y óptimo beneficio resulta conveniente considerar varios factores, algunos de los cuales (Wherter y Dawis, 1995) se citan a continuación:

- ❑ El contenido del programa
- ❑ La idoneidad y adecuación de las instalaciones en donde se imparte la capacitación
- ❑ Las preferencias y capacidad de las personas que asisten al/los curso(s)
- ❑ La capacidad y habilidad del capacitador para transmitir la información
- ❑ Los principios de aprendizaje a emplear
- ❑ La técnica de capacitación empleada

Haciendo especial énfasis en el último punto expresado, las técnicas empleadas más frecuentemente por los capacitadores (Wherter y Dawis, 1995) se mencionan en el siguiente cuadro (Tabla 5), asimismo, algunas de ellas se abordan a continuación a fin de proporcionar un panorama general de las mismas y seleccionar, de acuerdo con el caso, aquella que pueda resultar la más adecuada.

		PARTICIPACIÓN	REPETICIÓN	RELEVANCIA	TRANSFERENCIA	RETRO-ALIMENTACIÓN
TÉCNICAS APLICADAS EN EL SITIO DE TRABAJO	Instrucción directa	Sí	Sí	Sí	Sí	Ocasional
	Rotación en puestos	Sí	Ocasional	Sí	Ocasional	No
	Relación experto-aprendiz	Sí	Ocasional	Sí	Ocasional	Ocasional
TÉCNICAS APLICADAS FUERA DEL SITIO DE TRABAJO	Conferencias	No	No	No	Ocasional	No
	Videos, películas, etc.	No	No	No	Sí	No
	Simulación en condiciones reales	Sí	Sí	Ocasional	Sí	Ocasional
	Actuación (sociodramas)	Sí	Ocasional	Ocasional	No	Ocasional
	Estudio de casos	Sí	Ocasional	Ocasional	Ocasional	Ocasional
	Lecturas, estudios individuales	Sí	Sí	Ocasional	Ocasional	No
	Enseñanza programada	Sí	Sí	No	Sí	Sí
	Capacitación en laboratorios de sensibilización	Sí	Sí	Ocasional	No	

Tabla 5. Técnicas empleadas en Capacitación.

Fuente: Wherter, W.B. y Dawis, H. (1995) Administración de Personal de Recursos Humanos. México: Mc Graw Hill. p. 218.

Nota: Adaptado de Training in Industry: The Management of Learning, B.M. Bass y J.A. Vaughn Copyright 1966 © por Wadsworth Publishing Company Inc. Con autorización del editor Brooks/Cole Publishing Company, Monterrey, Cal.

- Instrucción directa. Tras ser ubicado el personal en el puesto correspondiente, una persona con conocimiento de las actividades en cuestión (siendo no necesariamente experimentada en las mismas) instruye al nuevo colaborador sobre las actividades que debe realizar y cómo debe llevarlas a cabo. En este caso, la información se concreta a procesos específicos.
- Rotación de puestos. Consiste en proporcionar a los empleados tras una serie de instrucciones directas experiencia en puestos diversos, lo cual,

además de favorecer la variedad en las labores diarias, permite cubrir o sustituir a una persona en las actividades que realiza.

- Relación experto-aprendiz. En este caso se hace referencia a una relación entre un <<maestro>> y un <<alumno>> en la que implícitamente se observan "claras ventajas" (Wherter y Dawis, 1995; 218) ya que los altos índices de participación, transferencia al trabajo y retroalimentación presentan índices satisfactorios. Cabe mencionar, que a diferencia de la instrucción directa, en este caso la persona que capacita debe contar con amplia experiencia en la actividad en cuestión.
- Simulación de condiciones reales. Para diversas organizaciones, el disponer de un tiempo y lugar para la instrucción puede ser considerado como una interferencia a las actividades normales por lo que se emplean instalaciones similares con el equipo necesario en donde se simula un día normal de trabajo y se contemplan diversas situaciones a las que se puede enfrentar la persona, tal es el caso del manejo de determinado equipo o la atención a un cliente.
- Actuación o Sociodrama. Como su nombre lo indica, esta técnica permite e invita al participante a adquirir diversas identidades o roles, y es empleada principalmente para generar un cambio en la actitud de los participantes, desarrollar habilidades específicas y/o mejorar las relaciones interpersonales. Entre sus ventajas pueden encontrarse la inclusión de otros principios de aprendizaje, siempre y cuando, el tópico central así lo permita.
- Estudio de casos. La técnica desarrollada a través del estudio de casos permite que mediante el análisis "de una situación específica, real o simulada, la persona en capacitación aprenda sobre las acciones que es deseable emprender en circunstancias análogas. Para ello, [se] cuenta con las sugerencias de otras personas así como con las propias" (Wherter y Dawis, 1995; 221).
- Conferencia, películas, lectura, estudios individuales, instrucción programada. Más que consistir en una técnica de capacitación son considerados <<materiales de instrucción para el aprendizaje individual>> (Wherter y Dawis, 1995) ya que resultan un perfecto complemento en cualquiera de las técnicas anteriormente mencionadas, además de un buen apoyo cuando existe la dificultad para reunir un grupo de personas en un

determinado curso. Asimismo, estos materiales se emplean en casos en que el aprendizaje requiere poca interacción y una fuente de información que pueda ser consultada posteriormente.

- Capacitación en Laboratorio. Técnica empleada para desarrollar principalmente relaciones interpersonales, conocimiento, habilidades y conductas adecuadas para futuras responsabilidades laborales (Wherter y Dawis, 1995), todo ello mediante el análisis y comprensión de sentimientos, conductas, percepciones y reacciones ante determinadas experiencias. Generalmente, el moderador de dicha dinámica –y durante las sesiones que se deseen emplear para la capacitación-, suele ser un Psicólogo.

Es importante considerar también que para efecto de una fructosa capacitación no basta simplemente con la selección de una técnica adecuada, ya que al ser considerada como un proceso, debe cubrir, preferentemente, con fases específicas (Wherter y Dawis, 1995; Caballero y Lahera, 1998) como las que a continuación se mencionan:

1. Presentación del proyecto. Consiste en dar a conocer el tema o actividad central a tratar incluyendo el objetivo general que se pretende cubrir al término de la misma. En caso de existir alguna medida de evaluación para la capacitación ésta es la etapa idónea para expresarlo.
2. Presentación del programa. En esta segunda fase se sugiere realizar una valoración acerca de las necesidades de capacitación, de modo tal, que se pueda establecer un vínculo con la mención de actividades que se tienen contempladas y la explicación de cómo se irán cubriendo dichas necesidades. Cabe mencionar que cada actividad debe seguir un cierto orden y objetivo predeterminado; asimismo, se debe elaborar un programa en el que se establezcan "las condiciones a las que deben sujetarse las actividades, así como su descripción, duración, recursos asignados, y señalamiento de responsables" (Caballero y Lahera; p. 70).
3. Operación de los programas. Definida por el desarrollo de las actividades que permitirán la cobertura del programa y el cumplimiento de sus objetivos.
4. Control del programa. Serie de acciones que permiten la prevención y solución de los posibles problemas que pueden presentarse durante la operación de los programas.

5. Evaluación. Fase en la que se establecen procesos que permitan establecer en qué medida se han cubierto los objetivos previstos en el programa.
6. Seguimiento. Es a través de esta etapa que se puede evaluar el grado de permanencia de los conocimientos adquiridos durante la capacitación y su transferencia a las actividades laborales propias del puesto. Su culminación radica en la elaboración de un informe de resultados de la acción.

Como puede denotarse la capacitación se constituye en un proceso constante y de cambio (Wherter y Dawis, 1995) que permite el crecimiento tanto del colaborador como de la misma organización, y es que una buena capacitación podrá ser considerada como tal sólo a través de los resultados, es decir, la aplicación de los conocimientos adquiridos durante el proceso.

Desarrollo Organizacional

Un tercer momento en el que se puede ver involucrado a un profesional de la Psicología corresponde al Desarrollo Organizacional, el cual surge como estrategia educacional planificada que lleva por objetivo crear un cambio en lo que respecta a creencias, actitudes y valores de la organización para así lograr la eficacia en las actividades diarias además del bienestar social de todos los niveles jerárquicos que se contemplan dentro de la misma, para finalmente, en conjunto, enfrentar nuevos desafíos y sacar provecho del tan cambiante ritmo de la sociedad (Caballero y Lahera, 1998; Jiménez, 2000g; Jiménez, 2000h). En lo que respecta a una definición como tal, se coincide con Muchinsky (1994. En Julio, 1999) al considerarle como: "un esfuerzo planificado, que afecta a toda la organización [pero que se encuentra] dirigido desde la cumbre [con el propósito de] incrementar la eficacia y salud de la organización a través de una intervención planificada sobre la organización [mediante el empleo de] conocimientos de la ciencia de la conducta".

El desarrollo organizacional (D.O.), como puede denotarse, resulta de gran importancia para la organización y las personas que laboran en ella ya que entre mejor se encuentren dentro de la misma en mayor medida se tomarán en cuenta los objetivos y metas, tanto del puesto y área donde labora, como de la propia organización. Con esto, se enfatiza lo que de algún modo es el objetivo del D.O., es decir, el conseguir que los

colaboradores "se ajusten a la organización y a sus necesidades" (Julio, 1999) sin perder su individualidad como personas. De ahí que el adecuado uso de los conocimientos de la Psicología pueda, en conjunto con otras disciplinas, enfrentar las situaciones consideradas dentro del D.O., para conllevar de este modo, a lo que puede denominarse equilibrio organizacional.

Con el propósito de favorecer el entendimiento de este momento administrativo, y como apoyo a lo anteriormente expresado, se mencionan a continuación algunas de las actividades que pueden contemplarse dentro del D.O. (Schultz, 1996; Dunnette y Kirchner, 1997; Ortiz, 1997) (algunas inclusive pueden corresponder a algún momento administrativo también):

- a) Selección de personal. Como es sabido el éxito o fracaso de una organización depende en mucho de la capacidad de sus elementos, y es que es a partir de la selección de personal que se puede encontrar a aquellas con los conocimientos, habilidades y actitudes adecuados para la ejecución idónea de las actividades a desempeñar. He aquí entonces, la importancia de que el psicólogo se encuentre familiarizado y actualizado en lo que corresponde a métodos de selección, lo cual conlleva también a la intervención del D.O., puesto que con ello, se abre la posibilidad de generar y proponer nuevos métodos que, además de facilitar dicha actividad, permite la obtención de mejores resultados.
- b) Análisis de Puestos. Un análisis es la identificación de las conductas necesarias para desempeñar un puesto, el cual en ocasiones tiene que ser fusionado con otro para conformar uno solo. De igual manera, es también factible la creación de alguno nuevo mediante la previa descripción de puesto.
- c) Evaluación de Desempeño. Consiste en atribuir una calificación al desempeño que tiene cada colaborador en la realización de su puesto. Dicha valoración puede verse complementada por la aplicación de diversos instrumentos más que permitan identificar habilidades específicas o su percepción de situaciones particulares.
- d) Reubicaciones. Este tipo de actividades se efectúa cuando el personal no cubre los requisitos o exigencias del área y/o puesto o no existe una

- aceptable relación con su jefe inmediato o colaterales, por citar algunos motivos. En dichas ocasiones resulta necesario llevar a cabo una evaluación técnica-psicológica del trabajador para poder ubicarlo en el puesto adecuado contemplando sus intereses y aptitudes además de las necesidades de la organización.
- e) Promociones-Escalafón-Sustituciones. Designación de un puesto, ya sea de mayor nivel o por cobertura de una vacante dentro del mismo, basada en la evaluación objetiva del trabajador.
 - f) Programas de Capacitación y Desarrollo del Personal. Como se mencionó en un apartado anterior, la capacitación permite la adquisición de conocimientos y el desarrollo de habilidades necesarias para el puesto en el que se desempeña la persona, sin embargo, dicho proceso no se limita a ello únicamente puesto que también aborda la elaboración o reestructuración de programas que permitan, en su momento, desarrollar habilidades en los casos de promoción o nuevo ingreso, por ejemplo. Asimismo, es también importante realizar una evaluación de la misma a fin de darle un seguimiento para verificar en qué medida son aplicables los conocimientos adquiridos.
 - g) Inventario de Recurso Humanos. Consiste en la realización de un censo del personal que labora en la organización con el propósito de servir como base para la planeación del mismo, además de ofrecer información con respecto a las competencias existentes y necesarias.
 - h) Motivación, satisfacción y participación en el trabajo. Aspectos que deben ser considerados como tema de estudio y/o evaluación debido al impacto que tienen para con la población de una organización ya que es a partir de ellos que una persona cubre sus objetivos personales y laborales, y que en consecuencia, se ven reflejados en su desempeño diario.
 - i) Condiciones de trabajo. Los aspectos físicos de un lugar de trabajo han sido motivo de constantes investigaciones ya que su variación en aspectos como iluminación, temperatura, humedad, ruido, ubicación del equipo y horarios influyen directamente en la productividad de la organización.

Situaciones contempladas dentro actividades como las anteriores se encuentran todo el tiempo en el proceder diario de una organización, por ello hay que estar preparados

en todo momento para prevenirles, o según sea el caso, intervenir de manera oportuna y adecuada para así dar fin a ellas. En lo que respecta a propuestas para la elaboración de un diagnóstico inicial (Caballero y Lahera, 1998) de situaciones como las ya citadas, se encuentran:

1. Archivos de la compañía. Corresponde al acumulado de frecuencia y análisis de las renuncias, retardos, ausentismos, productividad y reclamaciones acumulados durante un determinado tiempo.
2. Entrevistas. Información oral obtenida de una persona mediante la intervención de otra denominada como entrevistador.
3. Sondeo. Método organizado a través del cual una persona con mando puede informarse acerca de situaciones diversas que ocurren dentro de su área y equipo de trabajo.
4. Técnica de Kurt Lewin. Técnica que permite observar e identificar situaciones conflictivas que imperan dentro de una organización con el propósito de modificar aspectos relacionados con la productividad de la organización.
5. Cuestionarios. Instrumentos a partir de los cuales el personal proporciona información escrita que posterior a un análisis puede ser expresada en porcentajes o índices de opinión.
6. Tormenta de ideas. Permite que, durante el desarrollo de una reunión en la que participen tanto personal con mando como subordinado, se expresen todas las ideas posibles que permitan solucionar una situación dada, para posteriormente, categorizarles por su prioridad, elegir una y generar nuevamente alternativas que conlleven a la solución de la situación en cuestión.

En consecuencia al diagnóstico realizado, y tras la aplicación de un programa de intervención, los resultados esperados (Jiménez, 2000f) pueden ser alguno de los siguientes:

1. Retroalimentación objetiva de la situación real por la que atraviesa la organización.
2. Identificación de normas socioculturales funcionales y disfuncionales.
3. Incremento en la interacción y la comunicación entre los colaboradores.

4. Confrontación de creencias, sentimientos, actitudes, valores o normas con el propósito de eliminar obstáculos que impiden una interacción efectiva.
5. Educación dirigida a la consecución de tareas, relaciones humanas, procesos administrativos y control del cambio.
6. Participación de un mayor número de personas en el establecimiento de metas, solución de problemas y generación de nuevas ideas.
7. Responsabilidad creciente.
8. Energía y optimismo crecientes.

Estos son algunos de los aspectos a considerar cuando se planifican los programas de D.O.; en lo que respecta a su intervención, éste estará en función de las prioridades de la misma organización. Asimismo, es importante enfatizar que la experiencia, lecturas, talleres, entre otros, son un buen apoyo para la consecución de un rápido éxito y/o fracaso (Jiménez, 2000f).

3. Problemas de la Psicología Organizacional

Al Psicólogo involucrado en el ámbito laboral suele encontrarse trabajando tiempo completo en toda clase de organizaciones: microempresas, negocios, organismos oficiales, organismo no gubernamentales, compañías de servicios en asesoría, etc., desempeñando en todas ellas, actividades que involucran directamente el Reclutamiento y Selección de personal, Capacitación y Desarrollo Organizacional, sin embargo, sea cual sea el campo de acción particular de cada profesional de la Psicología, se coincide en el enfrentamiento con situaciones diversas que puede ser consideradas fuente de conflicto, es decir, la Psicología Organizacional actualmente afronta una serie de problemas (Schultz, 1996) entre los que figuran:

1. El charlatanismo o práctica de la Psicología por profesionales ajenos a ella.
2. La comunicación errónea consecuencia de la traducción de tecnicismos para facilitar la comprensión del personal de una organización.
3. La resistencia al cambio.
4. La mínima adquisición de nuevos conocimientos y su falta de aplicación a problemas concretos.

Tras lo anterior y como medida preventiva conviene prestar especial atención a aspectos como los anteriores, y a mantenerlos presentes en cada actividad, ya que es importante enfatizar que no sólo el personal ajeno a la Psicología puede caer en ellas.

CAPÍTULO 3 INFORMACIÓN BÁSICA DEL VIH/SIDA

1. VIH/SIDA

El SIDA es una enfermedad infecciosa causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Fig. 1) que ataca directamente el sistema inmunológico del ser humano y le deja vulnerable a infecciones oportunistas que pueden resultar potencialmente mortales.

La sigla <<SIDA>>, empleada para definir a dicha enfermedad, corresponde a la agrupación de las siguientes palabras tomando en cuenta únicamente la letra inicial de cada una:

S (Síndrome).	Conjunto de Síntomas y manifestaciones de enfermedad.
I (Inmuno).	Sistema de defensas naturales del cuerpo (sistema inmunológico) encargado de reconocer y eliminar a los microorganismos dañinos para el ser humano.
D (Deficiencia).	Falla o función insuficiente del sistema inmunológico que conlleva a que el organismo humano quede expuesto a infecciones y cánceres diversos.
A (Adquirida).	No heredable y sólo adquirible en algún momento de la vida.

En apoyo a lo anterior y en lo que respecta al VIH se sabe que es considerado como un retrovirus por invertir el flujo de la información genética. Asimismo, se encuentra considerado dentro de la clasificación exógena (Alvarado, 1998) por ser transmitido únicamente de humano a humano a partir de un contacto sexual o sanguíneo.

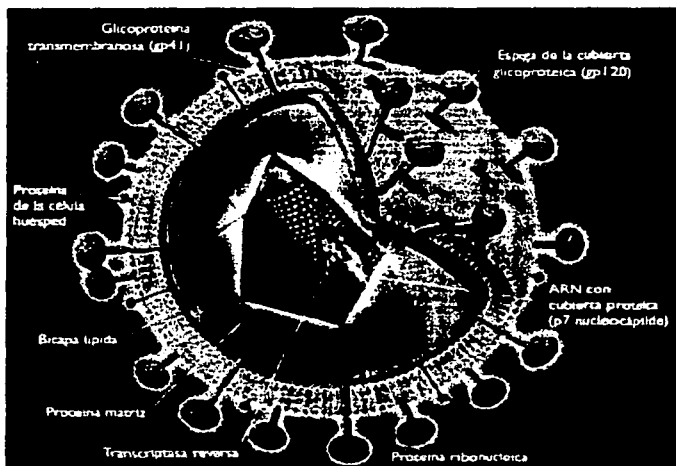


Fig. 1. Esquema del Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Fuente: Amigos contra el SIDA, A. C. (2001) Esquema del Virus de la Inmunodeficiencia Humana. En <http://www.aids-sida.org/VIH-LoRes.jpg>

El VIH, al igual que otros virus envueltos, es termosensible y se inactiva al exponerlo a condiciones ambientales usuales fuera del organismo en que se aloja, a temperaturas altas (56° C durante 32 minutos) o en contacto con éter, acetona, betapropionolactona, etano (en concentración superior al 20%), hipoclorito de sodio (0.1 a 0.2%), benzal y dilución de 1:400 de hidróxido de sodio y glutaraldehído (al 1%) (Díaz, 1997; Alvarado, 1998). Sin embargo, resiste a la refrigeración, los rayos X, gama y ultravioleta.

Por otra parte, el proceder del VIH consiste en atacar las células CD4 (también denominados linfocitos T) que son una variedad de glóbulos blancos que actúan como coordinadores del sistema inmunológico y como “<<mecanismo de alarma>> que provoca una respuesta de defensa inmunológica” (Alvarado, 1998). Al respecto, cabe mencionar que dichos linfocitos se encuentran contenidos en varios líquidos del cuerpo, principalmente en la sangre y secreciones genitales humanas, de ahí que éstos sean considerados como los

vehículos a partir de los cuales se transmite el VIH. En otras palabras "el VIH se transmite cuando los linfocitos T de la sangre de una persona o sus secreciones genitales entran en el cuerpo de otra" (Alvarado, 1998). Una vez alojado el virus en el cuerpo de una persona, ataca principalmente a los Linfocitos T del sistema inmunitario; se replica dentro de ellos, les destruye y altera su información genética modificando su función de defensa y ataque y, debilitando las funciones del sistema inmunitario.

2. Vías de transmisión

Como se ha mencionado anteriormente, el VIH es poco resistente fuera del organismo. En lo que respecta a su transmisión, sólo puede ocurrir cuando éste pasa del cuerpo de una persona infectada al cuerpo de una persona sana, limitándose a cualquiera de las siguientes Vías:

- Sexual no protegida. Posible durante cualquier relación sexual con una persona que vive con el VIH/SIDA y sin el uso adecuado de un método de barrera (condón), esto es, al intercambiar semen, líquido preeyaculatorio, secreciones vaginales o sangre con una persona infectada. Cabe mencionar que la infección consecuencia de una práctica sexual penetrante sin condón es la forma de transmisión más frecuente.
- Sanguínea. La infección por VIH a partir de esta vía ocurre al realizarse transfusiones con sangre u órganos infectados, compartir agujas hipodérmicas, rastrillos, cepillos de dientes u objetos punzocortantes que puedan estar contaminados con sangre infectada.
- Perinatal. Si una mujer embarazada se encuentra infectada por el VIH/SIDA existe un alto grado de probabilidad de que el virus sea transmitido al feto durante el período de embarazo, al momento del parto o durante la lactancia (cuando el recién nacido tiene alguna lesión en las encías o se encuentra en etapa de dentificación). Al respecto, es importante aclarar que la infección se puede llevar a cabo por el contacto del feto, o recién nacido, con la sangre materna, resultando falso por consiguiente, y como ya fue mencionado anteriormente, el que el SIDA pueda ser heredado. De igual manera, si se conoce el estado serológico positivo de la madre, la acción a seguir se

fundamentará en el conocimiento del estado serológico del bebé, acto que puede llevarse a cabo después de los seis meses de edad del infante (Lagos, 1996; Rico, 1996; Senties, 1998).

Finalmente, en lo que se refiere a los contactos presentes en la vida cotidiana, no representan riesgo alguno en la transmisión del virus del SIDA, por lo tanto, éste no puede ser transmitido por:

- ❑ la picadura de algún insecto
- ❑ compartir asientos de excusados, lavabos, bañeras, albercas o medios de transporte
- ❑ tocar saliva, lágrimas, estornudos, tos, orina, excremento o expectoraciones
- ❑ usar las mismas prendas de vestir limpias, ropa de cama o toallas
- ❑ utilizar los mismos utensilios de comida
- ❑ platicar, saludar, abrazar, besar o dormir junto a una persona que viva con el virus.

El VIH no puede transmitirse por el contacto casual o cotidiano como los abrazos y caricias, sin embargo, toda aquella persona que se exponga a cualquiera de las vías de transmisión del VIH puede, sin importar sexo, edad, raza, condición social u orientación sexual, verse infectada por el VIH pese a que aún se considere como enfermedad única de hombres "gays" (Morales, 1991. En Sabogal, Sandlin, Reyes, Aguirre, Bregman y Lemp, 1992).

3. Etapas de Infección

La manera en la que actúa el virus puede determinarse por cuatro momentos sucesivos (Alvarado, 1998; Acevedo y Solache, 1998); en cada uno de ellos, la persona portadora del VIH puede transmitirlo a otras que estén en contacto con sus fluidos corporales sin el empleo de alguna medida preventiva:

- a) Periodo de ventana. Abarca de los tres a los seis primeros meses transcurridos a partir del contacto con el virus. Para estos momentos, el

sistema inmunológico aún no ha desarrollado los anticuerpos necesarios para ser detectados por una prueba de laboratorio.

- b) Etapa Asintomática. En esta etapa, el organismo ya ha desarrollado los anticuerpos necesarios para ser detectados por una prueba de laboratorio (ELISA y/o WESTERN BLOT). sin embargo, el cuerpo aún no presenta algún síntoma característico y la persona portadora del VIH puede verse y sentirse saludable. La duración de esta etapa oscila entre los 8 y 10 años, aunque en ello entran en juego factores diversos como el tratamiento médico y el estilo de vida adoptado por la persona.
- c) Etapa Sintomática. Es aquí donde suelen aparecer las primeras manifestaciones de la infección por VIH/SIDA caracterizadas por fiebre, pérdida de peso, cansancio constante y excesivo e inflamación de ganglios en todo el cuerpo, además de algunas infecciones o enfermedades comunes. Durante esta fase el virus se activa y se replica con mayor rapidez: ataca a los linfocitos T del sistema inmunitario haciéndoles perder su capacidad de defensa contra agentes infecciosos; el organismo todavía responde al tratamiento médico en contra de las enfermedades.
- d) SIDA. El SIDA es la fase más avanzada de la infección por VIH y sólo puede ser diagnosticada por un médico. En esta etapa el sistema inmunológico ha perdido prácticamente toda su fuerza y se ha deteriorado a tal grado que ya no puede hacer frente a los agentes infecciosos por lo que cualquier enfermedad puede resultar mortal. En lo que respecta a sus manifestaciones, se habla del SIDA cuando el paciente padece enfermedades (Acevedo y Solache, 1998) como las siguientes:
- ☐ Pérdida del 10 al 15% del peso total en menos de un mes.
 - ☐ Fiebre nocturna de más de 39° C por más de un mes.
 - ☐ Diarrea con 5 o más evacuaciones líquidas o semilíquidas al día durante más de un mes.
 - ☐ Debilidad o cansancio.
 - ☐ Infecciones oportunistas. Enfermedad ocasionada por cualquier germen presente en el organismo de la persona que encuentra la oportunidad de replicarse dado el estado deficiente del sistema inmunológico (herpes, tuberculosis, neumonía, infecciones estomacales, etc.).

- Síndromes neurológicos y alteraciones o cambios en el comportamiento debido al ataque directo del virus en el Sistema Nervioso Central: pérdida de la memoria, apatía, pérdida de sociabilidad, depresión profunda, agresividad, ideas suicidas, movimientos involuntarios, convulsiones o incapacidad de movimiento.
- Afecciones tumorales, principalmente Sarcoma de Kaposi.

4. Medidas de Prevención

Pese a los avances que la Ciencia Médica desarrolla diariamente, el VIH/SIDA no cuenta aún con una vacuna o tratamiento que erradique totalmente la enfermedad; sin embargo, los avances más próximos a ello consisten en la combinación de ciertos medicamentos específicos que inhiben la producción del virus hasta en un 99%, los cuales, en conjunto a la adopción de un nuevo estilo de vida, pueden conllevar a una vida particularmente normal.

Entre las medidas preventivas a considerarse dentro de las modificaciones al estilo de Vida, se encuentran las siguientes, mismas que son aplicables también para las personas consideradas como seronegativas pero, al igual que todos, en riesgo a la infección.

- Prevención por transmisión sexual. La posibilidad de transmisión sexual del VIH se relaciona directamente con el uso adecuado del condón (femenino o masculino), así como el tipo de prácticas sexuales que se llevan a cabo habitualmente. Sin embargo, es importante mencionar que no todas las prácticas sexuales conllevan el mismo riesgo, de ahí que éstas puedan ser agrupadas en dos bloques:
 - a) Sexo Seguro. Prácticas sexuales en las que se evita la penetración y el intercambio de fluidos corporales (líquido preeyaculatorio, semen, sangre, secreciones vaginales o sangrado menstrual), involucrándose acciones como la masturbación mutua, besos secos, abrazos, caricias, masajes o inclusive la abstinencia sexual.

- b) Sexo Protegido. Prácticas sexuales en las que se emplea un método de barrera (condón femenino o masculino) que impide el intercambio de fluidos corporales.
- Transmisión del VIH por transfusiones de sangre. En diversos países, la infección a partir de esta vía ha sido prácticamente eliminada mediante algunas medidas preventivas:
 - a) selección estricta de los donantes,
 - b) detección de la presencia del virus en la sangre
 - c) eliminación de la sangre contaminada
 - d) realización de campañas informativas a fin de evitar que las personas que sospechen estar infectadas con el VIH realicen donaciones

En lo que respecta a México, a partir del año 1986, "se estableció como norma del sector salud, el análisis de las donaciones sanguíneas para tener un control de la sangre sana por medio de su etiquetación como <<Sangre Segura>>" (Acevedo y Solache, 1998: p. 6). En el caso de la donación de órganos se aplica una acción similar.

Por otra parte, en la infección del VIH por uso de agujas y jeringas contaminadas, la prevención principal consiste en evitar el compartir agujas y jeringas hipodérmicas, limitando su uso únicamente a material esterilizado que después pueda ser desechado.

- Prevención de la Vía Perinatal. Para estos casos, los hombres y mujeres que deseen tener un hijo, y que pudieran estar infectados, deben realizarse las pruebas de detección de anticuerpos y consultar a un médico antes de decidir embarazarse.

La importancia de conocer y enmarcar las medidas preventivas conlleva, además de la difusión de información acertada para evitar la infección por VIH, al enfatizar el hecho que involucra el denominado proceso de re-infección, situación posible en cualquier persona que viva con el VIH.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

5. Pruebas de detección de anticuerpos contra el VIH/SIDA

Cuando una persona sospecha estar infectada por el VIH y ha realizado ya una valoración de su estilo de vida (incluyendo su exposición a una posible situación de riesgo) (CONASIDA, 1998) puede, si así lo desea, confirmar o desechar dicha suposición mediante un análisis clínico a partir de una muestra de sangre (método único para conocer si se es portador del virus o no). Al respecto, cabe mencionar que los exámenes de laboratorio aplicados para la detección del virus identifican únicamente la presencia de anticuerpos en reacción contra del VIH.

Las pruebas de detección empleadas en México, y citadas en la Norma Oficial para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (Diario Oficial de la Federación, 1995), son:

- ELISA (Ensayo Inmunoenzimático Ligado a Enzimas). Permite la detección de los anticuerpos producidos por parte del organismo para combatir el VIH.
- WESTERN BLOT. Prueba suplementaria o confirmatoria empleada después de un ELISA que ha proporcionado un resultado positivo o indeterminado.

Por otra parte, el posible resultado a obtenerse tras la aplicación de una prueba de detección, puede ser:

- a) Negativo. Se interpreta como la No Presencia de anticuerpos contra el VIH, sin embargo, dicha situación no necesariamente indica que la persona no se encuentra infectada ya que si ésta se ha llevado a cabo en fecha reciente, el organismo puede aún no haber desarrollado anticuerpos contra el virus, por lo cual se recomienda el dejar pasar tres meses antes de una segunda prueba de detección. Del mismo modo, es importante enmarcar también que este resultado no es sinónimo de inmunidad al virus o que se está protegido de alguna manera. La prueba de detección no es una como vacuna y la posibilidad de una prueba sea positiva cuando en realidad es negativa es de 1 a 100,000.
- b) Positivo. La obtención de este resultado involucra la aplicación de dos pruebas ELISA y una WESTERN BLOT (Diario Oficial de la Federación, 1995). En lo que respecta a su significado, éste se interpreta como la identificación

de anticuerpos contra el virus del SIDA; ante esta situación, la persona es ahora considerada como "seropositiva" (sero = suero; positivo = presencia de anticuerpos en la muestra de sangre) para sus tratamientos médicos.

- c) Indeterminado. Se nombra así al resultado en el que no es posible identificar anticuerpos contra el VIH o se sospecha que alguna enfermedad recién presentada no permite conocer si se es o no portador del VIH. En otras palabras los resultados de la prueba no son claros. Al igual que en el resultado negativo, se recomienda la aplicación de una segunda prueba después de transcurridos tres meses.

De manera particular, en el caso de los niños, la detección del virus es un tanto más difícil en comparación con un adulto y los síntomas pueden llegar a presentarse durante el primer año de vida, pese a ello, la prueba de detección de anticuerpos puede aplicarse sólo después de los 18 meses de edad, una vez que se hayan eliminado por completo, los anticuerpos producidos por la madre y que aún puedan encontrarse en el cuerpo del niño.

Actualmente, la aplicación de la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH se realiza antes de una donación de sangre, semen, órganos y tejidos, y tras el conocimiento del donante. De igual forma, se sugiere su aplicación periódica a todo el personal con trabajo en la salud, especialmente a aquellos en riesgo potencial y que en algún momento se hayan visto en contacto directo con sangre de una persona infectada y/o cuando el médico lo juzgue necesario.

En lo que respecta a una vacuna que evite la infección por el VIH o elimine dicho virus del cuerpo de una persona seropositiva es aún una remota esperanza, sin embargo, aún no se descarta la posibilidad de hacer del VIH/SIDA una enfermedad crónica y manejable (Acevedo y Solache, 1998).

La Consejería

Constituye una relación interpersonal -consecuencia de la decisión de realizarse las pruebas de detección de anticuerpos- a partir de la cual se pretende brindar información relacionada con el VIH/SIDA, apoyo emocional, facilitar la expresión de sentimientos, tomar

decisiones, explorar posibilidades y generar cambios de actitudes y de comportamiento (Díaz, 1998) al respecto.

Tomando como base aspectos como los anteriores, y dado que las necesidades de la persona difieren del momento en el que se realice la consejería, es que puede hablarse de dos tipos de ella:

- Consejería Pre-Prueba. Considerada como el primer contacto que se establece con la persona que ha tomado la decisión de practicarse la prueba de detección o que aún se encuentra indecisa en ello.

De manera general, puede mencionarse que ofrece apoyo emocional e información básica sobre el VIH/SIDA además de una valoración de las actividades de riesgo en el que se haya podido encontrar la persona en algún momento de su vida y que pueda favorecer la sospecha de la infección. En la mayoría de los casos, se extiende la orden del laboratorio en donde la persona habrá de realizarse la prueba.

En lo que respecta al proceder del consejero durante la presente sesión se ha coincido en los siguientes pasos a desarrollar (Díaz, 1998):

1. Presentación y compenetración con la persona.
2. Explicación de las características del servicio (confidencial, anónimo y voluntario).
3. Conocimiento del motivo de consulta, exploración de las necesidades y motivaciones.
4. Explicación y documentación sobre el VIH/SIDA.
5. Consideración del momento para la toma de decisión con respecto a la prueba: análisis de prácticas y situaciones de riesgo, expectativas y sentimientos frente a cada posible resultado, l resultado y recursos para enfrentarlo.
6. Evaluación Emocional.
7. Explicación del procedimiento de toma de muestra.
8. Establecimiento de un plan de prevención personal.
9. Cierre de la sesión..
10. Elaboración de reporte psicológico.

- **Consejería Post-Prueba.** Constituye el segundo contacto con la persona interesada. En esta ocasión, el motivo principal es la entrega del resultado, y junto con ello el brindar seguridad y apoyo emocional. Para esta situación, el consejero debe estar preparado para cualquier reacción ante la notificación del resultado y proceder según sea el caso.

En lo que respecta al esquema general para la Consejería Post-Prueba se menciona el siguiente (Díaz, 1998):

1. Recepción del usuario.
2. Evaluación del periodo de espera.
3. Reafirmación e integración de la información.
4. Entrega del resultado.
5. Permisión de la libre expresión de sentimientos y reacciones.
6. Establecimiento de un plan de protección personal.
7. Cierre de la sesión.
8. Elaboración de reporte psicológico.

Los modelos de Consejerías citados anteriormente han resultado eficaces para disminuir el impacto psicológico consecuente de la prácticas de las pruebas de detección, además, permite establecer cursos de acción y facilita un seguimiento de cada persona; asimismo, ofrece la ventaja de la flexibilidad y adaptación para cualquier contexto o medio (Díaz, 1998).

6. Consecuencias psicosociales

Haber estado expuesto al virus del VIH no significa ser seropositivo y mucho menos tener el Síndrome completo (Ortiz, 1992); sin embargo, la posibilidad de estar infectado, y más aún, la confirmación de ello, conlleva en la mayoría de los casos a la presencia de efectos de carácter psicológico que pueden afectar de manera temporal o permanentemente a una persona.

Las posibles reacciones a las que puede enfrentarse una persona que ha estado expuesta al virus del VIH son variables y difieren de persona a persona (Granados y

Sandoval, s/a; Miller, 1989), pero de manera general, casi todas ellas comparten, en cierta medida, sentimientos como los que a continuación se mencionan (Miller, 1989) (Tabla 6):

Emocionales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aterrimiento /silencio <<por aturdimiento>>/incredulidad ▪ Confusión/distracción/inseguridad –sobre las circunstancias presentes y futuras ▪ Negación (<<no puede ser cierto>>) ▪ Desesperación (<<Oh, Dios mío, todo se ha arruinado>>) ▪ Enojo –hacia el personal de la salud, personas amadas, etc., por el impacto en la vida y las circunstancias ▪ Temor –de dolor, muerte, incapacidad, pérdida de las funciones corporales y mentales, pérdida de la confidencialidad y privacidad ▪ Culpa/autorrecriminación sobre la relación de la infección o la enfermedad con la actividad sexual, ser homosexual o toxicómano ▪ Labilidad emocional –pasar con rapidez y en forma no predecible del llanto a la risa (y viceversa) ▪ Tristeza y preocupación mórbida –por el futuro, por el trabajo, el amante, la esposa, la familia, la salud ▪ Sospecha –sobre las acciones y conducta del personal, las personas amadas, quienes lo ayudan ▪ Alivio –al conocer la causa de la enfermedad reciente
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Llanto episódico y a menudo imprevisible ▪ Enojo e irritabilidad –hacia cualquiera, a menudo <<despertados>> por hechos triviales e importantes (sean físicos, verbales o ambos) ▪ Aislamiento –distanciamiento de los problemas y circunstancias actuales; resistencia a participar en conversaciones, actividades o planes para tratamiento ▪ Autodenigración –refiriéndose a sí mismo como <<merecedor de esta plaga>>, inservible, <<sucio e indecente>> ▪ Impulsividad –actuar sin pensar en las consecuencias ▪ Revisión corporal –en busca de <<signos>> de mayor infección o deterioro físico ▪ Interrogador –para tranquilidad, mayor información

Tabla 6. Posibles reacciones ante la exposición al VIH.

Fuente: Miller, D. (1989) Viviendo con SIDA y HIV. México: Manual Moderno. P. 24.

Reacciones como las anteriores son consideradas hasta cierto punto normales y esperadas ante estas situaciones, sin embargo, muchas de ellas pueden verse acentuadas consecuentemente por información no asimilada, insuficiente, limitada o incomprensible (Miller, 1989). A raíz de esto, y aún de manera general, la perspectiva que tiene un paciente sobre su enfermedad suele jugar un papel importante en el desarrollo de su trastorno (Miller, 1989). De manera particular, en el caso de enfermedades como el SIDA llegan a presentarse importantes crisis de ansiedad acompañadas de diversas etapas emocionales que tienen como finalidad ayudar al individuo a aceptar las nuevas condiciones de su vida (Salame, 1996). Antes de mencionar dichas etapas, hay que considerar que ellas no son permanentes ni que siguen un orden determinado, es decir, dichas fases pueden variar su presencia y duración e inclusive volverse a ellas una vez consideradas como superadas.

Las etapas (Salame, 1996) en cuestión, son:

- Negación. Considerado el primer estadio por el que atraviesa una persona a la que comprende a partir del momento en que ésta se conoce como positiva a la prueba de detección. Dicha situación produce un considerable incremento de angustia que conlleva a la negación de saberse infectado y, por lo regular, esta actitud se acompaña por una sensación de omnipotencia que lleva al individuo a sentirse invulnerable.
- Ira. El segundo estadio hace su aparición ante la imposibilidad de mantener la negación al proceso de infección. Ante esta situación, la intensa ira se dirige indiscriminadamente hacia la persona misma, o bien, hacia quienes le rodean. Durante este periodo es frecuente que la persona se muestre irritable y poco tolerante frente a situaciones que considera como particularmente frustrantes.
- Regateo. Durante esta fase, la persona seropositiva, en colaboración con un profesional, se encuentra en posibilidades de plantearse metas a corto plazo siempre y cuando éstas se vean condicionadas a la obtención de algún beneficio relacionado con el padecimiento.
- Depresión. La sucesión de esta etapa conlleva generalmente a la aceptación del padecimiento y sus inevitables limitaciones. Su transición se manifiesta con una aguda depresión, consecuencia de la imposibilidad para hacer algo efectivo que finalice el proceso de infección.

- Aceptación. El duelo por el que atraviesa la persona concluye cuando ésta se resigna y acepta el vivir con el VIH/SIDA adoptando las medidas necesarias y modificando su estilo de vida.

Como puede denotarse, es necesaria la implantación de un proceso educativo continuo que ayude a las personas infectadas con VIH/SIDA a confrontar las repercusiones que tiene el diagnóstico de seropositividad en sus vidas (Ortiz, 1992).

7. Intervención Psicológica en el trabajo con personas que viven con VIH/SIDA

El apoyo psicológico, visto a manera de intervención, es también un apoyo importante que, en colaboración con el tratamiento médico, permite que la persona aprenda y asuma el vivir con el VIH/SIDA (Memorias del Encuentro Nacional de Personas que vivimos con VIH/SIDA, 1995) ya que su aceptación puede llevar de algunos días a varios meses e incluso años (Salame, 1996).

Entre las intervenciones que se realizan en Psicología en el trabajo con personas que viven con el VIH/SIDA, se encuentran:

- Consejería. Orientación que se brinda a la persona con interés en practicarse una prueba de detección o por recibir su resultado. Sus metas a conseguir consisten en proporcionar alternativas que le permitan a la persona enfrentar el estrés durante el tiempo de espera del resultado y la entrega del mismo, adoptar medidas de protección personales, sensibilizar respecto al riesgo de adquirir el VIH/SIDA, y asimilar el resultado (Díaz, 1997).
- Seguimiento psicológico. Este tipo de intervención ocurre durante el tiempo de espera del resultado y no todas las personas lo solicitan. Puede variar su número de sesiones en función de las características de cada persona. Se enfoca principalmente a controlar el estrés generado por la espera y proporcionar apoyo emocional e información sobre los cuidados necesarios. A diferencia de la psicoterapia, ésta constituye un apoyo de duración breve y específico.

- **Psicoterapia Individual.** Tiene como finalidad el proporcionar apoyo emocional y favorecer el empleo de recursos, habilidades y capacidades propios de la persona que se encuentra en proceso de asumir que vive con el VIH/SIDA. Trabaja con aspectos como la autoestima y la adaptación al nuevo estado serológico o condición actual; propicia la independencia y responsabilidad en conjunto con el bienestar personal. Entre los beneficios que brinda además de los anteriores, cabe mencionar el provocar cambios en su comportamiento y estilo de vida a fin de favorecer su propio cuidado y ser un agente activo en su tratamiento.
- **Psicoterapia Grupal.** Como su nombre lo indica, trabaja con un conjunto de personas y puede ser definida como "una forma de tratamiento para problemas de naturaleza emocional en la cual una persona entrenada al respecto establece deliberadamente una relación profesional con el paciente con el objetivo de modificar, retardar o eliminar los síntomas patológicos existentes, promoviendo así el desarrollo positivo de la personalidad del enfermo" (Wolberg, 1980. En Salame, 1996; p. 59).

Al igual que todas las intervenciones mencionadas en el presente trabajo, la Psicoterapia no elimina la infección ni tampoco el SIDA (Salame, 1996). es simplemente una ayuda a fin de que las personas enfrenten sus pensamientos e inquietudes y encuentren un nuevo interés en la vida.

En cuanto a su conformación, la mayoría de los grupos comparten características en común:

- a) Conformación homogénea basada en la enfermedad o sintomatología compartida.
 - b) Educación enfocada a la enfermedad en cuestión.
 - c) Apoyo al acatamiento de los regímenes médicos.
 - d) Cambio en los estilos de vida.
 - e) Apoyo a los pacientes para que enfrenten de manera individual los efectos de sus enfermedades.
- **Grupo de apoyo.** Su origen radica en la necesidad de los familiares para reunirse y compartir experiencias afines y dentro de un ambiente de comprensión. Cabe mencionar que este tipo de intervención no se creó con el propósito de explorar aspectos psicológicos o generar un cambio en ellos; su labor, más bien se enfoca al brindar apoyo y ofrecer información sobre el

VIH/SIDA, enfatizando las estrategias de manejo que pueden realizarse desde el hogar, es por ello, que puede también ser considerada como un espacio en el que los miembros de la familia, y especialmente el cuidador primario, no se sienta solo en su actividad diaria (Rodríguez, Díaz, García de la Cadena, 1995).

Un grupo de apoyo puede ser entendido como una red de personas, pacientes, familiares y cuidadores primarios que padecen una misma condición y que se reúnen de una a tres horas semanal, quincenal o mensualmente para compartir experiencias y consejos afines al VIH/SIDA. De acuerdo con el grupo, suele también invitarse a algún experto a que aborde un tema de interés común (Sabogal, Sandlin, Reyes, Aguirre, Bregman y Lemp, 1992; Rodríguez, Díaz, García de la Cadena, 1995), y generalmente el coordinador suele tratarse de un Psicólogo.

- Grupos de autoapoyo. Este tipo de grupo resulta muy similar al anterior con la diferencia de que exclusivamente intervienen personas afectadas por el VIH/SIDA y en ocasiones, un especialista a fin de abordar un tópico de interés. Al igual que el grupo de apoyo fomenta el apoyo social y para amortigua los efectos negativos derivados de un resultado positivo a la prueba de detección (Ortiz, 1992, Grupos de autoayuda, 1998).
- Apoyo emocional en casa (visita domiciliaria). Forma de apoyo psicológico que se brinda a las personas que ven limitada su movilidad a causa de la enfermedad y que generalmente se encuentran ya en la fase terminal (Díaz, 1997; Vazquez, 1998). Cabe mencionar que este tipo de apoyo se ve reforzado por el trabajo del médico general y especialista.

Para esta intervención, lo mejor que el especialista de la Psicología puede hacer es dedicarle tiempo al enfermo y su familia: hablando de sus dudas y trabajando los síntomas psicológicos más frecuentes en estos casos como son la ansiedad, angustia, depresión y temores. Por lo anterior, es importante enfatizar que la estabilidad emocional del enfermo contribuye a que la persona pueda mantenerse en condiciones óptimas. La enfermedad que anteriormente se consideraba totalmente física se percibe ahora en el plano emocional: "el sólo hecho de saberse infectado genera una descompensación emocional en el paciente, pensemos ahora en el paciente que se encuentra en casa y enfermo, situación que hace más palpable la

enfermedad, todo lo que antes sólo se imaginaba, ahora se transforma en un hecho real, que no sólo inquieta a él, si no también a la familia, como el anuncio de un final inevitable Este momento se experimenta con tristeza por el dolor que la familia vivirá y por el deterioro físico paulatino que se nota en el enfermo" (Vazquez, 1998). Aunque el apoyo familiar es importante y básico durante toda la enfermedad, el aceptar que se está llegando al <<final>> produce desajustes, sentimientos diversos, en ocasiones opuestos, y ausencia de algún(os) miembro(s) de la misma.

8. Epidemiología

Los primeros casos de VIH/SIDA fueron notificados en los Estados Unidos de Norteamérica (Pérez, 1999), y asociados con adultos integrantes de poblaciones socialmente rechazadas y estigmatizadas como son los homosexuales, drogadictos y prostitutas.

En lo que correspondió a la década de los años 80 y ante la incertidumbre del número de personas infectadas por el VIH, México al igual que muchos otros países, y en recomendación por el Programa Mundial Conjunto de Naciones Unidas en VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se vio ante la necesidad de diseñar sistemas de información basados en la notificación de casos por parte de los organismos nacionales de salud tomando como criterio de registro la fecha de diagnóstico de la etapa terminal (SIDA) de la persona (Kuri, 1999). A continuación se presentan una serie de tablas que contienen cifras de los casos reportados durante cada año a partir de 1983 (año en que se inicia el Registro Nacional) hasta el 2000 (Tabla 7, 8, 9 y 10).

AÑO	CASOS DIAGNOSTICADOS
1983	60
1984	198
1985	349
1986	673
1987	1,485
1988	2,069
1989	2,661
1990	3,517
1991	3,625
1992	3,988
1993	3,950
1994	4,129
1995	4,218
1996	4,014
1997	3,902
1998	3,916
1999	2,083
2000	296

Tabla 7. Casos de SIDA registrados por año de Diagnóstico.

Fuente: Amigos contra el SIDA, A. C. (2001) Sistema de Vigilancia Epidemiológica de SIDA.
En <http://www.aids-sida.org/estadist01.html>

Nota 1: Estos casos fueron publicados en su mayoría en los boletines del CONASIDA en los años respectivos.

Nota 2: Información actualizada al segundo trimestre del 2000.

Nota 3: Según la ONUSIDA por cada caso de SIDA deben considerarse de 3 a 4 casos de VIH sin haber desarrollado el SIDA; según esto, en nuestro país hay además 270,798 casos de VIH.

ENTIDAD FEDERATIVA	CASOS DIAGNOSTICADOS
Aguascalientes	7
Baja California Norte	-
Baja California Sur	-
Campeche	3
Coahuila	9
Colima	-
Chiapas	-
Chihuahua	18
Distrito Federal	19
Durango	3
Guanajuato	18
Guerrero	13
Hidalgo	7
Jalisco	7
Estado de México	1
Michoacán	18
Morelos	24
Nayarit	8
Nuevo León	-
Oaxaca	8
Puebla	30
Querétaro	6
Quintana Roo	1
San Luis Potosí	3
Sinaloa	10
Sonora	6
Tabasco	-
Tamaulipas	17
Tlaxcala	3
Veracruz	46
Yucatán	4
Zacatecas	5
Total	295

Tabla 8. Casos de VIH/SIDA diagnosticados en el año según entidad.

Fuente: CONASIDA (2001) Estadísticas sobre SIDA en México. En <http://www.ssa.gob.mx>

Nota 1: Información actualizada al segundo trimestre del 2000..

Nota 2: No se incluyen los casos de extranjeros en circulación por México.

		ACUMULADO AL 31/12/99	NÚMERO DE CASOS	ACUMULADO AL 31/03/00	NÚMERO DE CASOS	ACUMULADO AL 30/06/00	PORCENTAJE TOTAL DEL ÚLTIMO ACUMULADO
CATEGORÍA	Desconocido	13,352	1	13,353	22	13,374	31.06
	Homosexual	9,520	4	9,524	54	9,574	22.24
	Heterosexual	9,259	15	9,284	158	9,427	21.90
	Bisexual	6,461	4	6,465	54	6,515	15.13
	Transfusión	2,458	0	2,458	0	2,458	5.71
	Perinatal	578	1	579	4	582	1.35
	Donador	376	0	376	0	376	0.87
	Drogas intravenosas	269	0	269	2	271	0.63
	Hemofílico	267	0	267	0	267	0.62
	Homosex./Droga	204	0	204	0	204	0.47
	Ocupacional	8	0	8	0	8	0.02
	Total	42,762	25	42,787	295	43,057	100.00

Tabla 9. Distribución porcentual del total acumulado de casos de SIDA por categoría de exposición en México.

Fuente: Amigos contra el SIDA, A. C. (2001) Sistema de Vigilancia Epidemiológica de SIDA.
En <http://www.aids-sida.org/estadist01.html>

Nota 1: Información actualizada al segundo trimestre del 2000..

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRUPOS DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menores de 15 años	0.0	1.4	1.4
De 15 a 44 años	76.1	78.4	75.5
De 45 y más años	23.6	19.0	22.6
Edad Ignorada	0.4	1.2	0.3
Total	100.0	100.0	100.0

Tabla 10. Distribución porcentual de los casos de SIDA diagnosticados en el año según sexo y grupos de edad.

Fuente: CONASIDA (2001) *Estadísticas sobre SIDA en México*. En <http://www.ssa.gob.mx>

Nota 1: Información actualizada al segundo trimestre del 2000..

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 4 EL VIH/SIDA DENTRO DE UNA ORGANIZACIÓN

1. El VIH/SIDA en la organización

El SIDA es un problema actual en todos los países incluyendo a México, y el trabajo, uno de los principales ámbitos que pueden verse afectados por sus diversas consecuencias.

En el capítulo anterior se hizo referencia a que el VIH/SIDA no se transmite por contactos casuales, entendiéndose con ello que la mayoría de los trabajadores no corren riesgo de quedar infectados por el VIH dentro del desempeño de sus actividades laborales (Organización Internacional del Trabajo, 2001), sin embargo, y pese a dicha información, el SIDA no tiene lugar dentro de las organizaciones por los costos producto de brindar asistencia a un trabajador enfermo y los prejuicios y temores falsos (San Martín, 2000) hacia dicha enfermedad.

Considerando esto último, surge entonces la interrogante del cómo aborda una organización el caso de una persona con VIH/SIDA que trabaja para ella.

En primera instancia, y enmarcando un aspecto importante que hace referencia a la Ley Federal del Trabajo (LFT), Ponce de León (2000) argumenta que ésta, no menciona de manera particular dentro de su Tabla de Enfermedades de Trabajo, contemplada en el artículo 513 (Anexo 1), al VIH/SIDA; sin embargo, la ubicación realizada a la enfermedad en cuestión en dicha ley se ha codificado, según sugerencia médica, en la fracción 136 de la tabla ya citada, en el apartado correspondiente a Virosis (hepatitis, enterovirus, rabia, psitacosis, neumonías a virus, mononucleosis infecciosa, poliomielititis y otras).

Como puede entonces denotarse, y por cuestiones obvias, el VIH/SIDA es una enfermedad que involucra directamente a la ciencia médica, la cual dentro de las organizaciones, y en conjunto con la disciplina jurídica, debiera establecer la pauta a seguir para determinar una relación obrero-patronal cuando ésta se ve participe de algún modo.

Pese a parecer sencillo, la situación se complica cuando el virus aparece en el personal que ya labora para una organización, puesto que, al no existir políticas claras al respecto, los procesos legales se tornan más sutiles y discretos.

A la fecha, son mínimas las empresas que disponen de soluciones corporativas para la asistencia de empleados infectados con VIH que garanticen el mantenimiento de su empleo y la confidencialidad de su situación. El modo de proceder para la gran mayoría de las organizaciones ocurre sobre la marcha, definiéndose el futuro de la persona generalmente en función de su nivel jerárquico, es decir, si dicha persona ocupa una posición que involucre mando y/o personal a su cargo, y tal aspecto es válido para la misma organización, suele negociarse el despido e inclusive alguna forma de asistencia y/o un desempeño laboral a distancia, sin embargo en la mayoría de los casos, el empleado enfermo es despedido bajo cualquier causa o aplicando una política más sutil pero igualmente efectiva: se le aparta de "sus tareas habituales, se lo relega y se lo expone a las actitudes reticentes o abiertamente discriminatorias de jefes y compañeros, que suelen ser la regla. La renuncia se convierte entonces en la única salida" (San Martín, 2000).

Al respecto, y en oposición a situaciones como la anterior, se sabe ya de casos en donde las personas se han atrevido a demandar y se ha podido demostrar el despido por causa de la enfermedad. Para muchos otros casos, la situación no resulta favorable, pues la dificultad mayor consiste en la obtención de pruebas y en la lucha contra la argumentación ofrecida por parte de la organización (Anexo 2); el resultado, discriminación encubierta.

Por ahora, la naturaleza mortal del SIDA es desafortunadamente bien conocida por todos y el entender a dicha enfermedad como limitante desde sus principios conlleva a que la capacidad laboral de la persona que vive con el virus sea desprestigiada, lo que aunado a la falsa posibilidad de adquirir el virus por un contacto casual, le descarta en su participación cotidiana de las actividades que realiza.

Por lo anterior, y considerando las etapas de desarrollo de la enfermedad, puede hacerse referencia y argumentar aspectos contrarios a ello, en primera instancia porque durante los dos primeros estadios (inclusive principios del tercero), la persona portadora del VIH puede efectuar actividades intra y extra laborales cotidianas (Ponce de León, 2000) ya que no constituye un factor de riesgo para sus compañeros de trabajo ni para aquellos con

quien vive, asimismo, el ser portador del virus no puede ni debe ser motivo para negársele el acceso al desempeño de nuevas actividades laborales ni para rescindirle de éstas si ya se encuentra contratado. EL VIH/SIDA en estas etapas no es incapacitante por lo cual no puede aplicarse la fracción I del artículo 42 de la Ley Federal del Trabajo (Anexo 1) por no constituir factor de riesgo en esta etapa de virulencia, aun cuando el VIH sólo pueda ser transmitido por factores de alto riesgo como son la donación de sangre y el coito con su pareja.

Durante el desarrollo de la Etapa 3 o Sintomática, y dados los avances de la infección, la persona seropositiva puede ya resultar un candidato a incapacidades temporales para el trabajo. Al igual que en los estadios anteriores, la persona no constituye un factor de riesgo ni puede despedirsele a consecuencia de ello y pese a ser discapacitante no aplica tampoco la fracción I del artículo 42 de la Ley Federal del Trabajo (Anexo 1).

Para los casos en que el VIH fue adquirido en el trabajo a consecuencia del pinchazo de una aguja, bisturí u otro elemento con filo que se encuentre contaminado con el virus, incluyéndose filos y/o astillas de vidrio roto de probetas y frascos u otro material de laboratorio o banco de sangre, y dada la relación citada por Ponce de León (2000) como causa-efecto-trabajo-daño, se le debe dictaminar una enfermedad de trabajo y respaldar con el artículo 475 de la Ley Federal del Trabajo (Anexo 1) por el hecho de haberse originado en el trabajo a raíz de una condición incidental/accidental con el virus. En lo que respecta a su trato, éste deberá ajustarse a las especificaciones ya mencionadas para los estadios 1, 2 y 3.

Por lo anterior, el VIH/SIDA como enfermedad laboral, es considerada selectiva ya que puede presentarse solamente —y en casos mínimos— en médicos, paramédicos, odontólogos, enfermeras o inclusive en personal de intendencia, afanadores, camilleros y demás personas que laboran en consultorios, clínicas, sanatorios y hospitales en donde se puede estar en contacto directo con sangre (Departamento de Servicios Sociales del Estado de Nueva York, 1993; Ponce de León, 2000). Fuera de los ámbitos de trabajo señalados resulta difícil citar otros diferentes.

Finalmente, prestando especial atención a la última etapa de la infección (SIDA) y al proceder excluyente por parte de la organización, es posible mencionar que en este estadio

es cuando resulta factible, y con apoyo legal, aplicar el artículo 53 fracción IV de la Ley Federal del Trabajo (Anexo 2) (mismo que se ve apoyado por el Art. 480 de la misma ley [Anexo 1]) para la terminación de una relación obrero-patronal, estableciendo como causas la incapacidad física y/o mental del trabajador.

2. Examen médico y VIH/SIDA

Dentro de las organizaciones, la práctica de estudios clínicos como complemento a exámenes médicos de admisión, periódicos o promoción tiene un carácter cotidiano e inclusive obligatorio para el trabajador o aspirante. En muchos de estos, la toma de una muestra de sangre resulta común, y en desconocimiento de la persona, se aplican pruebas de detección de anticuerpos contra el virus. Para muchos casos el resultado es positivo.

En lo que respecta a la participación del médico de la organización, éste debe limitarse a cumplir con la práctica de su disciplina, y ante la detección de un caso de VIH/SIDA, apegarse a las disposiciones de la Ley General de Salud en sus artículos 136, 137 y 138 (Anexo 3) y otros relativos a enfermedades transmisibles, para su registro y control epidemiológico (Ponce de León, 2000).

Por su parte, el empleado puede negarse a la realización de tales estudios. Si ese es el caso, y se trata de un candidato a un puesto, el contratante puede simplemente no darle cabida en la empresa y optar por otro candidato. Si por el contrario, la persona se encuentra ya laborando en una organización, la LFT en su artículo 134 fracción X (Anexo 1), expresa que es obligación del trabajador "someterse a los reconocimientos médicos previstos en el reglamento interior y demás normas vigentes en la empresa o establecimiento para comprobar que no padece alguna incapacidad o enfermedad de trabajo, contagiosa o incurable".

Todos los casos identificados dentro de la organización como positivos al VIH/SIDA (e inclusive aquellos que no) deben ser documentados y archivados con especial confidencialidad (Ponce de León, 2000) en historias clínicas, documentos o software especializado; esto último, con el propósito de evitar que personas ajenas a la situación, tengan conocimiento de ella y le divulguen. Sin embargo, dentro de las organizaciones, este

secreto profesional resulta fácil de omitir e ignorar por la relación existente entre el médico, contratante y patrón (Ponce de León, 2000), aspecto que constituye un fuerte e importante reto a la confidencialidad. Su posible solución, según la propuesta de Ponce de León (2000), puede consistir en el empleo de códigos cuyo conocimiento sea exclusivo para determinadas personas

CAPÍTULO 5 DISCRIMINACIÓN LABORAL POR VIH/SIDA

1. La persona: el recurso humano de una organización

Se dice que una organización formal existe cuando en ella se han establecido explícitamente procesos laborales y reglas de comportamiento que deben seguir las personas que la conforman (Chiavenato, 1990). En complemento a ésta, las características psicológicas y culturales de cada integrante conllevan a la creación y mantenimiento de una serie de relaciones no previstas dentro del aspecto formal y que, en la mayoría de los casos, no mantienen un vínculo estrecho con el trabajo que desempeña el individuo pero que influyen de manera decisiva en su comportamiento y relaciones de trabajo. Tales relaciones, como compartir valores morales, religiosos y/o culturales y, amistad o respeto, por ejemplo, surgen en forma espontánea entre los individuos, denominándose a consecuencia de ello, organización informal (Byars, 1983. En Rodríguez, 1995; Rodríguez y Ramírez, 1996). la cual, a pesar de serle atribuida una mínima importancia, constituye un aspecto básico que irremediablemente no tiene cabida en un plan formal. Oficialmente ella no existe, sin embargo, su efecto positivo o negativo, tiene una consecuencia importante en el esfuerzo y productividad final de la organización (Rodríguez, 1995; Rodríguez y Ramírez, 1996; Geus, 1997).

La diversidad de intereses y cultura puede llevar a una persona a resistirse al cambio o a enfrentar situaciones varias, provocando de este modo, una barrera a la implementación de nuevas actividades, procesos o soluciones. Generalmente, las personas con temores semejantes se alían (De Souza, 1998b), de ahí que la experiencia y la educación sean aspectos importantes a considerar en la adecuación y satisfacción de las necesidades de la organización (Plan de Desarrollo 1989-1994. En Caballero y Lahera, 1998).

Aunque cada persona perciba una situación de manera única, es común que los individuos se adhieran a las posturas predominantes en sus grupos de trabajo, generándose por consiguiente, reacciones grupales ante una situación dada (Jiménez, 2000i; Jiménez, 2000j). Es aquí en donde el área de Recursos Humanos desempeña un papel fundamental,

pues aborda directamente la situación y a las personas, que en conjunto con las políticas de la organización y un planeamiento estratégico favorecen la construcción de la nueva identidad de la organización (De Souza, 1998b), tomando como base la identidad ya existente.

2. Rechazo social y estigmatización

Lo idóneo dentro de una organización consiste en que tanto la parte formal e informal de ella se fusionen de manera tal que permita visualizarse como un sólo elemento. Desgraciadamente en la mayoría de los casos no es así y se obtiene como resultado una organización dividida que además de infuncional es poco productiva.

Retomando el aspecto informal de una organización, y entendiéndola como la comunicación interpersonal existente, es posible mencionarle, sin duda, como la forma más efectiva para intercambiar y establecer un contacto, consecuencia de una facultad personal y no un elemento propio de una organización (Ocampo, 1999).

Sin embargo, al combinar el aspecto anterior con el objetivo específico de una relación entre colaboradores, que es el trabajo, pueden surgir situaciones diversas entre las que inclusive pueden figurar conflictos y malentendidos. Peor aún cuando alguna de esas situaciones involucra aspectos de cultura y educación, caso observado en las personas que infectadas con el VIH/SIDA laboran para una organización y su estado serológico ha perdido confidencialidad.

Dentro de una organización, el rechazo social y la estigmatización ha cobrado diversas víctimas, encontrándose entre ellas las resultantes por género, raza y/u orientación sexual de las personas. Ahora se incluye también a las infectadas por el VIH/SIDA.

Prestando especial atención a este último aspecto, y haciendo referencia a cualquier ámbito (laboral, social, familiar, etc.) en el que se desarrolle la persona que vive con VIH/SIDA, además de las características propias de la enfermedad y el poco o nulo conocimiento de información que se tiene al respecto, es factible mencionar que la persona se verá afectada negativamente, ya que además del malestar físico que generará

gradualmente la infección, muy probablemente se enfrentará a situaciones que, como se mencionarán más adelante, repercutirán inclusive en su psicología.

En lo que respecta propiamente a situaciones laborales, el conocimiento adecuado de la infección por VIH/SIDA ofrece la posibilidad de que la persona desempeñe de manera cotidiana sus actividades, y es que está comprobado que el VIH/SIDA, pese a ser incapacitante, permite, durante sus primeras etapas (Ventana, Asintomática e inclusive Sintomática en sus inicios), realizar las actividades que competen a la persona sin constituir un factor de riesgo para sus compañeros de trabajo (Dessler, 1994; Ponce de León, 2000) ni para la organización misma.

Para el momento en que la persona seropositiva atraviese por la Etapa Sintomática, la necesidad de incapacidad temporal puede ser un factor que tal vez se presente ocasionalmente (Ponce de León, 2000), sin embargo, una vez cubierto el tiempo señalado por la misma y considerada su alta médica, la persona podrá nuevamente, y sin representar un riesgo para su área de trabajo ni para aquellos con los que vive, reintegrarse a sus actividades diarias.

En lo que respecta a la última etapa que involucra la infección por VIH/SIDA, y de acuerdo con Ponce de León (2000), la posibilidad de realizar actividades laborales y extralaborales se ve disminuida considerablemente ya que la integridad física y psicológica de la persona se ve afectada gradualmente hasta resultar prácticamente imposible realizar actividad alguna que no le implique estar en reposo absoluto.

A primera instancia y tras lo expresado en párrafos anteriores, pareciera difícil que alguien pueda atravesar por lo que se hace llamar discriminación, sobre todo porque ha sido decretada la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH, la cual, en palabras de Hernández, Fichtl y Herrera (2001) dice estipular que "las personas infectadas no pueden ser despedidas por ese motivo. Asimismo, dice que las y los seropositivos tienen derecho a la confidencialidad y a no presentar la prueba de detección como requisito para ser contratados [...] también prevé los lineamientos necesarios para que el examen sanguíneo sea un asunto sin consecuencias sociales [...] y señala que sólo se hará el examen para la detección de anticuerpos al VIH con el consentimiento del

interesado, que será confidencial y que al momento de conocer los resultados recibirá atención especializada, debido al impacto emocional que causa un resultado positivo”.

Sin embargo, en la práctica no ocurre así: se practican exámenes sanguíneos en laboratorios particulares para identificar al personal infectado que labora dentro una organización, o peor aún, la prueba es exigida como requisito para un empleo y/o para acceder a instituciones como el Ejército y la Marina. A raíz de que varios casos de este tipo fueran publicados y presentados a la opinión pública (ver Anexo 2), instituciones como las citadas, entre otras organizaciones diversas, ya no usan directamente el argumento del VIH/SIDA sino que despiden a dichas personas argumentando recortes presupuestales u obligándolas a renunciar con presiones de tipo administrativo.

Además, un elemento por demás importante en este aspecto, es la confidencialidad al conocimiento del estado serológico de la persona, información que debiera, según la Norma Oficial ya citada, tener únicamente fines estadísticos pero por las consecuencias negativas observadas es factible denotar que aún no existe un marco jurídico que permita hacer válido este precepto (Hernández, Fichtl y Herrera, 2001). Asimismo, la Ley Federal del Trabajo, en su artículo 134, establece que el patrón puede pedir, si lo considera conveniente, las pruebas médicas que considere pertinentes, anulando legalmente, la prohibición establecida en la Norma Oficial.

A la fecha, aún se cree que la infección por VIH es una enfermedad de hombres <<gays>> lo que refuerza los niveles de negación y homofobia a la comunidad (Morales, 1991. En Sabogal, Sandlin, Reyes, Aguirre, Bregman y Lemp, 1992). Lejos de ello, el VIH/SIDA es un problema en todo el mundo que hoy en día, y de manera cada vez más frecuente, se encuentra dentro de las organizaciones y de las personas que laboran para ellas. Se sabe que el VIH se transmite de tres maneras: por relaciones sexuales con una persona infectada cuando hay intercambio de fluidos orgánicos, por contacto entre la sangre de dos personas y desde una madre infectada a su hijo no nacido. El VIH no se adquiere por contactos casuales, por lo tanto, la mayoría de los trabajadores no corren riesgo de quedar infectados por el VIH en el desempeño de sus actividades (Organización Internacional del Trabajo, 2001).

La pandemia del VIH/SIDA es hoy en día uno de los más graves problemas de salud que afecta a todas las esferas de la sociedad, desde los ámbitos biológico e individual hasta el social, político y económico. Las personas que viven con VIH/SIDA se enfrentan no sólo a un virus contra el que aún no existe cura ni vacuna, sino que también experimentan la discriminación generada por ignorancia, falta de información y prejuicios (Grupo de autoapoyo del Hospital Gabriel Mancera, s/a; Salame, 1996). El hacer frente a estas circunstancias favorece el desgaste físico y emocional que debilita su estado de salud y una particularidad de este problema de salud es la relación que se ha establecido entre el ejercicio de la sexualidad y la muerte, tabú que lleva consigo una gran carga emocional que obliga en muchas de las veces a que la gente tome actitudes defensivas o indiferentes, cerrándose a la posibilidad de informarse, favoreciendo con ello comportamientos discriminatorios, carentes de solidaridad, precaución y responsabilidad (Grupo de autoapoyo del Hospital Gabriel Mancera, s/a).

a) Violación de Derechos Humanos

Las violaciones a los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA (Anexo 4) abarcan desde la discriminación familiar y social, hasta la negación de derechos fundamentales como la atención integral a la salud, educación, vivienda, trabajo y administración de justicia, por citar algunos (Grupo de autoapoyo del Hospital Gabriel Mancera, s/a).

En lo que respecta a la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) admite quejas sólo cuando el sector salud (IMSS, ISSSTE, SSA y DIF) niega atención médica, realiza detecciones obligatorias del VIH e incurre en negligencia médica (infección por transfusión, trasplante de órganos, resultados falsos o falta de notificación de resultados al interesado). Asimismo, la CNDH tiene competencia cuando en los centros de rehabilitación social se viola el derecho de los internistas a la confidencialidad de los resultados de la prueba de detección, y cuando en el ámbito civil y judicial, las personas seropositivas reciben malos tratos, negación de servicios o privación ilegal de la libertad (Hernández, Fichtl y Herrera, 2001).

En la mayoría de los casos de violaciones a los derechos humanos en el ámbito del VIH/SIDA, como en otras esferas, prevalece la impunidad. Además, es común que de las

pocas personas que se atreven a exigir justicia y un trato digno se decepcionen por la escasa efectividad de las recomendaciones o que abandonen el caso ante la lentitud de los trámites administrativos en la investigación de algún hecho denunciado

La promoción y protección de los Derechos Humanos es necesaria tanto para proteger la dignidad de las personas afectadas por el VIH/SIDA como para "alcanzar los objetivos de salud pública consistentes en reducir la vulnerabilidad a la infección VIH, paliar los efectos negativos del VIH/SIDA en los afectados y dotar de medios a las personas y comunidades para responder a la epidemia" (Organización de Naciones Unidas, 2001).

Por ello, un elemento de interdependencia entre estos aspectos resultan ser los estudios que demuestran que los programas de prevención y atención médica del VIH de carácter punitivo consiguen una menor participación y una mayor resistencia y aislamiento de parte de los amenazados por la infección, entendiéndose con esto, que las personas no solicitarán consultas, pruebas, tratamiento y apoyo respecto del VIH si ello conlleva discriminación, falta de confidencialidad y otras consecuencias negativas (Organización de Naciones Unidas, 2001).

Las personas que viven con VIH/SIDA tienen los mismos derechos que cualquier otro miembro de nuestra sociedad (Departamento de Servicios Sociales del Estado de Nueva York, 1993) de ahí su importancia por promoverles.

b) Castigo Social

Además de las violaciones a los derechos humanos por parte de los organismos de salud para con las personas seropositivas, en la sociedad es también factible observar agravios que lesionan su dignidad; entre estas afrentas resulta posible mencionar el rechazo, el abandono, las agresiones verbales, el maltrato físico, las actitudes negativas, la discriminación, y es que, aunque sea bien sabido que la enfermedad no puede ser adquirida por contactos casuales, el confrontamiento con prejuicios y temores tanto en el trabajo como fuera de él pueden resultar constantes durante el resto de la vida de la persona infectada.

Revertir estas actitudes involucra además de probablemente reformas legislativas (Hernández, Fichtl y Herrera, 2001), cambios culturales para el reconocimiento social y respeto a dichas personas.

La prevención del VIH/SIDA requiere cambios profundos en la cultura y costumbres mexicanas que enfrenten las exigencias de la vida diaria, pero que sobre todo, favorezcan iniciar una labor educativa que contemple todas las opciones posibles para prevenir y enfrentar la enfermedad. Para ello, y de acuerdo con Hernández, Fichtl y Herrera (2001), la experiencia ha demostrado que el mejor mecanismo es la educación y el camino para de afrontar la situación del VIH/SIDA desde la mayor parte de los ámbitos involucra tres frentes esenciales: las instituciones de educación pública, los órganos gubernamentales de atención al VIH/SIDA y las organizaciones no gubernamentales

3. Solución Organizacional ante un caso de VIH/SIDA

El trabajo es el ámbito en el que la discriminación a personas infectadas por el VIH es más frecuente (San Martín, 2000) y es que, el VIH/SIDA es condición suficiente para dejar a un postulante fuera de la posibilidad de obtener un puesto en alguna organización y los exámenes de selección para el mismo son la herramienta perfecta para detectarlo (San Martín, 2000). En los casos en que la persona ya labora para una organización, la situación para demandar un despido injustificado, o mal justificado, suele complicarse un tanto ya que los procedimientos legales se tornan más sutiles, y todo a consecuencia de la casi total ausencia de políticas al respecto.

En la actualidad, son mínimas las organizaciones que cuentan con soluciones corporativas para la asistencia de empleados que viven con VIH/SIDA, al igual que aquellas que garantizan el mantenimiento de su empleo y la confidencialidad de su situación. En la gran mayoría, se actúa sobre la marcha y la decisión sobre el futuro del empleado depende en gran medida del nivel jerárquico que ocupe, esto es, si la persona desempeña un puesto gerencial y es válido para ellos, "la empresa suele negociar el despido y hasta alguna forma de asistencia o desempeño laboral a distancia" (San Martín, 2000), sin embargo, en la mayoría de los casos, se despide al empleado argumentando cualquier causa y/o se aplica algún procedimiento más sutil pero igualmente efectivo, por ejemplo, "se lo aparta de sus

tareas habituales, se lo relega y se lo expone a las actitudes reticentes o abiertamente discriminatorias de jefes y compañeros, que suelen ser la regla. La renuncia se convierte entonces en la única salida" (San Martín, 2000). Comprobar una acción de este tipo a consecuencia de la infección es la mayor dificultad a enfrentar puesto que la mayoría de las empresas argumenta otros motivos y les puede demostrar, consecuentemente, la discriminación queda oculta.

4. Discriminación Laboral

Una de las más graves enfermedades que enfrenta nuestra sociedad, el VIH/SIDA, está considerada a nivel Nacional como el problema más complejo de salud pública entre jóvenes, ocupando además, el tercer lugar en causas de muerte en hombres de entre 25 y 34 años y el sexto, entre mujeres de la misma edad.

Debido a los prejuicios y tabúes que existen en torno a la sexualidad, el VIH/SIDA, tan mortal y lamentable como lo pueden ser la diabetes y el cáncer, se ha convertido en una enfermedad socialmente estigmatizada ante la cual, los grupos sociales históricamente excluidos (homosexuales, mujeres [particularmente prostitutas], internos penitenciarios, indígenas, migrantes, discapacitados, etc.) se han convertido en el blanco de esta afrenta agudizándose, por consiguiente, la discriminación de la cual son objeto. De igual manera, resulta importante mencionar también que la discriminación en torno al VIH/SIDA afecta no sólo a aquellas personas que viven con el virus sino a todos los individuos, pues la estigmatización de la pandemia aleja de las fuentes de información a jóvenes y adultos, e inhibe a las familias a orientar a los jóvenes en materia de sexualidad y prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre otras cosas.

La discriminación relacionada con el VIH/SIDA no es útil para promover la salud pública y sí, por el contrario, pone en peligro a la sociedad (Comisión Nacional de Derechos Humanos, s/a); además, independientemente del temor que puede involucrar hacia la infección, refleja falta de sensibilidad, concientización, información adecuada y educación con relación a la problemática del SIDA, que conjuntamente a ser un problema de salud, es también un problema social, económico, cultural y político (Fichtl y Hernández, 1998).

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, situación que a la fecha, conlleva a que aún muchas personas consideran que el VIH/SIDA sólo afecta a homosexuales sin percatarse de que la pandemia del SIDA constituye por su magnitud, una amenaza para toda la humanidad. Es así, que la infección ha generado una actitud social basada en el pánico y el rechazo hacia las personas que viven con VIH/SIDA, incluyendo inclusive, a su familia, situación que los lleva a la marginación, al ocultamiento y a la autodiscriminación, cuando la respuesta de la sociedad pudiera conducir hacia su reconocimiento como un problema (Acevedo y Solache, 1998) que requiere de atención médica, apoyo psicológico y asistencia social, jurídica y educativa.

En lo que respecta a una posible infección dentro del ámbito laboral, y considerando estudios realizados dentro de dicho entorno a personas que han estado en contacto directo con pacientes infectados (sin aplicar precauciones especiales), se ha calculado a partir de una exposición accidental un riesgo de infección entre 0 y 0.76 por ciento (Organización Internacional del Trabajo, 2001). A la fecha, es posible que en total haya alrededor de veinte profesionales con trabajo en áreas médicas particularmente (en todo el mundo), que hayan contraído la infección del VIH en el trabajo, siendo en dichos casos, el motivo de la infección, una lesión ó herida producida con una aguja o instrumental de laboratorio o quirúrgico punzocortante e infectado. En menor medida, otras personas han resultado infectadas por contacto con sangre y/o fluidos de ella con piel dañada o membranas mucosas (Organización Internacional del Trabajo, 2001).

Finalmente, y a manera de dar pauta al siguiente apartado, es posible mencionar que los trabajadores que pueden correr más riesgo por el tipo de labor que desempeñan, según la Organización Internacional del Trabajo (2001), son:

- el personal de hospitales, atención de salud y paramédico
- los dentistas y sus hospitales
- la policía
- los bomberos
- los que se dedican a operaciones de rescate (brigadas)
- los guardianes de prisión
- los funcionarios de instituciones penitenciarias

- los encargados de custodiarlos campos de juego
- los trabajadores de las instituciones psiquiátricas
- los operarios de laboratorios
- los empleados de funerarias

5. Prevención a la exposición del VIH/SIDA en el lugar de trabajo

En todos los lugares de trabajo en que los empleados pueden estar expuestos a sangre u otros fluidos orgánicos deben elaborarse normas por escrito que indiquen que hacer y a quien contactar en caso de exposición, incluyéndose por ejemplo, aspectos como los siguientes (Organización Internacional del Trabajo, 2001): limpiar la herida con agua y jabón, en caso de contacto con los ojos, limpiar con solución estéril para ojos o agua, realizar un informe del accidente, especificando fecha, hora y lugar en que sucedió la posible exposición y una descripción detallada de las circunstancias, solicitar un adecuado asesoramiento y tratamiento médico.

Cabe mencionar, que cualquier acción que se realice debe proteger la confiabilidad del trabajador expuesto ya que de lo contrario, puede mostrarse renuente a comunicar la lesión, evitando consecuentemente solicitar el tratamiento y el asesoramiento necesario.

Por ello, especialistas en la infección recomiendan a todas las organizaciones preparar un plan de lucha contra el VIH/SIDA teniendo como objeto disminuir y/o eliminar riesgos en caso de que los trabajadores puedan estar expuestos profesionalmente al virus.

El VIH/SIDA y las normas aplicadas al lugar de trabajo

Al elaborar normas de información sobre el VIH/SIDA para el lugar de trabajo, el personal de la organización debe basarse en los conocimientos e información especializados de las organizaciones no gubernamentales y gubernamentales pertinentes. Este tipo de colaboración, además de economizar tiempo (Organización Internacional del Trabajo, 2001), contribuye a compartir conocimientos y procedimientos que se saben como eficaces.

La elaboración y aplicación de dichas normas es un proceso dinámico (Organización Internacional del Trabajo, 2001) en el que debe participar todo el personal que labora dentro de la organización, considerando asimismo, aspectos como los siguientes:

- ❑ Detección del virus. Las pruebas clínicas de detección de anticuerpos contra el VIH/SIDA, durante el empleo o antes de la contratación, son innecesarias y no deben ser obligatorias.
- ❑ Confidencialidad. Cualquier notificación de alguna persona infectada será de conocimiento sólo de personal pertinente dentro de la organización.
- ❑ Información. Las normas elaboradas deben ser difundidas a todo el personal teniendo la precaución de actualizar la información considerando los avances médicos en el tratamiento de la infección.
- ❑ Disposiciones especiales o asignaciones de empleo. La infección por VIH no limita la capacidad de una persona de trabajar, sin embargo, si un trabajador quedara incapacitado parcialmente por una enfermedad relacionada con el VIH, se deben tomar disposiciones alternativas razonables sobre su empleo para ayudarle a conservarlo.
- ❑ Relaciones laborales. La infección por VIH no es motivo de rescindir un contrato de trabajo; las personas aquejadas de enfermedades relacionadas con el VIH pueden trabajar mientras sean médicamente aptas para desempeñar un trabajo.
- ❑ Prestaciones. Los trabajadores infectados por el VIH deben recibir la remuneración y las prestaciones habituales por el trabajo que desempeñan, incluyendo servicio médico.
- ❑ Instrucción. La información y la instrucción son herramientas esenciales para enfrentar el VIH/SIDA, de este modo, los trabajadores deben tener acceso a ellas a partir de programas de formación gratuitos sobre la infección.
- ❑ Infección por riesgo de trabajo. El único riesgo de contagio posible con el VIH sería un accidente en el que la sangre de una persona infectada penetrara directamente al torrente sanguíneo de otra no infectada. Las medidas para prevenir dicho riesgo consisten en la aplicación de las siguientes medidas (Departamento de Servicios Sociales del Estado de Nueva York, 1993): lavarse las manos y usar guantes para limpiar cualquier derrame de sangre en el área contaminada, aplicando posteriormente, una solución de media

taza de alguna solución desinfectante común (cloro, por ejemplo) por un litro de agua.

Para el caso particular de las personas que se exponen a la infección como consecuencia de sus actividades laborales (médicos, enfermeras, camilleros, personal de laboratorio y de ambulancias, etc.), las medidas de seguridad que deben enfatizarse (Departamento de Servicios Sociales del Estado de Nueva York, 1993) dentro de las normas a difundir, son:

1. El empleo de métodos de barrera apropiados (guantes de látex, cubrebocas, máscaras, pantallas protectoras de ojos, batas, etc.) para prevenir la exposición de la piel y membranas mucosas cuando se sabe existe la posibilidad de contacto con sangre u otros fluidos orgánicos de una persona. En el caso de los guantes, éstos deben cambiarse después del contacto con una persona y antes de atender a otra.
2. El aseo inmediato de manos y otras superficies de la piel después de una contaminación con sangre u otros fluidos orgánicos. Las manos deben lavarse tras quitarse los guantes.
3. El extremar precauciones en caso de heridas causadas por agujas, escalpelos u otro material filoso durante las actividades, al limpiarles y/o al desecharles. Las agujas no deben volverse a usar, ni doblarse o romperse intencionalmente con la mano a fin de evitar pinchazos. Las jeringas, las cuchillas de escalpelo y otros artículos filosos desechables usados deben colocarse en envases resistentes antes de tirar definitivamente o desinfectarles mediante procesos específicos.

6. Participación del Psicólogo en la Discriminación Laboral

Como se ha podido observar, el trabajo es el ámbito en el que la discriminación a personas que viven con VIH/SIDA es más frecuente (San Martín, 2000).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El VIH/SIDA dentro de las organizaciones no tiene lugar (San Martín, 2000) y las razones que sustentan dicho acto contemplan costos por brindar asistencia médica a la persona afectada, así como falsos temores y prejuicios entre la población.

Actualmente, es bien sabido que el VIH/SIDA es la tercera causa de muerte en hombres de entre 25 y 35 años, y la sexta en mujeres de la misma edad. Las personas afectadas por esta enfermedad se enfrentan día con día con la discriminación, la estigmatización y sus consecuencias, así como a la mala atención médica, la falta de medicamentos y los malos tratos no sólo de particulares sino también de servidores públicos, acarreado consecuentemente, que el estado físico y emocional de las personas afectadas, se deteriore aún más (Propuestas para la reforma de la Ley de Salud para el D.F., 1998; Hernández, Fichtl y Herrera, 2001).

Desde otra perspectiva, y visualizada la discriminación como pérdida del trabajo para la persona que vive con VIH/SIDA, se entiende la imposibilidad de continuar con el tratamiento médico en el que se encuentre por quedarse sin recursos económicos para costearle, es perder la posibilidad de desarrollar proyectos personales que la misma persona se ha propuesto para la etapa de vida que está atravesando y bajo las características particulares de ella, es la negativa a desarrollar su actividad profesional, y, en definitiva, seguir viviendo. Para una persona con VIH/SIDA, el trabajo es salud (San Martín, 2000).

Las repercusiones psicológicas y emocionales del Síndrome en personas infectadas con VIH, y en aquellos con los que conviven directamente, se denotan prácticamente desde la posibilidad de infección, y aumentan, al confirmarse la noticia. Como resultado, se hace notorio a los profesionales de la salud, educadores, y particularmente a los psicólogos, que las necesidades sociales y psicológicas de personas seropositivas tienen que ser atendidas (Ortiz, 1992) a partir de una certera intervención. Para asegurar que esto ocurra, hay que trascender y difundir la noción de visualizar el VIH/SIDA "como un fenómeno de naturaleza biológica, causado por un microorganismo viral que impide la respuesta inmune humana saludable" (González-Gelabert, 1989; McCombie, 1986; McKusick, 1988. En Ortiz, 1992; p. 190) y no como una enfermedad de grupos minoritarios segregados; y es que, aunque el virus es el responsable del deterioro del sistema inmunológico, el VIH/SIDA no es solamente

una consecuencia de ello, sino que lo es también del significado social que pueda tener la infección en un contexto social.

A partir de lo anterior, resulta conveniente enfatizar que la educación juega un papel importante para combatir cualquier situación en el campo de la salud y en muchos otros aspectos, por consiguiente, el VIH/SIDA y las reacciones emocionales al respecto, hacen que la educación sea aún más esencial (Departamento de Servicios Sociales del Estado de Nueva York, 1993). El conocimiento y la comprensión de las implicaciones psicosociales de la infección por VIH puede facilitar la prevención e intervención en personas afectadas por dicho virus.

En lo que concierne particularmente al lugar de trabajo, éste es un ámbito por demás importante en la promoción de la salud, por lo cual se puede aprovechar ampliamente para difundir información sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA. Asimismo, es importante aclarar que es dentro de este ámbito, en donde la mayoría de las personas llegan a sentir mayor temor al contacto con personas infectadas (Organización Internacional del Trabajo, 2001), repercutiendo a tal grado en las actitudes de los trabajadores que llegan a mermar su productividad considerablemente.

La mejor solución a estos problemas que puede ofrecer un profesional de la Psicología con trabajo en esta área, puede entenderse en cuatro aspectos generales:

- Informar y prevenir sobre prácticas de riesgo tanto al enfermo como a las personas que conviven directamente con él (familia, pareja, amigos, inclusive compañeros de trabajo si estos conocen el estado serológico de la persona afectada).
- Promover la adherencia a los tratamientos médicos y sus implicaciones al no llevarles a cabo adecuadamente.
- Generar junto con la persona afectada, estrategias de afrontamiento y control para superar situaciones difíciles que conlleva la enfermedad a partir de la terapia psicológica en cualquiera de sus momentos: consejería, seguimiento psicológico, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, grupo de apoyo, grupos de autoapoyo, visita domiciliaria (ver Cap. 3).

- Apoyar y asesorar en la búsqueda establecimiento de medidas que disminuyan los riesgos de infección.

En definitiva, y de manera general, el trabajo del psicólogo con personas afectadas por el VIH/SIDA, se centra en fungir como facilitador en la adaptación a situaciones adversas que conlleva la infección: amenaza de la vida, pérdidas afectivas, discapacidad, rechazo social, miedo al deterioro físico, muerte (Hospital24h, 2000a).

A diferencia del clínico, el psicólogo con trabajo en una organización limita su campo de acción principalmente a la prevención, tomando como base un programa de formación dirigido a los trabajadores y teniendo como objetivo el disminuir los temores y asegurarse de que todo el personal tenga información cierta sobre lo que realmente es el VIH/SIDA. Lamentablemente, son pocas las organizaciones que permiten este tipo de acciones dentro de sus instalaciones, y a menudo, lo que más se ha obtenido es la publicación de alguna nota como parte de los documentos que circulan internamente. Ante esta situación, el personal que vive con VIH/SIDA continua enfrentándose a la Discriminación dentro de su área de trabajo.

Como propuesta a situaciones de este tipo, y en sugerencia al personal que labora en Recursos Humanos, la Organización Internacional del Trabajo (2001), menciona diversas opciones a partir de las cuales se puede brindar apoyo laboral a personas que así lo requirieran tras haber adquirido el virus:

- Contrato de trabajo. Aunque en dicho documento no se trate concretamente la discriminación por SIDA, pueden incluirse cláusulas generales que prohíban toda discriminación, o siendo más concretas, que prohíban la discriminación basada en impedimentos físicos, enfermedades u orientación sexual de los trabajadores.
- Apoyo de la comunidad. Otra opción consiste en obtener el apoyo de la comunidad para un trabajador infectado por el VIH/SIDA. En diversos países de Centroamérica, algunos sindicatos han defendido de esta manera los derechos de sus miembros con VIH/SIDA.
- Leyes. Ante la posibilidad de la inexistencia de alguna ley que proteja a los trabajadores enfermos o discapacitados por la infección en cuestión, el

sindicato puede si así lo desea promover y exigir la elaboración de dichas leyes.

A partir de los obstáculos a los que se enfrentan las personas que viven con VIH/SIDA, y que han sido mencionados a lo largo de este trabajo, ha sido posible también identificar necesidades específicas de dichas personas (Ciulla y Lynch, 1997) y sus posibles soluciones. En el caso de aquellas personas que aún se encuentran empleadas, se ha podido denotar que muestran mayor interés a sus actividades y que se ve favorecido su desempeño laboral en tanto se les ofrezcan facilidades que permitan conjugar sus actividades laborales diarias con sus periódicas visitas al médico e incapacidades consecuentes, permitiendo así una mejor adaptación y desempeño de su puesto. Para las personas desempleadas, su principal necesidad consiste en la búsqueda de una nueva oportunidad de trabajo y la continuación de sus actividades diarias, pero sobre de todo de su vida, a partir de él.

Durante momentos como los que se acaban de expresar, y al igual que prácticamente el resto de la vida de la persona una vez adquirido el virus, los altibajos en su estado emocional tienden a variar considerablemente. Es ahí cuando el apoyo psicológico es importante ya que una intervención certera en situaciones de depresión y ansiedad, por ejemplo, es imprescindible para conseguir una buena adherencia al tratamiento médico, consiguiéndose consecuentemente un nuevo y longevo estilo de vida.

En lo que respecta a cuándo debe iniciarse la atención psicológica frente al VIH/SIDA, todos los modelos de intervención al respecto recomiendan sea desde el primer contacto con la persona que desea practicarse la prueba de detección, buscándose con ello el que la persona reflexione desde ese primer momento sobre su mejor opción en caso de salir positivo, y/o en caso negativo, sensibilizando a la persona sobre la experiencia, denotando los riesgos que se han corrido y favoreciendo la implementación de medidas de prevención al respecto (Zozaya, 1999; Merck Sharp & Dohme de España, 2002). Asimismo, es factible enfatizar que el simple hecho de someterse a la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH puede desencadenar diversas reacciones emocionales intensas como miedo, ira y negación (Merck Sharp & Dohme de España, 2002). La aparición de una enfermedad fatal en la vida de una persona supone un acontecimiento que genera un alto grado de ansiedad, aspecto que puede enfatizarse considerablemente conforme se vaya alcanzado la fase terminal de la infección (Hospital24h, 2000b). Una enfermedad crónica a

consecuencia de este tipo de infección ocasiona cambios en la vida habitual del seropositivo: se vive en un permanente cambio que provoca crisis, se denotan alteraciones en la relación con familia y amigos, cambios constantes y necesarios en los tratamientos médicos, los efectos secundarios de estos, las permanentes decisiones y sus consecuencias, el cambio de hábitos, el acostumbrarse a una disminución de habilidades y/o capacidades, la imposibilidad de trabajar (Zozaya, 1999; Hospital24h, 2000b; Merck Sharp & Dohme de España, 2002). Por todo lo anterior, la labor del especialista de la Psicología consiste en reducir lo más posible ese daño, labor nada sencilla, ya que debido al estigma y a la sentencia fatal que pesa sobre el VIH/SIDA, los casos de depresión (entre otros padeceres) son numerosos.

Aunado a lo anterior, para muchas personas, el psicólogo suele ser percibido como un ser amenazante y como alguien ajeno a la situación por la cual se está atravesando; en consecuencia, se tiende a la búsqueda de apoyo en un grupo conformado por personas en condiciones similares, opción que a la larga conlleva a establecer la relación con el psicólogo antes negada.

Por todo lo expresado, la participación del psicólogo tiene gran importancia en cualquier situación que implique VIH/SIDA ya que independientemente de centrar su atención en personas que ya viven con el virus, desempeña también funciones informativas-formativas en la prevención de dicha infección con personas que aún se consideran lejos del virus. Sin embargo, y pese a que las áreas de participación que abarca dicho profesional tienen que ver con la prevención e intervención, y a que ésta última es el área con más psicólogos apoyando, Aceves y Rangel (Zozaya, 1999) concuerdan en mencionar que la Psicología aún tiene mucho que hacer para desarrollar modelos de intervención eficientes ante la crisis provocada por el VIH. Para Rangel (Zozaya, 1999), la prioridad consiste en llamar la atención hacia esta problemática, ya que cómo indica con sus propias palabras "no se está haciendo investigación psicológica en VIH porque no hay interés por el tema", asimismo, sugiere debe partirse desde una percepción que le implique como un problema colectivo de salud que conlleva a una muerte adelantada.

Enfrentar situaciones en donde uno mismo se percata de cómo se deshace poco a poco el propio sistema de vida no es un proceso de aceptación sencillo y mucho menos simple; en ello depende mucho la actitud, fuerza de voluntad y deseo de vida de la persona

infectada y junto con ello, de la labor esforzada de los profesionales de la Psicología. Es verdad que las terapias denominadas como alternativas contra el VIH/SIDA (Reiki y Tanatología, por ejemplo) han restituido a mucha gente la integridad emocional y con ello favorecido el aspecto físico, sin embargo, es también cierto, que el qué hacer del psicólogo es fundamental e insustituible para lograr revertir lo que pareciera imposible: "convertir un estado de profunda angustia y depresión en una nueva oportunidad y cambio favorable de vida" (Zozaya, 1999). "Estar infectado por el VIH/SIDA puede ser una gran oportunidad para vivir la vida de otra manera; de golpe uno se da cuenta que no ha vivido lo que quería ni como quería, de que faltan muchas cosas por hacer, de que se ha vivido en función de otros y es tiempo de tomar las riendas de la propia vida, asumiendo una voluntad de vivir y dar dirección consciente a los propios actos" (CONASIDA. En Zozaya, 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Casi a finales del siglo XX, cuando se pensaba que la mayoría de las enfermedades transmisibles habían dejado de ser una amenaza, el VIH/SIDA se convierte en poco tiempo, en una de las epidemias más graves de los tiempos modernos, ante la cual, la impotencia, la incomprensión y la discriminación favorecen una tendencia social que exige metafóricamente la eliminación de las personas que viven con el virus en lugar de erradicar la causa de su padecimiento. La solución implica el conocimiento y en este aspecto son pocas las organizaciones realmente conscientes del papel que éste juega dentro de ellas. El conocimiento es un insumo que a la vez forma parte de la organización como un elemento de cada persona que le integra y no como un producto de determinada máquina o algo de lo cual puede uno surtirse con entrar a las bodegas. Generar un cambio en una situación que involucre discriminación por VIH/SIDA dentro de una organización demanda un cambio cultural y conocimiento, pero sobre todo, voluntad humana. Y una organización que aprende, de acuerdo con Jiménez (2000), es aquella que tiene la habilidad de crear, adquirir y transferir conocimiento para modificar conductas a partir de ese aprendizaje aclarando que al hacer referencia a ellas se entiende, además de las relacionadas directamente con lo laboral, aquellas que involucran aspectos interpersonales, causantes en muchas de las veces, de fracasos en grandes organizaciones. Por todo ello, el desarrollo de programas de formación en aspectos técnicos, administrativos y/o humanos, son tan necesarios como los de salud, ya que además de facilitar la prevención, permiten la aceptación de una enfermedad para quienes ya le han adquirido.

En la actualidad, y en el caso particular del VIH/SIDA, la gente poco documentada sobre el tema percibe únicamente la situación a través de las estadísticas, sin detenerse a pensar que detrás de esas cifras hay seres humanos –hombres, mujeres y niños– que ven afectada su vida personal por afrontar esta situación y, olvidándose principalmente de la posibilidad, si es que no se toman en cuenta las medidas de seguridad pertinentes, de contemplarse posteriormente como parte de dichas cantidades. Tan es así este aspecto que se estima que por cada caso notificado de SIDA existen entre tres y cuatro portadores de VIH que no han desarrollado la enfermedad y desconocen que lo son.

En todo esto, los psicólogos tienen una participación clave, y en colaboración interdisciplinaria con los médicos y especialistas, mantienen la salud física y psicológica de las personas que salen seropositivos en la prueba de detección. Al respecto, no es suficiente con ofrecer únicamente consejería a personas seropositivas sobre los aspectos biomédicos de las infecciones asociadas al SIDA y sus tratamientos; es también necesario atender las emocionales que puedan denotarse en consecuencia a las infecciones oportunistas para finalmente mejorar y mantener la calidad de vida de las personas.

Una persona con VIH puede vivir muchos años sin desarrollar el SIDA, sin embargo, el rechazo, los prejuicios, el miedo, la discriminación y las agresiones provocan fuertes depresiones que tienen como consecuencia la baja de sus defensas. Así débiles física y emocionalmente, en poco tiempo enferman y mueren. La aceptación, la comunicación y el respeto pueden prolongar favorablemente su vida.

La prevención del VIH/SIDA requiere cambios profundos en la cultura y costumbres de la población mexicana. De acuerdo con Hernández, Fichtl y Herrera (2001) para enfrentar las exigencias actuales de la vida cotidiana es necesario iniciar una labor educativa que contemple todas las opciones posibles para enfrentar la enfermedad y, la experiencia ha demostrado que el mejor mecanismo es la educación desde tres frentes esenciales: las instituciones de educación pública, los órganos gubernamentales de atención al VIH/SIDA y las organizaciones no gubernamentales.

La necesidad de desarrollar un programa de prevención del VIH/SIDA ha sido y sigue siendo una prioridad. Para ello, se requiere en primer lugar, de la identificación de comportamientos que se sabe transmiten la infección, considerando además aspectos que involucran consumo de alcohol y/o drogas y su repercusión en las relaciones sexuales, así como el uso correcto del condón y la aclaración de falsas creencias existentes.

Las campañas de educación sobre VIH, en palabras de Sabogal, Sandlin, Reyes, Aguirre, Bregman y Lemp (1992), deben también ser encaminadas hacia lo saludable, responsable y placentero del comportamiento sexual seguro, hacia la disponibilidad y anonimato que requiere la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH, hacia la necesidad de intervención temprana para las personas seropositivas, hacia el incremento de

la aceptación de autoprotgerse, hacia un compromiso por favorecer la prevención del VIH, hacia un el cambio social de aceptación para las personas que viven con el virus.

El ofrecimiento de información correcta y adecuada es un punto de comienzo acertado para cualquier programa de prevención, sin embargo, no es suficiente para alterar comportamientos de alto riesgo. La consecución de dicha meta implica más que eso ya que son necesarios esfuerzos más complejos que contemplan el conocimiento por parte de la población para así funcionar como redes de apoyo social en el proceso de cambio.

Dentro de este aspecto, el uso de carteles, anuncios en la televisión y otros materiales gráficos han probado ser muy efectivos en la educación sobre la prevención del VIH/SIDA. Su ventaja radica en que pueden ser empleados para una población específica o general partiendo de las características de diseño, lingüística y cultura para quien vayan a ser dirigidos. Su aplicabilidad permite también combatir creencias falsas, que en cuestiones laborales, se relaciona concretamente con la adquisición del virus a partir de contactos casuales y el uso de objetos en común. Los esfuerzos para educar sobre VIH/SIDA necesitan enfocarse en los comportamientos de alto riesgo y en el contexto cultural en el cual ocurren.

Ante el crecimiento ininterrumpido de la pandemia, la información proporcionada por diversos programas nacionales contra el VIH/SIDA ofrece avances alentadores en el progreso de la respuesta mundial frente a la infección. Cada vez se informa más a la gente sobre cómo protegerse y proteger a otros, sin embargo, los mismos factores que inicialmente favorecieron la epidemia siguen siendo obstáculos en la prevención e intervención y consecuencia de ello lo es la discriminación laboral abordada a lo largo de este trabajo. Es de este modo que por medio de los programas de comunicación masiva empleados dentro de las organizaciones se deben incluir elementos explicativos sobre las causas de la infección y la forma en que se puede apoyar a la(s) persona(s) que ya viven con el virus. Con todo esto, se busca, además de romper con la liga que une homosexualidad y VIH/SIDA, informar que se trata de una enfermedad que amenaza a todos, incluyendo a uno mismo y cuyo riesgo, tomando en cuenta las medidas necesarias, es mínimo.

Sin embargo, y a pesar de los avances que se tienen en la lucha contra con el VIH/SIDA gracias a mesas informativas, campañas y diversos programas más en los que se ve inmerso el psicólogo, la infección por VIH sigue siendo temida y con ello, la

estigmatización de personas infectadas por VIH y las que son consideradas expuestas a contraer la infección, la situación de segregación social y económica de la mujer, las prácticas tradicionales y culturales que facilitan la transmisión del virus y la renuencia a hablar de sexualidad conlleva a que siga estando presente el VIH/SIDA en hogares y, por consiguiente en los lugares de trabajo.

Dentro de este último ámbito, el apoyo político sigue siendo insuficiente. El apoyo de leyes, haciendo referencia específica al entorno laboral en México, debe ser revisada la legislación existente con el objeto de proponer reformas que se adecuen a la realidad y las necesidades de las personas afectadas por el virus. Al respecto, está en todos, el contribuir a ello ya que por el hecho de probablemente sentirse ajenos a la situación la actitud de antipatía ante la situación impide que dichos cambios se efectúen.

La filosofía a emplear para casos de VIH/SIDA, sea desde el ámbito clínico o laboral, debe partir de la siguiente premisa: trata a quien vive con VIH/SIDA como te gustaría ser tratado en un caso similar.

La mejor precaución a tomar es que cada persona se responsabilice de su propia conducta en cada situación que se presente. Nadie puede garantizar la seguridad por lo cual es algo que corresponde asegurar por cuenta personal mediante la educación y la adopción de medidas de protección para evitar la infección por VIH.

El miedo al SIDA o la transmisión del VIH entre las personas que no corren riesgo, o cuyos trabajos sólo les exponen a contactos casuales con enfermos del SIDA, es infundado y contraproducente. Aquellos que temen estar en contacto con amigos, compañeros de trabajo, familiares y hasta extraños de quienes se sospecha comportamientos <<riesgosos>> están preocupándose innecesariamente. Este temor puede reducirse en gran medida mediante la capacitación y la educación sobre las realidades de la transmisión del VIH, es por este medio, que los resultados del presente proyecto sugieren la necesidad de desarrollar estrategias para ayudar a los individuos que intentan superar dificultades sociales, familiares, pero sobre todo, laborales ya que como se mencionó anteriormente, para una persona que vive con el virus, dejar de trabajar significa dejar de vivir.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS

- Acevedo, B. y Solache, M. C. (1998) *Proceso Vivencial de infectados por VIH/SIDA a través de su historia de vida*. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología. México: UNAM-Iztacala.
- Aguirre, R.V. (1997) *El papel del Psicólogo en el desarrollo organizacional. Tesis para título en Psicología*. México: UNAM-Iztacala. Cap. 2
- Alvarado, D. (1998) *Información básica del VIH/SIDA. Presentada para el XXV Curso de Aspectos Biopsicosociales del SIDA*. México.
- Amigos contra el SIDA (1997) *SIDA Hoy*. México: Ser Humano.
- Amigos contra el SIDA, A. C. (2001) *Esquema del Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. En <http://www.aids-sida.org/VIH-LoRes.jpg>
- Arias, G.F. (1991) *Administración de Recursos Humanos*. México: Trillas.
- Barriga, S. (1992) *Psicología General*. España: CEAC. Cap. 1
- Caballero, M.D. y Lahera, G.G. (1998) *El papel del Psicólogo en las Organizaciones*. Tesis para Licenciatura en Psicología. México: UNAM-Iztacala. p. 38-94.
- Ciulla, J. y Lynch, S. (1997) *Necesidades laborales de Individuos con VIH/SIDA*. En: <http://www.childrenhospital.org/ici/publications/text/rp11espagol.html>
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (s/a) *La discriminación ante el SIDA. Tríptico informativo*. México.
- CONASIDA (1995) *Norma Oficial para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. NOM-010-SSA2-1993*. México: ISBN 968-811-482-0
- CONASIDA (1998) *La Prueba del SIDA*. En <http://www.ssa.gob.mx/conasida>
- CONASIDA (2001) *Estadísticas sobre SIDA en México*. En <http://www.ssa.gob.mx>
- Chiavenato, J. (1990). En Rodríguez, P. S. (1995) *El desarrollo organizacional y la función del agente de cambio*. Tesina para título de Licenciatura. México: UNAM Iztacala. p. 11-28.
- De Souza, A. (1998a) *Cultura Organizacional*. En <http://www.pa-partners.com>
- De Souza, A. (1998b) *Cambio Organizacional*. En <http://www.pa-partners.com>
- Departamento de Servicios Sociales del Estado de Nueva York (1993) *Manual de recursos para el SIDA. Aspectos legales*. En: http://www.noah-health.org/spanish/illness/aids/dss/resource_manual/legal_a.../splegalaspects.htm
- Dessler, G. (1994) *Administración del Personal*. México: Prentice Hall. P. 494-495, 640-642.

- Diario Oficial de la Federación (1995) *Norma Oficial para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. NOM-010-SSA2-1993*. México: ISBN 968-811-482-0. Núm. CDXCVI. p. 59-62.
- Díaz, I. (1997) *VIH/SIDA*. Tesis para obtener el título de Licenciatura en Psicología. México: UNAM-Iztacala.
- Díaz, I. (1998) *La Consejería en VIH/SIDA. Información presentada para el XXV Curso de Aspectos Biopsicosociales del SIDA*. México.
- Dirección General de Orientación Vocacional (1991) *Guía de Carreras UNAM 1991*. México: UNAM-Secretaría de Servicios Académicos.
- Dunnette, M. y Kirchner, W. (1997) *Psicología Industrial*. México: Trillas. Cap. 1, 2 y 7.
- Fichtl, J., y Hernández L. (1998) *El VIH/SIDA: reto social y desafío legislativo. Ponencia para el Foro Internacional*. Propositivo del Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro Juárez, A.C.
- Garzón, L.M. (1998) *La función del Psicólogo y el desarrollo de carrera en la empresa*. Tesina para título de Licenciatura. México: UNAM-Iztacala. p. 7-18.
- Geus, A. (1997) *The Living Company*. Harvard Business Reviw. Traduc. Por Tejeda A. (1997) *La empresa viviente*. En <http://spin.com.mx/~rjaguado/home.html>
- Granados, C. y Sandoval, R. (s/a) *Taller: Manejo intrafamiliar del paciente con SIDA*. VI Congreso Nacional sobre el SIDA. México.
- Grupo de autoapoyo del Hospital Gabriel Mancera. (s/a) *Historias de VIHDA*. México: Comité SIDA y Derechos Humanos.
- Grupos de autoayuda (1998). *Grupos de autoayuda*. En <http://www.cop.es/colegiados/N-002847autoayuda.htm>
- Hampton, D. (1990) *Administración*. México: Mac Graw Hill p. 473.
- Hampton, P.; Summer, Ch. y Webber, R.A. (1990) *Manual de Desarrollo de Recursos Humanos*. México: Trillas. p. 315.
- Harrsch, C. (1993) *El psicólogo, ¿qué hace?. Identidad profesional*. México: Alhambra Mexicana. p. 141-156.
- Hernández, L. Fichtl, J. y Herrera A. (2001) *El SIDA en México: un problema de derechos humanos*. En: <http://www.sjsocial.org/PRODH/proposi/sidmex.htm>
- Hidalgo G.E. (1995) *La Selección del personal en el IMSS*. Reporte de Trabajo para título de Licenciatura. México: UNAM-Iztacala. p. 5-17.
- Hospital24h (2002a) *Pautas de apoyo para enfermos crónicos y sus familias de SIDA*. En: <http://www.worldwidehospital.com/h24h/pssida.htm>

- Hospital24h (2002b) *¿Cómo informar al enfermo que padece una enfermedad avanzada y terminal?. Aspectos espirituales.* En:
<http://www.worldwidehospital.com/h24h/palsoc2.htm>
- Hospital24h (2002c) *Paciente crónico: la adaptación a la enfermedad avanzada y terminal.* En: <http://www.worldwidehospital.com/h24h/palsoc1.htm>
- Jiménez, R. (2000a) *La Organización.* En <http://spin.com.mx/~rjaguado/home.html>
- Jiménez, R. (2000b) *División de la Organización.* En <http://spin.com.mx/~rjaguado/home.html>
- Jiménez, R. (2000c) *Cultura Organizacional.* En <http://spin.com.mx/~rjaguado/home.html>
- Jiménez, R. (2000d) *Cultura y Culturas Organizacionales.* En <http://spin.com.mx/~rjaguado/home.html>
- Jiménez, R. (2000e) *Clima Organizacional -Un acercamiento a su identificación-*. En <http://spin.com.mx/~rjaguado/home.html>
- Jiménez, R. (2000f) *Algunos resultados del D.O.* En <http://spin.com.mx/~rjaguado/home.html>
- Jiménez, R. (2000g) *Definiciones de D.O.* En <http://spin.com.mx/~rjaguado/home.html>
- Jiménez, R. (2000h) *Desarrollo Organizacional (DO).* En <http://spin.com.mx/~rjaguado/home.html>
- Jiménez, R. (2000i) *Calidad de vida en el trabajo.* En <http://spin.com.mx/~rjaguado/home.html>
- Jiménez, R. (2000j) *Premisas del Cambio Organizacional.* En <http://spin.com.mx/~rjaguado/premis.html>
- Julio, R. (1999) *Desarrollo Organizacional - 2.* En <http://www.pa-partners.com>
- Kuri, P. (1999) *Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA.* En <http://www.ssa.gob.mx/conasida>
- Lagos, O. (1996) *El embarazo y el HIV.* En: <http://www.virtualizar.com/sidanews/va007.html>
- Ley Federal del Trabajo (2001). En <http://www.cddhcu.gob.mx/leyinfo/125/569.htm>
- Ley General de Salud (2001). En <http://www.ssa.gob.mx/leydesalud/>
- Memorias del Encuentro Nacional de Personas que Vivimos con VIH/SIDA (1995) *Aspectos Psicosociales de las personas que vivimos con VIH/SIDA.* México. P. 39-45.
- Merck Sharp & Dohme (2002) *MSD, Enfermedades, SIDA.* En: http://www.msd.es/enfermedades/sida/sida_4_3.html

- Miller, D. (1989) *Viviendo con SIDA y HIV*. México: Manual Moderno. Cap. 3 y 5 (p. 21-38 y 65-114).
- Navarro, M. (1989) *Diccionario Enciclopédico Quillet*. México: Cumbre. Tomo V y VII.
- Ocampo, S. (1999) *Trabajo en equipo*. México: Instituto Tecnológico de Teléfonos de México. p. 5-1 y 5-2.
- Organización de las Naciones Unidas (1965) Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial. Nueva York. En Hernández, L. Fichtl, J. y Herrera A. (2001) *El SIDA en México: un problema de derechos humanos*. En: <http://www.sjsocial.org/PRODH/proposi/sidmex.htm>
- Organización de Naciones Unidas (2001) *Directrices sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos*. En http://www.vih-sida.org.ar/info/directrices_onu.htm
- Organización Internacional del Trabajo (2001) *El Sida y el lugar de trabajo*. En http://www.itcilo.it/actrav_cdrom2/es/osh/aids/amain.htm
- Ortiz, R. (1992) *Grupos de Apoyo para hombres Gay HIV positivos: un estudio de caso en Puerto Rico*. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 24. Num. 1 y 2. P. 189-200.
- Ortiz, S.A. (1997) *Las funciones del Psicólogo de trabajo a finales del siglo XX*. Tesis para Licenciatura en Psicología. México: UNAM-Iztacala. P. 26-43.
- Pérez, L. A. (1999) *Modelo General para Mujeres Embarazadas con H.I.V.* En: http://sida.udg.mx/guia_info/mujer/modelo.html
- Ponce de León, J. (2000) "El SIDA y el trabajo". *AH Adminstrate Hoy*. México. Año VI. Núm. 70. p. 31-39.
- Porter, M.E. (1991) *Ventaja Competitiva, Creación y Sostenimiento de un Desempeño Superior*. México: Editorial Continental, S.A. de C.V. p. 57-62.
- Propuestas para la reforma de la Ley de Salud para el D.F. 1998. ProPositivo del Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro Juárez. México.
- Rico, B. (1996) *Mujer y SIDA en México*. En: http://sida.udg.mx/guia_info/mujer/mujimex.htm
- Rodríguez Y., Díaz C., y García de la Cadena, C. (1995) *La trascendencia de los grupos de apoyo en el manejo integral de los enfermos crónicos*. Gaceta Médica Mexicana. Vol. 131 Núm. 3. P. 329-333.
- Rodríguez, M. y Ramirez, P. (1996) *Psicología del Mexicano en el trabajo*. México: Mac Graw Hill. p. 9
- Rodríguez, P.S. (1995) *El desarrollo organizacional y la función de agente de cambio*. Tesina para título de Licenciatura. México: UNAM-Iztacala. p. 11-28.

- Ruiz, O.J. (1997) *El papel del Psicólogo en la industria textil: la construcción de la gerencia de Recursos Humanos*. Reporte de Trabajo Profesional. México: UNAM-Iztacala. p. 17-22 y 31-32.
- Sabogal, F., Sandlin, G., Reyes, R., Aguirre, V., Bregman, G. y Lemp, G. (1992) *Hombres latinos "Gay" y bisexuales: una comunidad de alto riesgo del VIH/SIDA*. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 24. Núm. 1-2. P. 57-69.
- Salame, E. (1996) *Importancia de la psicoterapia en personas que viven con VIH/SIDA*. SIDA-ETS. Vol. 2. Núm. 2. P. 55-60.
- San Martín, R. (2000) *Con SIDA no hay trabajo*. En <http://www.elportenio.com/elportenio/sanmartin.htm>
- Schultz, D.P. (1996) *Psicología Industrial*. México: Mc Graw Hill. Cap. 1
- Senties, L. (1998) El SIDA en gineco-obstetricia. Boletín informativo de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, A. C. En <http://sida.udg.mx/articulos/fermego.html>
- Shein, E.H. (1972) *Psicología de la Organización*. España: Prentice Hall. p. 9-31.
- Valencia, A M. (1995) *Grado de aceptación o rechazo y niveles de autoestima en pacientes con VIH/SIDA*. Tesis para título de Licenciado en Psicología. México: UNAM
- Vargas, J. A. y Velasco, M. V. (1998) *Psicología Organizacional: Consideraciones generales*. En prensa: UC070199JAVB/tpct14.120199.
- Vazquez, M. (1998) *Visita domiciliaria. Información presentada para el XXV Curso de Aspectos Biopsicosociales del SIDA*. México.
- Vazquez, T. M. (1997) *Cambio de cultura organizacional en una empresa fabricante de partes automotrices*. Tesis para título de Licenciatura en Psicología. México: UNAM-Iztacala. p. 34-65.
- Wherter, W.B. y Dawis, H. (1995) *Administración de Personal de Recursos Humanos*. México: Mc Graw Hill. p. 207-229.
- Zozaya, M. (1999) *Frente al vacío: los impactos del diagnóstico*. En: <http://www.jornada.unam.mx/1999/sep99/990902/ls-reportaje.html>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 1

Artículo 42 (Ley Federal del Trabajo, 1999).

"Art. 42. Son causas de suspensión temporal de las obligaciones de prestar el servicio y pagar el salario, sin responsabilidad para el trabajador y el patrón:

- I. La enfermedad contagiosa del trabajador;
- II. La incapacidad temporal ocasionada por un accidente o enfermedad que no constituya un riesgo de trabajo;
- III. La prisión preventiva del trabajador seguida de sentencia absolutoria. Si el trabajador obró en defensa de la persona o de los intereses del patrón, tendrá éste la obligación de pagar los salarios que hubiese dejado de percibir aquél;
- IV. El arresto del trabajador;
- IV. El cumplimiento de los servicios y el desempeño de los cargos mencionados en el artículo 5° de la Constitución, y el de las obligaciones consignadas en el artículo 31, fracción III, de la misma Constitución;
- V. La designación de los trabajadores como representantes ante los organismos estatales, Juntas de Conciliación y Arbitraje, Comisión Nacional de los Trabajadores en las Utilidades de las Empresas y otros semejantes; y
- VI. La falta de los documentos que exijan las leyes y reglamentos, necesarios para la prestación del servicio, cuando sea imputable al trabajador".

Artículo 53 (Ley Federal del Trabajo, 1999).

"Art. 53. Son causas de terminación de las relaciones de trabajo:

- I. El mutuo consentimiento del trabajador;
- II. La muerte del trabajador;
- III. La terminación de la obra o vencimiento del término o inversión del capital, de conformidad con los artículos 36, 37 y 38;
- IV. La incapacidad física o mental o inhabilidad manifiesta del trabajador, que haga imposible la prestación del trabajo; y
- V. Los casos a que se refiere el artículo 434."

Artículo 134 (Ley Federal del Trabajo, 1999).***Art. 134. Son obligaciones de los trabajadores:**

- I. Cumplir con las disposiciones de las normas de trabajo que les sean aplicadas;
- II. Observar las medidas preventivas e higiénicas que acuerden las autoridades competentes y las que indiquen los patrones para la seguridad y protección personal de los trabajadores;
- III. Desempeñar el servicio bajo la dirección del patrón o de su representante, a cuya autoridad estarán subordinados en todo lo concerniente al trabajo;
- IV. Ejecutar el trabajo con la intensidad, cuidado y esmero apropiados y en la forma, tiempo y lugar convenidos;
- V. Dar aviso inmediato al patrón, salvo caso fortuito o fuerza mayor, de las causas justificadas que le impidan concurrir a su trabajo;
- VI. Restituir al patrón los materiales no usados y conservar en buen estado los instrumentos y útiles que les haya dado para el trabajo; no siendo responsables por el deterioro que origine el uso de estos objetos, ni del ocasionado por caso fortuito, fuerza mayor, o por mala calidad o defectuosa construcción;
- VII. Observar buenas costumbres durante el servicio;
- VIII. Prestar auxilios en cualquier tiempo que se necesiten, cuando por siniestro o riesgo inminente peligen las personas o los intereses del patrón o de sus compañeros de trabajo;
- IX. Integrar los organismos que establece esta Ley;
- X. Someterse a los reconocimientos médicos previstos en el reglamento interior y demás normas vigentes en la empresa o establecimiento para comprobar que no padecen alguna incapacidad o enfermedad de trabajo, contagiosa o incurables;
- XI. Poner en conocimiento del patrón las enfermedades contagiosas que padezcan, tan pronto como tengan conocimiento de las mismas;
- XII. Comunicar al patrón o a su representante las deficiencias que adviertan, a fin de evitar daños o perjuicios a los intereses y vidas de sus compañeros de trabajo o de los patrones; y
- XIII. Guardar escrupulosamente los secretos técnicos comerciales y de fabricación de los productos a cuya elaboración concurren directa o

indirectamente, o de los cuales tengan conocimiento por razón del trabajo que desempeñen, así como de los asuntos administrativos reservados, cuya divulgación pueda causar perjuicios a la empresa".

Artículo 475 (Ley Federal del Trabajo, 1999).

"Art. 475. Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios".

Artículo 480 (Ley Federal del Trabajo, 1999).

"Art. 480. Incapacidad permanente total es la pérdida de facultades o aptitudes de una persona que la imposibilita para desempeñar cualquier trabajo por el resto de su vida."

Artículo 513 (Ley Federal del Trabajo, 1999).

"Art. 513. Para los efectos de este título la ley adopta la siguiente tabla de enfermedades de trabajo.

Tabla de enfermedades de trabajo

Neumoconiosis y enfermedades broncopulmonares producidas por aspiración de polvos y humos de origen animal, vegetal o mineral

1. Afecciones debidas a inhalación de polvos de lana. Trabajadores de la industria textil y demás manipuladores de este producto.
2. Afecciones debidas a inhalación de polvos de pluma, cuerno, hueso, crin, pelo y seda. Colchoneros, fabricantes de adornos y artículos de mercería, cortadores y peinadores de pelo, fabricación de brochas, pinceles, cepillos. Trabajadores de los rastros, carniceros, empacadores de carne.
3. Afecciones debidas a la inhalación de polvos de madera. Carpinteros, madereros, ebanistas y trabajadores de la industria papelerá.

4. Tabacosis: Afecciones debidas a la inhalación de polvos de tabaco. Trabajadores de la industria del tabaco.
5. Bagazosis: afecciones debidas a la inhalación de polvos de bagazo, como en la industria azucarera. Tolveros, cernidores y bagaceros, trabajadores de la industria papelera y fabricación de abonos.
6. Suberosis: afecciones debidas a la inhalación de polvos de corcho. Trabajadores del corcho.
7. Afecciones debidas a inhalación de polvos de cereales, harinas, heno, paja, yute, ixtle y henequén. Cargadores, alijadores, estibadores, recolectores, granjeros, trilladores, sombrereros (de sombreros de paja), empacadores, molineros, panaderos, trabajadores de las industrias de fibras duras, fabricantes de muebles, industria papelera.
8. Bisinosis. Trabajadores de hilados y tejidos de algodón y demás manipuladores de este producto.
9. Canabiosis: afecciones producidas por inhalación de polvos de cáñamo. Trabajadores de la industria del cáñamo.
10. Linosis: afecciones producidas por la inhalación del polvo de lino. Trabajadores de la industria del lino.
11. Asma de los impresores (por la goma arábica).
12. Antracosis. Mineros (de las minas de carbón), carboneros, herreros, forjadores, fundidores, fogoneros, deshollinadores y demás trabajadores expuestos a inhalación de polvos de carbón de hulla, grafito y antracita.
13. Siderosis. Mineros (de las minas de hierro), fundidores, pulidores, soldadores, limadores, torneros y manipuladores de oxido de hierro.
14. Calcicosis. Trabajadores que manejan sales cálcicas, como el carbonato y sulfato de calcio y en la industria del yeso.
15. Baritosis. Trabajadores que manejan compuestos de bario. pintores, de la industria papelera y laboratorios.
16. Estanosis. Trabajadores de las minas de estaño, hornos y fundiciones del metal, o del oxido.
17. Silicatosis. Trabajadores expuestos a la aspiración de silicatos pulverulentos (tierra de batan, arcillas, caolín).

18. Afecciones debidas a la inhalación de abrasivos sintéticos: Esmeril, carborundo, aloxita, utilizados en la preparación de muelas, papeles abrasivos y pulidores.
19. Silicosis. Mineros, canteros, areneros, alfareros, trabajadores de la piedra y roca, túneles, carreteras y presas, pulidores con chorro de arena, cerámica, cemento, fundidores. industria química y productos refractarios que contengan sílice.
20. Asbetosis o amiantosis. Mineros (de minas de asbesto). canteros, en la industria textil, papelera, cementos, material de revestimiento aislante del calor y la electricidad.
21. Beriliosis o gluciniosis. Afecciones debidas a inhalación de polvos de berilio o glucinio. Mineros (de las minas de berilio), trabajadores que fabrican y manipulan aleaciones para aparatos de rayos x, industria eléctrica y aeronáutica, soldadura, ladrillos para hornos, lamparas fluorescentes e industria atómica.
22. Afecciones debidas a inhalación de polvos de cadmio. Mineros, trabajadores de fundiciones, preparación de aleaciones, en dentisteria, industria fotoeléctrica, telefónica, de los colorantes, vidriera, de los acumuladores y soldadores.
23. Afecciones debidas a inhalación de polvos de vanadio. Mineros, petroleros, fundidores, trabajadores de la industria del acero, química, fotográfica, farmacéutica, de los insecticidas y durante la limpieza de hornos alimentados con aceites minerales.
24. Afecciones debidas a inhalación de polvos de uranio. Mineros (de las minas de uranio), cuando se exponen a la acción del hexa-fluoruro, separado del mineral.
25. Afecciones debidas a inhalación de polvos de manganeso (neumonía manganésica). Mineros (de las minas de manganeso), trabajadores de la fabricación de acero-manganeso, de la soldadura del acero al manganeso y otros usos.
26. Afecciones debidas a inhalación de polvos de cobalto. Trabajadores expuestos a la aspiración de polvos de metal finamente dividido, o mezclado a carburo de tungsteno.

27. Talcosis o esteatosis. Trabajadores de la industria química y de cosméticos que manejan talco o esteatita.
28. Aluminosis o pulmón de aluminio. Fundidores, pulverizadores y pulidores de aluminio, pintores y pirotécnicos; en su forma mixta, por inhalación de alumina y silice (enfermedad de shaver), en trabajadores de la fundición de bauxita y abrasivos.
29. Afecciones debidas a inhalación de polvos de mica. Fabricación de vidrio refractario, aislantes, anteojos, papeles de decoración, anuncios luminosos, barnices, esmaltes, lubricantes, explosivos y en la cerámica.
30. Afecciones debidas a inhalación de tierra, de diatomeas (tierra de infusorios, diatomita, tripoli, kieselgur). Trabajadores que manipulan productos silicicos en estado amorfo, derivados de esqueletos de animales marinos, en fabricas de bujías filtrantes, aislantes y polvos absorbentes.

Enfermedades de las vías respiratorias producidas por inhalación de gases y vapores

Afecciones provocadas por sustancias químicas inorgánicas u orgánicas que determinan acción asfixiante simple, o irritante de las vías respiratorias superiores, o irritante de los pulmones.

31. Asfixia por el azoe o nitrógeno. Obreros que trabajan en procesos de oxidación en medios confinados, limpieza y reparación de cubas, producción de amoniaco y cianamida cálcica.
32. Por el anhídrido carbónico o bióxido de carbono. Trabajadores expuestos durante la combustión o fermentación de compuestos de carbono, gasificación de aguas minerales y preparación de nieve carbónica, poceros y letrineros.
33. Por el metano, etano, propano y butano. Trabajadores de la industria del petróleo, yacimientos de carbón, gas líquido, hornos de coque e industria petroquímica.
34. Por el acetileno. Trabajadores dedicados a su producción y purificación, manejo de lamparas de carburo, soldadores de las industrias química y petroquímica.
35. Acción irritante de las vías respiratorias superiores por el amoniaco. Trabajadores de la producción de esta substancia y sus compuestos.

- destilación de la hulla, refinerías de petróleo e industria petroquímica, operaciones químicas, fabricación de hielo y frigoríficos, preparación de abonos para la agricultura, letrineros, poceros, estampadores, de tenerías y establos.
36. Por el anhídrido sulfuroso. Trabajadores de la combustión de azufre, preparación de anhídrido sulfuroso en estado gaseoso y líquido, fabricación de ácido sulfúrico, tintorería, blanqueo, conservación de alimentos y fumigadores, refrigeración, papeles de colores, estampadores y mineros (de las minas de azufre).
 37. Por el formaldehído y formol. Trabajadores de la fabricación de resinas sintéticas, industria de la alimentación, fotográfica, peletera, textil, química, hulera, tintorera, trabajos de laboratorio, conservación de piezas anatómicas y embalsamadores.
 38. Por aldehídos, acridina, acroleína, furfural, acetato de metilo, formiato de metilo, compuestos de selenio, estireno y cloruro de azufre. Trabajadores de la industria química, petroquímica y manipulación de esos compuestos.
 39. Acción irritante sobre los pulmones, por el cloro. Trabajadores de la preparación del cloro y compuestos clorados, de blanqueo y desinfección, en la industria textil y papelera, de la esterilización del agua y fabricación de productos químicos.
 40. Por el fosgeno o cloruro de carbonilo. Trabajadores de la fabricación de colorantes y otros productos químicos sintéticos, de gases de combate, de extinguidores de incendios.
 41. Por los óxidos de azoe o vapores nitrosos. Trabajadores de la fabricación y manipulación de ácido nítrico y nitratos, estampadores, grabadores, industrias químicas y farmacéuticas, petroquímica, explosivos, colorantes de síntesis, soldadura, abonos nitratos y silos.
 42. Por el anhídrido sulfúrico. Trabajadores de la fabricación de ácido sulfúrico, de refinerías de petróleo y síntesis química.
 43. Por el ozono. Trabajadores que utilizan este agente en la producción de peróxido y en la afinación de aceites, grasas, harina, almidón, azúcar y textiles, en el blanqueo y la esterilización del agua, en la industria eléctrica y en la soldadura.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

44. Por el bromo. Trabajadores que manejan el bromo como desinfectante, en los laboratorios químicos, metalurgia, industria químico-farmacéutica, fotografía y colorantes.
45. Por el flúor y sus compuestos. Trabajadores que manejan estas sustancias en la industria vidriera, grabado, coloración de sedas, barnizado de la madera, blanqueo, soldadura y como impermeabilizantes del cemento; la preparación del ácido fluorhídrico, metalurgia del aluminio y del berilio, superfosfatos y compuestos, preparación de insecticidas y raticidas.
46. Por el sulfato de metilo. Trabajadores que manipulan este compuesto en diversas operaciones industriales.
47. Asma bronquial por los alcaloides y éter dietílico diclorado, poli-isocianatos y di-isocianato de tolueno. Trabajadores de la industria química, farmacéutica, hule, de los plásticos y lacas.

Dermatosis

Enfermedades de la piel (excluyendo las debidas a radiaciones ionizantes), provocadas por agentes mecánicos, físicos, químicos inorgánicos u orgánicos, o biológicos; que actúan como irritantes primarios, o sensibilizantes, o que provocan quemaduras químicas; que se presentan generalmente bajo las formas eritematosa, edematosa, vesiculosa, eczematosa o costrosa.

48. Dermatitis por acción del calor. Herreros, fundidores, caldereros, fogoneros, horneros, trabajadores del vidrio, panaderos.
49. Dermatitis por exposición a bajas temperaturas. Trabajadores de cámaras frías, fabricación y manipulación de hielo y de productos refrigerados.
50. Dermatitis por acción de la luz solar y rayos ultravioleta. Trabajadores al aire libre, salineros, artistas cinematográficos, soldadores, vidrieros, de gabinetes de fisioterapia, etc.
51. Dermatitis producidas por ácidos clorhídrico, sulfúrico, nítrico, fluorhídrico, fluosilícico, clorosulfónico. Trabajadores de la fabricación del cloro y productos orgánicos clorados (acné clórico); ácidos grasos, blanqueo, industria química, manejo y preparación del ácido sulfúrico; fabricación, manipulación y utilización del ácido fluorhídrico, en las industrias del petróleo y petroquímica, grabado de vidrio, cerámica, laboratorio, etc.

52. Dermatitis por acción de sosa cáustica, potasa cáustica y carbonato de sodio. Trabajadores dedicados a la producción y manipulación de estos alcalis.
53. Dermatitis, ulceraciones cutáneas y perforación del tabique nasal por acción de cromatos y bicromatos. Trabajadores de las fabricas de colorantes de cromo, papel pintado, lápices de colores, espoletas, explosivos, pólvora piroxilada de caza, fósforos suecos; en la industria textil, hulera, tenerías, tintorerías, fotografía, fotograbado y cromado electrolítico.
54. Dermatitis y queratosis arsenical, perforación del tabique nasal. Trabajadores de las plantas arsenicales, industria de los colorantes, pintura, papel de color, tintorería, teneria, cerámica, insecticidas, raticidas, preparaciones de uso domestico y demás manipuladores de arsénico.
55. Dermatitis por acción del níquel y oxiclورو de selenio. Trabajadores de fundiciones y manipulaciones diversas.
56. Dermatitis por acción de la cal, u oxido de calcio. Trabajadores de la manipulación de la cal, preparación de polvo de blanqueo, yeso, cemento, industria química y albañiles.
57. Dermatitis por acción de sustancias orgánicas: ácido acético, ácido oxalico, ácido fórmico, fenol y derivados, cresol, sulfato de dimetilo, bromuro de metilo, oxido de etileno, fulminato de mercurio, tetril, anhídrido ftalico de trinitrotolueno, parafinas, alquitran, brea, dinitro-benceno. Trabajadores de la fabricación y utilización de esas sustancias (acción fotosensibilizante de las tres ultimas).
58. Dermatitis por benzol y demás solventes orgánicos. Trabajadores de la industria textil, hulera, tintorera, vidriera, química, abonos, cementos, linoleos, etc.
59. Dermatitis por acción de aceites de engrase, de corte (botón de aceite o elaiocniosis), petróleo crudo. Trabajadores que utilizan estos productos en labores de engrase, lubricación, desengrase, en la industria petrolera, petroquímica y derivados.
60. Dermatitis por acción de derivados de hidrocarburos: hexametileno-tetramina, formaldehído, cianamida cálcica, anilinas, parafenileno-diamina, dinitroclorobenceno, etc.. En trabajadores que utilizan y manipulan estas sustancias.

61. Callosidades, fisuras y grietas por acción mecánica: Cargadores, alijadores, estibadores, carretilleros, hilanderos, peinadores y manipuladores de fibras, cáñamo, lana, lino, etc.; Cosecheros de caña, vainilleros, jardineros, marmoleros, herreros, toneleros, cortadores de metales, mineros, picapedreros, sastres, lavanderas, cocineras, costureras, planchadoras, peluqueros, zapateros, escribientes, dibujantes, vidrieros, carpinteros, ebanistas, panaderos, sombrereros, grabadores, pulidores, músicos, etc.
62. Dermatitis por agentes biológicos. Panaderos, especieros del trigo y harina, peluqueros, curtidores, trabajadores de los astilleros que manipulan cereales parasitados, penicilina y otros compuestos medicamentosos, etc.
63. Otras dermatosis. Dermatitis de contacto. Manipuladores de pinturas, colorantes vegetales, sales metálicas, cocineras, lavaplatos, lavaderos, mineros, especieros, fotógrafos, canteros, ebanistas, barnizadores, desengrasadores de trapo, bataneros, manipuladores de petróleo y de la gasolina, blanqueadores de tejidos por medio de vapores de azufre, hiladores y colectores de lana, médicos, enfermeras y laboratoristas.
64. Lesiones ungueales y peringueales. Onicodistrofias, onicosis y paroniquia por exposición a solventes, humedad y traumatismos. Actividades que comprenden el riesgo de exposición a estos agentes.
65. Otros padecimientos cutáneos de tipo reaccional no incluidos en los grupos anteriores, producidos por agentes químicos orgánicos (melanodermias, acromias, leucomelanodermias, líquen plano). Actividades que comprenden el riesgo de exposición a estos agentes.

Oftalmopatías profesionales

(Enfermedades del aparato ocular producidas por polvos y otros agentes físicos, químicos y biológicos)

66. Blefarokoniosis (povos minerales, vegetales o animales). Trabajadores expuestos a la acción de estos polvos: canteros, yeseros, mineros, alfareros, esmeriladores, afiladores, pulidores, cementeros, carboneros, fabricantes de objetos de aluminio y cobre, manipuladores de mercurio, panaderos, laneros, colchoneros, peleteros, etc.

67. Dermatitis palpebral de contacto y eczema palpebral. (polvos, gases y vapores de diversos orígenes). Trabajadores de la industria químico-farmacéutica, antibióticos y productos de belleza; industria petroquímica, plásticos, productos de hule y derivados de la parafenileno-diamina, alquitran, asfaltos, solventes y barnices, industria de la vainilla, cultivo del champignon, carpinteros, etc.
68. Conjuntivitis y querato-conjuntivitis: (por agentes físicos (calor); químicos o alergizantes: amoníaco, anhídrido sulfuroso, formol, cloro y derivados, vapores nitrosos, ácido sulfúrico, ozono, ácido sulfhídrico, solventes y barnices celulósicos, tetracloretano, alcohol metílico, viscosa, lana, pluma, pelos, polenes, algodón, trigo, cacahuete, lupulo, tabaco, mostaza, vainilla, productos medicamentosos, etc.) Herreros, fundidores, horneros, laminadores, hojalateros, panaderos, poceros, letrineros, trabajadores de fibras artificiales a partir de la celulosa y otros trabajadores expuestos a la acción del ácido sulfhídrico (hidrogeno sulfurado) y demás agentes mencionados.
69. Conjuntivitis y querato-conjuntivitis por radiaciones (rayos actínicos, infrarrojos, de onda corta y rayos x). Salineros, artistas cinematográficos, soldadores, vidrieros, trabajadores de las lamparas incandescentes de mercurio y los expuestos al ultra-violeta solar; trabajadores de las lamparas de arco, de vapores de mercurio, hornos, soldadura autógena, metalurgia, vidrieria, etc.; Radiólogos y demás trabajadores de la fabricación y manipulación de aparatos de rayos x y otras fuentes de energía radiante.
70. Pterigion. Por irritación conjuntival permanente por factores mecánicos, (polvos); físicos (rayos infra-rojos, calóricos). Herreros, fundidores, horneros, laminadores, hojalateros, y todos los trabajadores con actividades que comprenden el riesgo de exposición a estos agentes.
71. Queratoconiosis: Incrustación en la cornea de partículas duras: (mármol, piedra, polvos abrasivos o metales). Todas las actividades que comprenden el riesgo de exposición a estos agentes.
72. Argirosis ocular. (sales de plata). Cinceladores, orfebres, pulidores, plateros, fabricantes de perlas de vidrio, químicos.

73. Catarata por radiaciones. (rayos infra-rojos, calóricos, de onda corta, rayos x). Vidrieros, herreros, fundidores, técnicos y trabajadores de gabinetes de rayos x, técnicos y trabajadores de la energía atómica.
74. Catarata tóxica. (naftalina y sus derivados). Todas las actividades que comprenden el riesgo de exposición a estos agentes.
75. Parálisis oculomotoras. (intoxicación por sulfuro de carbono, plomo). Todas las actividades que comprenden el riesgo de exposición a estos agentes. Oftalmoplegia interna. (intoxicación por sulfuro de carbono). Todas las actividades que comprenden el riesgo de exposición a estos agentes.
76. Retinitis, neuro-retinitis y corio-retinitis. (intoxicación por naftalina, benzol). Todas las actividades que comprenden el riesgo de exposición a estos agentes.
77. Neuritis y lesión de la rama sensitiva del trigemino: (intoxicación por tricloretileno). Todas las actividades que comprenden el riesgo de exposición a este agente.
78. Neuritis óptica y ambliopía o amaurosis tóxica: (intoxicación por plomo, sulfuro de carbono, benzol, tricloretileno, óxido de carbono, alcohol metílico, nicotina, mercurio). Todas las actividades que comprenden el riesgo de exposición a estos agentes.
79. Conjuntivitis por gérmenes patógenos. Médicos y enfermeras con motivo de la práctica de su profesión.
80. Oftalmía y catarata eléctrica. Trabajadores de la soldadura eléctrica, de los hornos eléctricos o expuestos a la luz del arco voltaico durante la producción, transporte y distribución de la electricidad.

Intoxicaciones

Enfermedades producidas por absorción de polvos, humos, líquidos, gases o vapores tóxicos de origen químico, orgánico o inorgánico, por las vías respiratoria, digestiva o cutánea.

81. Fosforismo e intoxicación por hidrogeno fosforado. Trabajadores de la fabricación de compuestos fosforados o derivados del fósforo blanco, catálisis en la industria del petróleo, fabricación de bronce de fósforo,

- insecticidas, raticidas, parasitcidas, hidrogeno fosforado, aleaciones y en la pirotecnia.
82. Saturnismo o intoxicación plumbica. Trabajadores de fundiciones de plomo, industria de acumuladores, cerámica, pintores, plomeros, impresores, fabricantes de cajas para conservas, juguetes, tubos, envolturas de cables, soldadura, barnices, albayalde, esmalte y lacas, pigmentos, insecticidas y demás manipuladores de plomo y sus compuestos.
83. Hidrargirismo o mercurialismo. Mineros (de las minas de mercurio), manipuladores del metal y sus derivados, fabricantes de termómetros, manómetros, lamparas de vapores de mercurio, sombreros de fieltro, electrólisis de las salmueras, conservación de semillas, fungicidas, fabricación y manipulación de explosivos y en la industria quimico-farmacéutica.
84. Arsenicismo e intoxicación por hidrogeno arseniado. Trabajadores en las plantas de arsénico, fundiciones de minerales y metales, de la industria de los colorantes, pinturas, papel de color, tintorería, tenería, cerámica, insecticidas, raticidas, otras preparaciones de uso domestico y demás manipuladores del arsénico.
85. Manganesimo. Mineros (de minas de manganeso), trituradores y manipuladores del metal, de la fabricación de aleaciones de acero, cobre o aluminio, fabricación de pilas secas, en el blanqueo, tintorería y decoloración del vidrio, soldadores.
86. Fiebre de los fundidores de zinc o temblor de los soldadores de zinc. Fundidores y soldadores del metal, de la galvanización o estañado, fundición de latón o de la soldadura de metales galvanizados.
87. Oxicarbonismo. Trabajadores en contacto de gas de hulla, gas pobre, gas de agua, de los altos hornos, de los motores de combustión interna, hornos y espacios confinados, caldereros, mineros, bomberos y en todos los casos de combustión incompleta del carbón.
89. Intoxicación cianica. Trabajadores que manipulan ácido cianhidrico, cianuro y compuestos, de las plantas de beneficio, de la extracción del oro y la plata de sus minerales, fundidores, fotógrafos, fabricantes de sosa, de la industria textil, química, del hule sintético, materias plásticas, tratamiento térmico de los metales, fumigación, utilización del cianogeno y tintoreros en azul.

90. Intoxicación por alcoholes metílico, etílico, propílico y butílico. Trabajadores que los utilizan como solventes en la fabricación de lacas y barnices, en la preparación de esencias y materiales tintoriales y en las industrias química y petroquímica.
91. Hidrocarburismo por derivados del petróleo y carbón de hulla. Trabajadores de las industrias petrolera, petroquímica, carbonífera, fabricación de perfumes y demás expuestos a la absorción de estas sustancias.
92. Intoxicación por el tolueno y el xileno. Trabajadores que manipulan estos solventes en la industria de las lacas, hulera, peletera, fotograbado, fabricación de ácido benzoico, aldehida bencílica, colorantes, explosivos (tnt), pinturas y barnices.
93. Intoxicaciones por el cloruro de metilo y el cloruro de metileno. Trabajadores que utilizan el cloruro de metilo como frigorífico o el cloruro de metileno como solvente, o en la industria de las pinturas.
94. Intoxicaciones producidas por el cloroformo, tetracloruro de carbono y cloro-bromo-metanos. Trabajadores que manipulan estas sustancias como solventes, fumigantes, refrigerantes, extinguidores de incendios, etc.
95. Intoxicaciones por el bromuro de metilo y freones (derivados fluorados de hidrocarburos halogenados). Trabajadores que los utilizan como frigoríficos, insecticidas y preparación de extinguidores de incendios.
96. Intoxicación por el di-cloretano y tetra-cloretano. Trabajadores que manipulan estas sustancias como disolventes de grasas, aceites, ceras, hules, resinas, gomas, dilución de lacas, desengrasado de la lana e industria química.
97. Intoxicación por el hexa-cloretano. Trabajadores que lo utilizan para desengrasar el aluminio y otros metales.
98. Intoxicación por el cloruro de vinilo o monocloretileno. Trabajadores de la fabricación de materias plásticas y su utilización como frigorífico.
99. Intoxicación por la mono-clorhidrina del glicol. Trabajadores expuestos durante la fabricación del óxido de etileno y glicoles, composición de lacas y manipulación de abonos y fertilizantes.
100. Intoxicaciones por el tri-cloretileno y per-cloretileno. Trabajadores que utilizan estos solventes en la metalurgia, tintorerías, en el desengrasado de artículos metálicos y de lana, fabricación de betunes y pinturas.

101. Intoxicaciones por insecticidas clorados. Trabajadores que fabrican o manipulan derivados aromáticos clorados como el diclorodifenil-tricloretoano (ddt), aldrin, dieldrin y similares.
102. Intoxicaciones por los naftalenos clorados y difenilos clorados. Trabajadores que los utilizan como aislantes eléctricos.
103. Sulfo-carbonismo. Trabajadores expuestos durante su producción, o en la utilización del solvente en la fabricación del rayón, celofán, cristal óptico, vulcanización del hule en frío, como pesticida y en la extracción de grasas y aceites.
104. Sulfhidrismo o intoxicación por hidrogeno sulfurado. Trabajadores de la producción de esta sustancia, mineros, aljiberos, albañaleros, limpiadores de hornos, tuberías, retortas y gasómetros, del gas del alumbrado, vinateros y en la industria del rayón.
105. Intoxicación por el bióxido de dietileno (dioxan). Trabajadores que utilizan este solvente en la industria de las lacas, barnices, pinturas, tintas, resinas de cera y plásticos; preparación de tejidos en histología.
106. Benzolismo. Trabajadores que utilizan el benzol como solvente en la industria hulera, impermeabilización de telas, fabricación de nitrocelulosa, industria petroquímica, del vestido, lacas, vidrio, artes gráficas, textiles, cerámica, pinturas, fotograbado, industria del calzado, tintorería, etc.
107. Intoxicación por el tetra-hidro-furano. Trabajadores de la industria textil, que lo utilizan como solvente.
108. Intoxicaciones por la anilina (anilismo) y compuestos. Trabajadores de la industria química, colorantes, tintas y productos farmacéuticos.
109. Intoxicaciones por nitro-benceno, toluidinas y xilidinas. Trabajadores de la industria de los colorantes, pinturas, lacas y fabricación de la anilina.
110. Intoxicaciones por trinitro-tolueno y nitroglicerina. Trabajadores de la industria y manipulación de los explosivos.
111. Intoxicación por el tetra-etilo de plomo. Trabajadores de la fabricación y manipulación de este antidetonante, preparación de carburantes, limpieza y soldadura de los recipientes que lo contienen.
112. Intoxicación por insecticidas organico-fosforados. Trabajadores de la producción y manipulación de tetra-fosfato hexaetilico (tphe), pirofosfato tetraetilico (ppte), paration y derivados.

113. Intoxicaciones por el dinitrofenol, dinitro-ortocresol, fenol y pentaclorofenol. Trabajadores que utilizan estos compuestos como fungicidas e insecticidas, en la fabricación de colorantes, resinas y conservación de las maderas.
114. Intoxicaciones por la bencidina, naftilamina alfa, naftilamina beta y para-difenilamina. Trabajadores que manipulan estas sustancias en la industria huleira y fabricación de colorantes.
115. Intoxicaciones por carbamatos, ditiocarbamatos, derivados de clorofenoxihidroxycumarina, talio, insecticidas de origen vegetal. Fabricación, formulación, envase, transporte y aplicación de pesticidas en general.
116. Intoxicaciones por la piridina, clorpromazina y quimioterapicos en general. Trabajadores encargados de la fabricación, formulación y empaque de estas sustancias en la industria quimico-farmaceutica.
117. Enfermedades producidas por combustibles de alta potencia (hidruros de boro, oxigeno liquido, etc.). Técnicos y trabajadores expuestos en la preparación, control y manejo de estos productos.

Infecciones, parasitosis, micosis y virosis

Enfermedades generalizadas o localizadas provocadas por acción de bacterias, parásitos, hongos y virus.

118. Carbunco. Pastores, caballerangos, mozos de cuadra, veterinarios, curtidores, peleteros, cardadores de lana, traperos, manipuladores de crin, cerda, cuernos, carne y huesos de bovideos, caballos, carneros, cabras, etc. Trabajadores de los rastros y empacadores.
119. Muermo. Caballerangos, mozos de cuadras, cuidadores de ganado caballar, veterinarios y enfermeros veterinarios.
120. Tuberculosis. Médicos, enfermeras, mozos de anfiteatro, afanadoras, personal de laboratorios biológicos y de diagnostico, personal de lavandería en sanatorios, veterinarios, enfermeros de veterinaria; carniceros y mineros, cuando previamente exista silicosis.
121. Brucelosis. Veterinarios, pastores, carniceros, ganaderos, ordeñadores, lecheros, técnicos de laboratorio, personal de plantas para beneficio de la leche de cabra y de vaca, médicos, enfermeras, enfermeros de veterinaria.

122. Sífilis. Sopladores de vidrio (accidente primario bucal); médicos, enfermeras, mozos de anfiteatro (accidente primario en las manos).
123. Tétanos. Caballerangos, carniceros, mozos de cuadra, cuidadores de ganado, veterinarios, personal de la industria agropecuaria, jardineros.
124. Micetoma y actinomicosis cutánea. Trabajadores del campo, panaderos, molineros de trigo, cebada, avena y centeno.
125. Anquilostomiasis. Mineros, ladrilleros, alfareros, terreros, jardineros, areneros y fabricantes de teja.
126. Leishmaniasis. Chicleros, huleros, vainilleros, leñadores de las regiones tropicales.
127. Oncocercosis. Trabajadores agrícolas de las plantaciones cafetaleras.
128. Esporotricosis. Campesinos, floricultores, empacadores de tierra y plantas, trabajadores de zacate y pieles.
129. Candidiasis o moniliasis. Fruteros y trabajadores que mantienen manos o pies constantemente húmedos.
130. Histoplasmosis. Trabajadores de la extracción y manipulación del guano.
131. Aspergilosis. Criadores de animales, limpiadores de pieles y trabajadores agrícolas expuestos al hongo.
132. Coccidioidomicosis. Trabajadores de la extracción y manipulación de guanos, provenientes de zonas no infestadas ni endémicas, que sean contratados para realizar trabajos en zonas infestadas o endémicas.
133. Paludismo. Obreros y campesinos provenientes de zonas no infestadas ni endémicas, que sean contratados para realizar trabajos en zonas infestadas o endémicas.
134. Rickettsiosis. (tifus exantemático y otras similares). Médicos, enfermeras, personal de limpieza de los servicios de infectología y laboratorios, siempre que se identifique el agente causal en el paciente y en el sitio de trabajo.
135. Espiroquetosis. (leptospirosis y otras similares). Trabajos ejecutados en las alcantarillas, minas, mataderos, deslanado, laboratorios y cuidado de animales.
136. Virosis (hepatitis, enterovirosis, rabia, psitacosis, neumonías a virus, mononucleosis infecciosa, poliomiелitis y otras). Médicos, enfermeras y personal de limpieza en hospitales y sanatorios, personal de laboratorio y

análisis clínicos, personal de bancos de sangre, siempre que se identifique el agente causal en el paciente y en el sitio de trabajo.

137. Erisipeloides. Trabajadores en contacto con animales o sus cadáveres, pelo de animales, cuero y otros materiales, trapos viejos y demás desperdicios, personal de lavandería en los hospitales, personal que maneje ropa sucia o contaminada.
138. Toxoplasmosis. Trabajadores de rastros.

Enfermedades producidas por el contacto con productos biológicos

139. Hormonas sintéticas; enfermedades producidas por hormonas sintéticas de actividad específica, estrogénica, androgénica, etc. Personal de las industrias que sintetizan productos hormonales.
140. Enfermedades producidas por la exposición a antibióticos (penicilina, estreptomycin y otros similares de amplio o mediano espectro). Trabajadores encargados de la fabricación, formulación y empaque de estas sustancias en la industria químico-farmacéutica.

Enfermedades producidas por factores mecánicos y variaciones de los elementos naturales del medio de trabajo

141. Bursitis e higromas. Trabajadores en los que se realizan presiones repetidas, como mineros (de las minas de carbón y manganeso), cargadores, alijadores, estibadores y otros en los que se ejercen presiones sobre determinadas articulaciones (rodillas, codos, hombros).
142. Osteoartritis y trastornos angioneuróticos (dedo muerto). Trabajadores que utilizan martillos neumáticos, perforadoras mecánicas y herramientas análogas, perforistas, remachadores, talladores de piedra, laminadores, herreros, caldereros, pulidores de fundición, trabajadores que utilizan martinets en las fábricas de calzados, etc.
143. Retracción de la aponeurosis palmar o de los tendones de los dedos de las manos. Cordeleros, bruñidores, grabadores.
144. Deformaciones. Trabajadores que adoptan posturas forzadas, zapateros, toneros, recolectores de arroz, cargadores, sastres, talladores de piedra,

- mineros, costureras, dibujantes, carpinteros, dactilografas, bailarinas de ballet, etc.
145. Rinitis atrofica, faringitis atrofica, laringitis atrofica y algias por elevadas temperaturas. Trabajadores de las fundiciones, hornos, fraguas, vidrio, calderas, laminación, etc.
146. Congeladuras. Trabajadores expuestos en forma obligada a la acción de temperaturas glaciales, frigoríficos, fabricas de hielo, etc.
147. Enfermedades por descompresión brusca, intoxicación por oxígeno y aeroembolismo traumático. Osteoartrosis tardías del hombro y de la cadera. Trabajadores que laboran respirando aire a presión mayor que la atmosférica: buzos, labores subacuáticas y otras similares.
148. Mal de los aviadores, aeroembolismo, otitis y sinusitis baro-traumáticas. Aeronautas sometidos a atmósfera con aire enrarecido durante el vuelo a grandes altitudes.
149. Enfisema pulmonar. Músicos de instrumentos de viento, sopladores de vidrio.
150. Complejo cutáneo-vascular de pierna por posición de pie prolongada y constante, o marcha prolongada llevando bultos pesados. Tipógrafos, dentistas, enfermeras de quirófanos, peluqueros, carteros, vendedores, meseros, policías y otras actividades similares.

Enfermedades producidas por las radiaciones ionizantes y electromagnéticas (excepto el cáncer)

151. Trabajadores de la industria atómica, minas de uranio y otros metales radioactivos (arsénico, níquel, cobalto, estroncio, asbesto, berilio, radium), tratamiento y metalurgia, reactores nucleares, utilización de radio-elementos (gamagrafía, gama y betaterapia, isótopos), utilización de generadores de radiaciones (trabajadores y técnicos de rayos x), radio, sonar, rayos laser, masser, etc.; que presentan:
- A) en piel, eritemas, quemaduras térmicas o necrosis;
 - B) en ojos, cataratas;
 - C) en sangre, alteraciones de los órganos hematopoyéticos, con leucopenia, trombocitopenia o anemia;
 - D) en tejido óseo, esclerosis o necrosis;

- E) en glándulas sexuales, alteraciones testiculares con trastornos en la producción de los espermatozoides y esterilidad; alteraciones ováricas con modificaciones ovulares y disfunciones hormonales;
- F) efectos genéticos debidos a mutaciones de los cromosomas o de los genes;
- G) envejecimiento precoz con acortamiento de la duración media de la vida.

Cáncer

Enfermedades neoplásicas malignas debidas a la acción de cancerígenos, industriales de origen físico, o químico inorgánico u orgánico, o por radiaciones, de localización diversa:

152. Cáncer de la piel: trabajadores expuestos a la acción de rayos ultravioleta al aire libre (agricultores, marineros, pescadores, peones); a los rayos x, isótopos radiactivos, radium y demás radioelementos; arsénico y sus compuestos; pechblenda, productos derivados de la destilación de la hulla, alquitrán, brea, asfalto, benzopireno y dibenzoantraceno (cáncer del escroto de los deshollinadores), creosota; productos de la destilación de esquistos bituminosos (aceites de esquistos lubricantes, aceites de parafina), productos derivados del petróleo (aceites combustibles, de engrasado, de parafina, brea del petróleo).
153. Cáncer bronco-pulmonar. Mineros (de las minas de uranio, níquel). Trabajadores expuestos al asbesto (mesotelioma pleural); trabajadores que manipulan polvos de cromatos, arsénico, berilio.
154. Cáncer de etmoides, de las cavidades nasales; Trabajadores empleados en la refinación del níquel.
155. Cánceres diversos. Carcinomas (y papilomatosis) de la vejiga en los trabajadores de las aminas aromáticas; leucemias y osteosarcomas por exposición a las radiaciones; leucosis bencénica.

Enfermedades endógenas

Afecciones derivadas de la fatiga industrial.

156. Hipoacusia y sordera: trabajadores expuestos a ruidos y trepidaciones, como laminadores, trituradores de metales, tejedores, coneros y trocileros, herreros, remachadores, telegrafistas, radiotelegrafistas, telefonistas, aviadores, probadores de armas y municiones.
157. Calambres: trabajadores expuestos a repetición de movimientos, como telegrafistas, radio-telegrafistas, violinistas, pianistas, dactilografos, escribientes, secretarios, mecanógrafas, manejo de maquinas sumadoras, etc.
158. Laringitis crónica con nudosidades en las cuerdas vocales: profesores, cantantes, locutores, actores de teatro, etc.
159. Tendo-sinovitis crepitante de la muñeca: peones, albañiles, paleadores, ajustadores, torneros.
160. Nistagmo de los mineros (minas de carbón).
161. Neurosis: Pilotos aviadores, telefonistas y otras actividades".

ANEXO 2

PEMEX despide a un empleado del área de seguridad por ser portador del VIH/SIDA
Ángeles Cruz – La Jornada.

“Ernesto Pérez Tobías trabajó durante 17 años en el área de vigilancia de PEMEX. En Julio de 2000 supo que es portador del VIH/SIDA, y aunque su buena salud le permite continuar con su actividad normal, sus jefes decidieron <<liquidarlo>> y como una <<regalia>> pagarle la totalidad de su contrato temporal, pero no volver a renovarlo porque no está “apto para laborar”.

En este tiempo –e igual que ocurre en la iniciativa privada- Ernesto ha sido víctima de discriminación por parte de los responsables de recursos humanos de la Unidad de Servicios de Protección y Seguridad, y de los médicos en diversos hospitales de la paraestatal. Al enterarse de que es seropositivo, el jefe de grupo en la planta de Gómez Palacio, Durango, un capitán de apellido Vázquez, se encargó de empacarle sus pertenencias y no permitirle el acceso a las instalaciones.

Los médicos <<me tratan bien, pero una vez olvidé hacer una pregunta al especialista y tuve que regresar al consultorio. El doctor había abierto las ventanas de par en par y tenía encendido el ventilador a todo lo que da... ¿eso es discriminación, no?>>.

Algunos otros galenos en PEMEX le confirmaron que tenían <<la orden superior>> de <<tronarlo>>. Le dijeron: <<Nosotros también somos asalariados y aunque queramos, no podemos ayudarte>>.

Para Ernesto lo peor es que ni siquiera se siente enfermo y está convencido de que se violan sus derechos humanos porque en octubre de 1999, y a consecuencia del VIH, tuvo tuberculosis. Durante ocho meses contó con incapacidad médica, pero al término del tratamiento –y ya recobrada su salud- los médicos dictaminaron que estaba apto para reincorporarse a su empleo. Y así ocurrió a partir del 10 de Julio de 2000. Fue adscrito a la ciudad de Gómez Palacio, Durango.

En ese entonces, Ernesto desconocía que era portador del VIH/SIDA. Se enteró porque al poco tiempo le aparecieron ronchas en la piel. Hasta entonces los médicos de

PEMEX le practicaron la prueba de detección de SIDA. El dictamen se acompañó de la leyenda <<no apto. Debe continuar protocolo en su centro de adscripción>>. A partir del 1° de Agosto de ese año, Ernesto fue enviado al servicio de Medicina Pericial del Hospital Regional de Reynosa, donde permaneció internado por 15 días para practicarle diversos estudios. Al final, el diagnóstico fue: <<No apto permanentemente para laborar>>.

Por esos días su esposa Francisca cayó enferma y los médicos del Hospital Juárez de la Ciudad de México detectaron que también estaba infectada.

Al salir del nosocomio, Ernesto ya no tuvo oportunidad de ingresar a las instalaciones de PEMEX. El capitán Vázquez a le había empacado sus pertenencias y le entregó una orden por escrito para que se presentara a las oficinas centrales de la paraestatal en la ciudad de México.

Ahí habló con Pablo Vázquez Cruz, del área de recursos humanos, quien informó a Ernesto que no estaba apto para trabajar, por lo que <<como una regalía>>, PEMEX le pagaría el salario por el tiempo que durase su contrato temporal. En Diciembre pasado le pagaron su aguinaldo y el mismo funcionario le dio a firmar un documento, en el que Ernesto solicitaba <<voluntariamente>> su liquidación y seis meses de servicios médico, aunque en ningún lado se especificaba que es portador del VIH/SIDA.

Vázquez dijo que PEMEX le estaba haciendo un favor y que lo aprovechara. Ernesto se negó a firmar el documento, porque consideró que puede continuar trabajando. No está enfermo y ahora también sabe que ser seropositivo no lo limita para realizar ninguna actividad, y menos aún si está bajo tratamiento médico.

Además Ernesto es el único sostén de su familia. Tiene dos hijos, estudiantes universitarios. A partir de que el padre perdió el empleo, los jóvenes dejaron la escuela y tuvieron que conseguir empleo: la mayor, que estudiaba el octavo semestre de ingeniería industrial, trabaja en una tienda de autoservicio. El hijo menor cursaba el tercer semestre de ingeniería civil. Ahora es albañil.

Desde 1996, Ernesto firmó contratos temporales con PEMEX, siempre para desempeñarse como agente en la Unidad de Servicios de Protección y Seguridad. El último

tuvo una vigencia de seis meses, del 10 de Julio de 2000 al 9 de Enero de 2001. En las pláticas que sostuvo con Pablo Vázquez, le solicitó su reinstalación, o en su defecto, un par de empleos para sus hijos que les permitieran ser autosuficientes y poder continuar sus estudios. El funcionario de PEMEX condicionó el apoyo a la firma del documento señalado, y <<recomendó>> a Ernesto que no iniciara ninguna acción judicial" (Cruz, 2001).

El SIDA: una lucha diaria

Laura Cardoso - El Universal

"<<Tu vida es un rompecabezas perfectamente armado, pero cuando llega el virus del SIDA, esparce cada una de sus partes>>."

Con esta metáfora, Anuar Luna resume lo que ha sido vivir con este padecimiento durante nueve años. Carga con un doble estigma, ser seropositivo y gay; sin embargo, asegura que lo ha superado y hoy está dispuesto a enfrentar al virus hasta el último momento.

Fue despedido de PEMEX por tener en su cuerpo el virus del SIDA y aunque peleó por se restituido en su puesto y porque se le respetaran sus derechos humanos, el pleito fue inútil: perdió la demanda.

<<Cuando se enteraron que tenía el virus, trataron de aplicarme una cláusula, la cual establecía que si yo me curaba en un año podía regresar a mi trabajo, pero eso es más que imposible, una vez que el SIDA entra en tu cuerpo, no sale nunca>>.

El impacto de saber que tengo SIDA fue muy duro, confiesa en entrevista; sin embargo, ahora ya lo superé.

Para mis padres tampoco fue fácil, pues no sólo fue recibir la sorpresa de la infección sino de tener un hijo homosexual, agregó.

<<Cuando me enteré tuve mucho miedo de enfrentarme a la muerte, al sufrimiento, a no saber qué iba a pasar después, sobre todo que hace nueve años el nivel de esperanza era muy bajo, pues en sus principios el SIDA era sinónimo de dolor y fin>>.

Para superar el temor Anuar empezó a trabajar en organizaciones no gubernamentales a favor de las personas infectadas con este virus, pues los programas dedicados a estos son muy escasos.

Y ya ni hablar de las acciones a favor de la comunidad gay, pues <<el gobierno no reconoce que existen los homosexuales, por lo que no hay campañas específicas y eso propicia que el virus se propague>>.

Ser portador del virus del SIDA en la Ciudad de México no es fácil, sobre todo en los sectores más bajos, donde la educación es limitada, así es donde hay más rechazo, explicó.

Además, agregó, es muy complejo, pues un tratamiento, sin contar con los estudios de laboratorio cuesta 12 mil pesos mensuales.

Desde hace cuatro años, Anuar asiste cada mes a una de las clínicas del IMSS, donde de manera gratuita obtiene tabletas de Norvir, Fortovase, Zerit y 3tc; los dos grupos son inhibidores y los segundos antiretrovirales.

Aquí tampoco le fue fácil ser aceptado, pues incluso en la misma comunidad médica encontró resistencias por ser gay. <<De inmediato te quieren regañar, pero sobre todo culpabilizarte de la transmisión de este virus>>, comentó.

A sus 31 años, Anuar no ha perdido la esperanza; sin embargo, consideró que aún hay muchas barreras que vencer, no sólo económicas, sino culturales, que <<son las que más lesionan a los seres humanos>> (Cardoso. 2000).

TESIS COM
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 3

Art. 136 (Ley General de Salud)

"Art. 136. Es obligatoria la notificación a la Secretaría de Salud o a la autoridad sanitaria más cercana, de las siguientes enfermedades y en los términos que a continuación se especifican:

- I. Inmediatamente, en los casos individuales de enfermedades objeto del Reglamento Sanitario Internacional: fiebre amarilla, peste y cólera;
- II. Inmediatamente, en los casos de cualquier enfermedad que se presente en forma de brote o epidemia;
- III. En un plazo no mayor de veinticuatro horas en los casos individuales de enfermedades objeto de vigilancia internacional; poliomielitis, meningitis meningocócica, tifo epidémico, fiebre recurrente transmitida por piojo, influenza viral, paludismo, sarampión, tosferina, así como la difteria y los casos humanos de encefalitis equina venezolana, y
- IV. En un plazo no mayor de veinticuatro horas, de los primeros casos individuales de las demás enfermedades transmisibles que se presenten en un área no infectada.

Asimismo, será obligatoria la notificación inmediata a la autoridad sanitaria más cercana de los casos en que se detecte la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o de anticuerpos a dicho virus, en alguna persona".

Art. 137 (Ley General de Salud)

"Art. 137. Las personas que ejerzan la medicina o que realicen actividades afines, están obligadas a dar aviso a las autoridades sanitarias de los casos de enfermedades transmisibles, posteriormente a su diagnóstico o sospecha diagnóstica".

Art. 138 (Ley General de Salud)

"Art. 138. Están obligados a dar aviso, en los términos del artículo 136 de esta Ley, los jefes o encargados de laboratorios, los directores de unidades médicas, escuelas, fábricas, talleres, asilos, los jefes de oficinas, establecimientos comerciales o de cualquier otra índole y, en general, toda persona que por circunstancias ordinarias o accidentales tenga conocimiento de alguno de los casos de enfermedades a que se refiere esta Ley".

ANEXO 4

Cartilla de Derechos Humanos para Personas que viven con VIH/SIDA (Comisión Nacional de Derechos Humanos, s/a).

1. El virus o la enfermedad no es motivo para restringir o suspender los derechos fundamentales de las personas, ya que con base en el principio de igualdad todos los seres humanos nacen iguales en dignidad y derechos. La ley protege a todos los individuos por igual; en consecuencia, nadie debe sufrir discriminación de ningún tipo.
2. Para aquellas personas que son discriminadas por sus características de género, edad, religión, preferencia sexual, condición social, condición física o mental, situación jurídica o calidad migratoria, el tener VIH o estar enfermo de SIDA no debe ser motivo para agravar su situación.
3. Nadie está obligado a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH; a declarar que vive con el VIH o que ha desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria decide someterse a la prueba de detección de anticuerpos, tiene derecho a recibir, antes y después de la misma, información suficiente y tiene derecho a que los resultados sean manejados en forma confidencial.
4. La aplicación de la prueba no será considerada como requisito para recibir atención médica, obtener empleo, contraer matrimonio, formar parte de instituciones educativas, o tener acceso a servicios.
5. El resultado positivo de la prueba no deberá ser considerado como causal para la negación de los servicios de salud, la rescisión de contrato laboral, la expulsión de una escuela, el desalojo de una vivienda, la limitación de tránsito dentro del territorio nacional, la salida del país o el ingreso al mismo tanto al nacional como de extranjeros.
6. Las personas que viven con el virus o con SIDA en ningún caso deben ser objeto de detención ilegal, aislamiento, segregación social o familiar.
7. Toda persona tiene derecho a ejercer su sexualidad libre y responsablemente.
8. Con la finalidad de proteger a quienes viven con el VIH o han desarrollado SIDA, todas las personas tienen derecho de asociarse libremente y afiliarse a instituciones sociales o políticas.
9. Con objeto de proteger su salud, todas las personas tienen derecho en igualdad de condiciones a buscar, recibir y difundir información precisa, documentada y en un lenguaje accesible, sobre todo lo relacionado con el virus y la enfermedad.

10. Como usuario de los servicios de salud, se tiene derecho a la prestación de servicios oportuna y de calidad idónea, a la atención personal y éticamente responsable y a un trato respetuoso y digno, así como a que el historial médico se maneje en forma confidencial.
11. Las personas que viven con el VIH o están enfermas de SIDA tienen derecho a buscar y recibir información completa sobre su enfermedad, sus consecuencias, alternativas, posibles tratamientos a los que pueda someterse, así como a la información sobre sus riesgos y pronósticos.
12. Los afectados por el virus tienen derecho a los servicios establecidos de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar su calidad y tiempo de vida.
13. Los usuarios de los servicios de salud tienen derecho a conocer los procedimientos establecidos por las instituciones de salud para presentar una queja, reclamación o sugerencia ante cualquier irregularidad en la prestación de estos servicios.
14. A los padres afectados por el VIH no se les debe negar su derecho a la patria potestad de sus hijos ni el derecho a designar el tutor que deseen cuando ya no les sea posible hacerse cargo de ellos, o en su defecto, a contar con la protección de las instituciones de asistencia social.
15. Los niños que viven con VIH/SIDA tienen derecho a recibir los servicios de salud, educación y asistencia social en igualdad de circunstancias.
16. Toda persona tiene derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.