

12/2
2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

"CAPACITACION SOBRE SIDA", Un modelo aplicado dentro del área educativa del Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido Contra el SIDA, A. C. (CHECCOS, A. C.), en la Ciudad de Guadalajara, Jal.

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

JUANA MARTINEZ LOPEZ

A S E S O R E S :

- MTRO. GABRIEL MORALES HERNANDEZ
- LIC. ROQUE JORGE OLIVARES VAZQUEZ
- MTRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

258928 1998



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICO ESTE TRABAJO A...

... quienes me dieron la vida, a quienes me han ayudado a conocerla, a comprenderla, a cuestionarla, a llorarla, a valorarla, a cuidarla, a conservarla, a quererla, a encontrarle sentido, a pelearla con dignidad, en fin, a quienes me han ayudado a vivirla:

A MIS PADRES Carmen y Camilo, con amor, respeto y admiración, ¡gracias por dejarme reposar en su fortaleza y en su sabiduría! No hay nada como su amor.

A MIS HERMANOS José, Tany, Vicente y Goyo, gracias por haber nacido antes que yo..., ¡me enseñaron el camino!

A MIS HERMANAS Bertha, China, Julia, Chepi y Mary, gracias por la calidez de su amor, estímulo y compañía.

A LOS RETOÑOS DE LA FAMILIA: Susi, Luis, Layra, Pepe, Davis, Dany, Tito, July y Camilo, por ser la sangre nueva de la familia y darle un sentido a la existencia, tanto a la de sus padres como a la de las personas que los queremos; y gracias... A LAS CUÑADAS Y CUÑADOS por que contribuyeron a que estos retoños estén hoy aquí.

GRACIAS, MIL GRACIAS A TODOS

2.1.4.2.2. Plan general.....	40
2.1.4.3. Elaboración de programas.....	41
2.1.4.3.1. Redacción de objetivos....	43
2.1.4.3.2. Estructuración de contenidos.....	45
2.1.4.3.3. Actividades didácticas: técnicas de enseñanza- aprendizaje.....	46
2.1.4.3.4. Materiales de apoyo.....	47
2.1.4.3.5. Instrumentos de evaluación	48
2.1.4.4. Organización de los eventos.....	50
2.1.4.5. Evaluación.....	52
2.1.4.5.1. Significado y alcances....	53
2.1.4.5.2. Procedimientos de evaluación.....	55
2.1.4.6. Seguimiento.....	63
2.2. EDUCACION SOBRE VIH/SIDA.....	65
2.2.1. Importancia de la educación sobre VIH/SIDA.....	65
2.2.2. Objetivos.....	65
2.2.3. Elementos a considerar.....	66
2.2.4. Evaluación.....	68
2.2.5. Capacitación sobre VIH/SIDA.....	72

2.2.5.1. El proceso de capacitación.....	73
2.3. EL SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA	
(SIDA)	87
2.3.1. Entendiendo al SIDA.....	87
2.3.1.1. Aspectos básicos.....	89
2.3.1.2. Aspectos médicos.....	97
2.3.1.3. Aspectos históricos.....	101
2.3.1.4. Aspectos legalés.....	103
2.3.1.5. Aspectos sexuales.....	106
2.3.1.6. Aspectos psicosociales.....	108
2.3.1.7. Aspectos preventivos.....	111
2.3.2. Entendiendo a la persona que vive con el VIH/SIDA.....	116
2.3.2.1. Impacto ante la notificación.....	117
2.3.2.2. Relación terapeuta-paciente.....	120
2.3.2.3. Continuo psicoafectivo en torno a SIDA.....	123
2.3.2.4. Psiconeuroinmunología (PNI).....	129
2.3.2.5. Relación familiar.....	130
2.3.2.6. Apoyo espiritual.....	132
2.3.2.7. Sexualidad.....	134
2.3.2.8. Derechos humanos.....	135
2.3.2.9. Muerte y morir.....	139

2.3.2.10.Recomendaciones especiales para personas que viven con VIH/SIDA..	146
2.3.2.11.Trabajo interdisciplinario.....	149
3. INSTITUCION DONDE SE REALIZO EL TRABAJO PROFESIONAL.	151
3.1. EL COMITE HUMANITARIO DE ESFUERZO COMPARTIDO CONTRA EL SIDA, A.C. (CHECCOS, A.C.).....	153
3.1.1. Características de la asociación.....	153
3.1.1.1. Origen y antecedentes.....	153
3.1.1.2. Objetivos de la asociación.....	155
3.1.1.3. Estructura.....	156
3.1.1.4. Organización.....	158
3.1.1.5. Funcionamiento.....	158
3.1.2. El papel del psicólogo dentro de la asociación.....	162
4. MODELO DE CAPACITACION SOBRE SIDA APLICADO EN CHECCOS, A.C.....	167
4.1. MODELO DE CAPACITACION.....	169
4.1.1. Justificación.....	169
4.1.2. Objetivo de la capacitación.....	169

4.1.3. Políticas de la capacitación.....	170
4.1.4. Metodología.....	170
4.1.4.1. Determinación de necesidades... .	171
4.1.4.1.1. Herramientas.....	171
4.1.4.1.2. Procedimiento.....	172
4.1.4.1.3. Resultados.....	173
4.1.4.1.4. Interpretación de resultados.....	184
4.1.4.2. Orientación de actividades.....	189
4.1.4.2.1. Objetivo general... ..	189
4.1.4.2.2. Plan general.....	189
4.1.4.3. Elaboración de programas... ..	191
4.1.4.3.1. Curso de capacitación sobre SIDA.....	191
4.1.4.3.1.1. Objetivos.....	191
4.1.4.3.1.2. Contenido.....	192
4.1.4.3.1.3. Cartas descriptivas	194
4.1.4.3.1.4. Instrumentos de evaluación.....	194
4.1.4.3.1.5. Organización de la capacitación.....	196
4.1.4.4. Aplicación del curso.....	198
4.1.4.4.1. Cronograma.....	198
4.1.4.4.2. Método.....	198
4.1.4.5. Resultados.....	201

4.1.5. Evaluación de la capacitación.....	206
4.1.5.1. Diseño y organización.....	206
4.1.5.2. Reacción de los participantes....	207
4.1.5.3. Grado de aprendizaje.....	210
4.1.5.4. Resultados en el desempeño laboral.....	212
4.1.6. Seguimiento.....	214
5. EVALUACION CRITICA.....	223
5.1. EVALUACION DE LOGROS OBTENIDOS CON EL MODELO....	225
5.2. SUGERENCIAS METODOLOGICAS.....	230
6. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS.....	235
GLOSARIO.....	243
BIBLIOGRAFIA.....	249
APENDICES.....	257
A. FORMATOS MODELO PARA LA DETECCION DE NECESIDADES.	259
B. CARTAS DESCRIPTIVAS.....	263
C. FORMATOS MODELO PARA EL CURSO DE CAPACITACION....	277

D. GRAFICAS DE RESULTADOS DE EVALUACION INICIAL.....	288
E. COMENTARIOS DE LOS ASISTENTES AL CURSO.....	312
ANEXO.....	319

R E S U M E N

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), es un problema de salud pública a nivel mundial. Hasta el momento presente, el arma más eficaz para prevenir la infección del virus que lo causa, es la educación. Una estrategia de intervención dentro de ésta área es la capacitación a promotores de la salud para que éstos incidan de manera eficaz en su comunidad.

En el presente Reporte de Trabajo Profesional se expone un "Modelo de Capacitación sobre SIDA", que fue aplicado de Enero de 1992 a Junio de 1994, dentro del área educativa del Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido contra el SIDA, A.C., en la ciudad de Guadalajara, Jalisco.

Algunos resultados obtenidos, tales como la actualización de conocimientos, mayor profesionalismo en los servicios brindados a los usuarios y un incremento en el número de personas multiplicadoras de la capacitación, fueron elementos que contribuyeron favorablemente a la consecución de los objetivos de la asociación.

I N T R O D U C C I O N

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) está considerado como una pandemia, es decir, es una enfermedad epidémica que ha rebasado fronteras territoriales y afecta a todo el mundo. Debido a su magnitud e impacto se ha convertido en un problema de salud pública.

A más de una década de haberse dado a conocer la enfermedad, se conoce cuál es el agente causal, las características de dicho agente, sus vías de transmisión, las estrategias de protección y existen ya algunos avances en la investigación sobre vacunas y tratamiento, aunque hasta la fecha no hay nada definitivo.

Por lo anterior, es muy importante incidir en la atención primaria, esto es, intervenir antes de que las personas se infecten. La educación para la salud es en estos momentos la única "vacuna", la única arma que se tiene para evitar la expansión de la enfermedad.

Una de las estrategias dentro del campo de la educación sobre SIDA es la capacitación, enfocada ésta a instruir a personas para que se conviertan en multiplicadoras de la

información y así puedan involucrarse al trabajo desde sus propios ámbitos: personal, laboral, social y/o profesional.

El presente Reporte de Trabajo Profesional tiene como objetivo dar a conocer el "Modelo de Capacitación sobre SIDA" que fue aplicado dentro del área educativa del Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido Contra el SIDA, Asociación Civil, cuyas siglas son CHECCOS, A.C., en la ciudad de Guadalajara, Jal., de Enero de 1992 a Junio de 1994.

Con este modelo se pretende contribuir a la prevención de esta pandemia. El reporte se centra en la información sobre SIDA y en cómo impartir la capacitación a grupos, para que los individuos que los conforman introyecten la información y se genere un cambio en lo personal que repercuta en una revalorización de sus propias actitudes y comportamientos hacia el SIDA y hacia las personas que viven con VIH/SIDA; logrando la confrontación surgirá un proceso de reestructuración personal que favorecerá que dicho individuo sea un agente de cambio en su entorno social.

Para hacer más ágil la lectura del reporte se ha dividido la información en Partes: 1., 2., 3., etc., con sus respectivos Capítulos.

En el Parte 1, en lo que respecta a antecedentes, se expone el contexto general, epidemiológico del SIDA: estadísticas mundiales, nacionales y estatales (Jalisco), y el contexto específico en la ciudad de Guadalajara. En este mismo apartado se da un esbozo de las condiciones en las que se encontraba CHECCOS en Enero de 1992, concretándose a las actividades educativas que la asociación civil prestaba.

En la Parte 2 se maneja el marco teórico que sustenta el Reporte del Trabajo Profesional, dividiendo la información en tres capítulos:

- 2.1. La capacitación: su definición, objetivos, políticas y sus etapas.
- 2.2. La educación sobre VIH/SIDA, su importancia, sus objetivos, algunos elementos a considerar, su evaluación y la capacitación como parte de ésta. En este capítulo se retoma la experiencia de capacitadores que han realizado contribuciones importantes para la educación sobre VIH/SIDA.
- 2.3. El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA). La información se divide en dos bloques:
 - 1) Entendiendo al SIDA

2) Entendiendo a la persona que vive con VIH/SIDA

En la Parte 3 se da a conocer la Institución donde se realizó el Trabajo Profesional:

3.1. El Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido Contra el SIDA, A.C.: características de la asociación, su origen y antecedentes, objetivos, estructura y otros puntos que dan referencia del contexto. Además, se describe el papel del psicólogo dentro de ésta.

En la Parte 4 se presenta el "Modelo de Capacitación sobre SIDA" aplicado a CHECCOS:

4.1. Modelo de Capacitación: justificación, objetivo, políticas de la capacitación, metodología, evaluación y seguimiento.

En la Parte 5 se presenta una Evaluación Crítica y se desglosa de la siguiente manera:

5.1. Evaluación de logros obtenidos con el Modelo y su aplicación dentro del Comité; se plantea un análisis retrospectivo.

5.2. Sugerencias metodológicas, específicas para capacitadores, consideradas a partir de los defectos y virtudes de la experiencia obtenida a través de la aplicación de la capacitación dentro del Comité.

Las conclusiones y comentarios, se presentan en el Apartado 6, y se retoma la experiencia de la autora, contrastando las exigencias de las actividades realizadas, con diversos aspectos derivados de la formación académica.

Al final del reporte se agregan cuatro apartados:

- 1.- Un glosario de terminología en torno al VIH/SIDA.
- 2.- La bibliografía consultada y la sugerida.
- 3.- Apéndices.
- 4.- Anexo.

Finalmente, este Reporte de Trabajo Profesional pretende sensibilizar al profesional de la Psicología de la importancia que tiene su intervención dentro del trabajo en VIH/SIDA. El Modelo de capacitación puede servir como referencia para aquellas personas interesadas en esta pandemia; es perfectible y puede ser modificado, ampliado y adaptado según las características del público al cual vaya a ser dirigido.

1. ANTECEDENTES

En la ciudad de Vancouver, Canadá, se llevó a cabo la XI Conferencia Internacional sobre SIDA del 7 al 11 de Julio de 1996. Las cifras dadas a conocer en dicho evento, estimaron que para esas fechas, 21.8 millones de personas vivían ya con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y que 7,000 se infectan diariamente en el mundo. Desde el inicio de la pandemia más de 6 millones de personas han enfermado de SIDA, y 4 millones han fallecido a causa de esta enfermedad.¹

El panorama general de la epidemia representa lo alarmante de la situación. Las predicciones consideran que para el año 2000 más de 120 millones de personas en el mundo se habrán infectado por el virus del SIDA y que entre 30 y 40 millones tendrán la enfermedad.²

A nivel mundial, México ocupa el onceavo lugar en casos de SIDA. En un informe trimestral editado el 10 de Diciembre

¹ CONASIDA-Epidemiología. "La XI Conferencia Internacional sobre SIDA: Buenas noticias y nuevos retos". *SIDA/ETS*. (México). Agosto-Octubre de 1996. Vol 2, Num. 3. p. 129.

² "El SIDA en el mundo". *Siglo XXI*. Guadalajara, Jal. 12 de Febrero de 1997.

de 1995, cuyos responsables son la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportan que México ocupa el tercer lugar en Latinoamérica en casos de SIDA.³

El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), organismo oficial encargado del SIDA en la República Mexicana, en su Revista SIDA/ETS,⁴ reportó que hasta el primero de Octubre de 1996, el Registro Nacional de casos de SIDA contó con 29,195 casos en nuestro país, pero se estimó que el número real de casos en México era de 41,718 al corregir por subnotificación y retraso en la notificación.⁵

A nivel local la situación no es tan diferente. En el Estado de Jalisco se reportó que hasta Octubre de 1996, el total de casos acumulados era de 3,526 personas reportadas

3 División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles de la OPS. Vigilancia epidemiológica del SIDA en las Américas. Programa Regional de SIDA/ETS Informe trimestral. 10 de Diciembre de 1995. OPS/HCA/95.018.

4 CONASIDA-Epidemiología. Op. Cit.

5 CONASIDA-Epidemiología. Situación Epidemiológica del SIDA. Separata. Op. Cit. p. II.

como Casos de SIDA,⁶ lo cual coloca a la entidad en tercer lugar a nivel nacional (en razón a la tasa de incidencia por cien mil habitantes).⁷

El Departamento de Epidemiología de la Secretaría de Salud Jalisco⁸ reporta que de Enero a Diciembre de 1995 se detectaron 545 casos de SIDA (aunque durante ese lapso sólo se notificaron 355 casos), se concluye, por lo tanto, que diariamente hay más de un caso de SIDA, detectado, el promedio es de 45 casos al mes.

Ahora bien, los números reportados anteriormente representan sólo los casos de personas que ya han desarrollado SIDA (y únicamente son los registrados, faltaría considerar aquellos que no se han notificado). La OMS estima que en países como el nuestro, por cada caso de SIDA existen alrededor de 30 personas que viven con el virus y que no manifiestan síntomas de la enfermedad. Por lo tanto, si el

⁶ Comité Estatal de Vigilancia Epidemiológica (CEVE). "Boletín Mensual Epidemiológico VIH/SIDA". Octubre 1996. Sector Salud Jalisco.

⁷ CONASIDA-Epidemiología. Op. cit. p. IV.

⁸ Secretaría de Salud Jalisco. Departamento de Epidemiología. Doctor J. Baeza Alzaga. 107. Guadalajara, Jal. CP. 44100.

número acumulado de casos de SIDA en Jalisco es de 3,526, el número aproximado de personas que viven con el virus que causa el SIDA es de 105,780.

Los números nos indican sólo lo cuantitativo de la enfermedad, pero no muestran los estragos que esto significa: todo lo que a nivel individual, familiar, social, cultural, económico, por mencionar algunos aspectos, se ven trastocados ante la presencia de esta enfermedad.

El asunto más importante ahora, es encontrar las alternativas para enfrentar el presente, con el fin de que el futuro no sea tan devastador. Hasta la fecha no se ha encontrado vacuna y/o cura eficaz para el SIDA. Mientras una de estas posibilidades no se convierta en realidad, la única esperanza se centra en evitar la transmisión del VIH reforzando la prevención. Por lo tanto, la educación es, hasta el momento, la alternativa.

En un folleto de AIDSCOM, programa norteamericano que trabaja con organizaciones nacionales y locales para preparar y evaluar proyectos de comunicación para la prevención del SIDA y orientación al público en la materia, se afirma que:

La meta de la educación en el campo del SIDA es proporcionar información, servicios, productos y apoyo emocional que maximicen (sic) la capacidad de

una persona o una población para adoptar voluntariamente el comportamiento protector que proporcione la mayor seguridad posible. La educación eficaz en el campo del SIDA no debe limitarse a informar a la gente sobre lo que no debe hacer; debe ofrecer alternativas positivas y realistas que se concentren en aumentar y mantener los comportamientos de más bajo riesgo y proporcionar los servicios, bienes y apoyo necesarios para introducir y mantener dichos comportamientos...⁹

La AIDSCOM con el fin de ayudar a los planificadores de programas y educadores en el campo de la salud a diseñar un programa comprensivo de prevención del SIDA, propone cinco estrategias generales hacia la educación en el campo del SIDA, señalando que pueden emplearse por separado, o en combinación según se crea resulten de mayor eficacia. Los pasos a seguir en cada uno de los enfoques dependerá de los objetivos que se esperan alcanzar.

Los enfoques son:

- A.- Campañas nacionales de información acerca del SIDA.
- B.- Programas para establecer redes comunitarias e institucionales.

⁹ AIDSCOM. SIDA: Disminuir la transmisión del VIH a través de la educación y la comunicación. Folleto. (s.a). p. 2.

C.- Programas de apoyo para la modificación del comportamiento y apoyo psicológico/emocional acerca del SIDA.

D.- Programa de mercadeo de condones.

E.- Programas educativos sobre SIDA en los medios de comunicación.

Considerando las estrategias de promoción de la salud que presenta la AIDSCOM, se puede observar que engloba e involucra los diferentes "actores" dentro del escenario. El enfoque tiene alcances tanto a nivel micro, como a nivel macró.

Tomando como referencia lo propuesto por la AIDSCOM y comparándolo con lo que ocurre en nuestro país, se puede observar que no existe, en la práctica, algún proyecto que contemple estas cinco estrategias de intervención. Los programas son aislados y generalmente carecen de evaluación y seguimiento.

Por ejemplo, en la Ciudad de México se llevó a cabo una de las campañas más grandes sobre prevención del SIDA en nuestro país. En el Sistema de Transporte Colectivo METRO, a través de un acuerdo con el CONASIDA, se realizaron actividades masivas: módulos de información; colocación de

una serie de carteles con frases alusivas al SIDA, dirigidos al público en general; y áreas de exhibición de carteles tanto nacionales como internacionales. Al respecto; Aura Castro, especialista en Diseño Gráfico y educadora en SIDA, hace algunos comentarios:

La información manejada es atractiva y clara, sin embargo, la frase de la campaña, "El SIDA no es cuestión de suerte, sino de vida o muerte", aunado a una imagen como la del cartel aquí reseñado, no son los elementos propicios para una adecuada educación sobre SIDA.

Si bien esta campaña se proyectó en un lugar privilegiado (el Metro), con los elementos adecuados (carteles), su presencia no estuvo pensada para durar ya que una vez que se retiraron los carteles no apareció otra campaña que la renovara o la sustituyera...¹⁰

Además, en dicho cartel aparece otra frase: "No vayas a quedar pelón por echarte una cana al aire"; como podemos observar, la frase alude, con un mensaje velado, a la expresión sexo-erótico-afectiva de aquellas personas cuya opción es diferente a la fidelidad, utilizando una consigna;

* La imagen que menciona Castro es la mano de un esqueleto sosteniendo una baraja del juego "Lotería": La muerte.

¹⁰ Aura Castro. *El cartel sobre SIDA*. México, 1994. p. 44. Tesis (Licenciatura en Diseño Gráfico) Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Escuela Nacional de Artes Plásticas (ENAP).

sin embargo, aunque dicha frase pretende, supuestamente, prevenir el SIDA, lo único que consigue es crear y/o reforzar mitos y temores en la población sin realmente convencerla y provocar el cambio de actitudes y de comportamientos que aseguren la adopción de prácticas de protección, ya que no se proporciona la información necesaria sobre cómo protegerse.

Jesús Calzada, instructor-educador en programas de prevención del SIDA, y co-fundador de AVE de México (grupo de acción civil en lucha contra el SIDA) afirma que:

*Lo que necesitamos es implementar una educación preventiva que ayude a todos a manejar los impactos emotivos derivados de nuestras decisiones sexuales y sociales, que se han vuelto imperiosas frente a la crisis de salud, y esto sólo puede lograrse difundiendo una información amplia, vigente y objetiva sobre nuestra sexualidad accidentada por el SIDA, aún con riesgo de "ofender" a las "buenas conciencias" o de "irritar" a las autoridades oficiales...*¹¹

Para que las campañas sean de utilidad deben formar

¹¹ Jesús Calzada. "Sexo, mentiras y VIH". Consideraciones sobre la educación preventiva del SIDA. En: Lizarraga, X. (Comp.). Algunos pre-textos, textos y sub-textos ante el SIDA. Colección Cuicuilco. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México, 1990. p. 82.

parte de una estrategia integrada de prevención; sin embargo, la mayoría de ellas, al igual que muchas actividades "preventivas", se reducen sólo a dar información al público mediante spots de radio y televisión o a través de videos o pláticas. Si bien es cierto que las personas necesitan conocer lo básico sobre del SIDA, esto no es suficiente para lograr un cambio de actitudes y comportamiento en la gente.¹²

Además, con demasiada frecuencia dichas actividades no toman en cuenta las experiencias personales de los participantes, y su grado de comprensión de la enfermedad. Generalmente la información se limita a decirles qué hacer o qué no hacer, o repetirles lo que ya saben.

Si se va a dar educación a grupos específicos es importante generar un proceso de enseñanza-aprendizaje que favorezca la concientización del problema y que el participante aprehenda la información, que reconozca y revise sus actitudes hacia la enfermedad, la vida, la sexualidad, los riesgos, la muerte. Logrando este proceso se dará un cambio interno que permitirá que la persona no se sienta

¹² Sue Laver. Inserto especial sobre técnicas de enseñanza y capacitación. En: *Acción en SIDA*. AHRTAG/Colectivo Sol. México, Abril-Junio 1993. Núm. 19. p. i.

ajena al problema y además pueda convertirse en un agente de cambio en su comunidad, su familia y su sociedad.

Crear conciencia y capacitar multiplicadores de la información es lo "ideal" en la educación, sin embargo, ya en la práctica, muchas veces ocurre que las personas que recibieron alguna conferencia sobre SIDA se creen los grandes educadores sobre SIDA y, tratando de poner su granito de arena, comienzan a transmitir la información o a trabajar en la lucha contra el SIDA. Lamentablemente, al no tener una información amplia, actualizada, objetiva, y además, al no haber vivido un proceso de enseñanza-aprendizaje al respecto, los resultados no son del todo confiables.

Parris (1993) informa que:

(...) pese a que en conferencias dadas a enfermeras se habían abordado temas relativos a sexualidad, los prejuicios y las creencias religiosas, las actitudes en las enfermeras no habían cambiado en la práctica. Muchas temían ser estigmatizadas si tenían contacto con personas con SIDA y también de resultar infectadas con el virus. Mostraban una mayor simpatía hacia los niños VIH positivos y las personas infectadas a través de una transfusión sanguínea.¹³

¹³ Janey, Parris. "Aprendizaje a través de la experiencia". *Acción en SIDA*. Ibid. p. 2.

Y no es raro encontrar este tipo de actitudes, tanto en el personal de salud de instituciones públicas y privadas, como en voluntarios o profesionales que realizan actividades en asociaciones con trabajo en SIDA; prueba de ello fue lo encontrado en el Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido Contra el SIDA, A.C. (CHECCOS, A.C.) donde, al realizar una investigación para detectar necesidades, se observó directamente las actitudes del personal voluntario y la calidad de los servicios que brindaban al usuario.

Los resultados evidenciaron, entre muchas otras cosas, la necesidad de que el personal recibiera capacitación sobre SIDA; la mayoría de ellos habían ingresado a la Asociación sin recibirla y sus conocimientos se basaban en la lectura de uno que otro folleto, revista o libro y la consulta de algún video o programa de televisión.

Sólo había una psicóloga que impartía "capacitación" a voluntarios de nuevo ingreso, la cual consistía en mostrarle al interesado un video y al final abrir una sesión para resolver dudas.

Dichas actividades por lo general alcanzaban a cubrir cuatro horas de información general, y así, le asignaban

funciones, tales como atender la línea de información (operador telefónico), visitar enfermos o dar asesorías.

Evidentemente, una información tan escueta no es suficiente para poder brindar una atención adecuada y a fin de cuentas sólo es "preparar" "capacitadores" al vapor, repercutiendo así en una ínfima calidad en los servicios que se prestaban a la comunidad.

Contemplando el panorama que prevalecía en el Comité, se implementó un programa de Capacitación sobre SIDA, que no sólo favoreció el trabajo dentro de CHECCOS, sino también el trabajo estatal.

2.1. LA CAPACITACION

Existen diferentes enfoques en torno a la capacitación. En este apartado se expone específicamente el desarrollado por Mauro Rodríguez E., y Patricia Ramírez B., en su libro "Administración de la capacitación".¹

2.1.1. DEFINICION

Qué es la capacitación.- Capacitación (del adjetivo capaz, y éste, a su vez, del verbo latino cápere = dar cabida) es el conjunto de actividades encaminadas a proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades y modificar actitudes del personal de todos los niveles para que desempeñe mejor su trabajo.

Son los autores quienes manejan que el adiestramiento (del adjetivo diestro, y éste, a su vez, de la palabra latina dexter = derecho) es el conjunto de actividades encaminadas a hacer más diestro al personal, es decir, a incrementar los conocimientos y habilidades de cada trabajador de acuerdo con

¹ Mauro Rodríguez y Patricia Ramírez. *Administración de la capacitación*. Ed McGraw-Hill. México, 1991. pass.

las características del puesto de trabajo, con el fin de que lo desempeñe en forma más efectiva.

La capacitación y el adiestramiento representan un proceso permanente de aprendizaje, que fortalecen la superación personal, así como el mejoramiento de los grupos de trabajo, de las organizaciones y de la sociedad.

2.1.2. OBJETIVOS DE LA CAPACITACION

Rodríguez y Ramírez mencionan que se pueden definir los objetivos de la formación de recursos humanos dentro de la institución de la siguiente manera:

Elevar el nivel de eficiencia y satisfacción del personal a través de la actualización y perfeccionamiento de los conocimientos y habilidades; así como del desarrollo de actitudes necesarias para el buen desempeño del respectivo trabajo. Esto redundará en una elevación de la cantidad y calidad del trabajo, así como en la superación personal y en el mejoramiento del nivel socioeconómico de los individuos que integran la organización.

*En este contexto los esfuerzos de la capacitación deben dirigirse a disminuir, hasta eliminar, los problemas de la falta de conocimientos, habilidades o actitudes del personal, y que interfirieran en el logro de la máxima eficiencia.
(...)*

Si los programas de formación de recursos humanos no logran esto, significa que:

- No responden a las necesidades de la organización.*
- Los objetivos específicos no han sido debidamente señalados.*
- Los medios utilizados no fueron los adecuados.*

Capacitar por capacitar, hacerlo por cumplir, enviar a un curso a un empleado indeseado o al que no tiene qué hacer, es infructuoso, provoca un gran desperdicio de recursos y devalúa feamente a la capacitación...²

Los autores aclaran que no todos los problemas de una organización se resuelven con capacitación y mencionan que las fallas pueden deberse, por ejemplo, a:

- Sistemas de remuneración e incentivos injustos.
- Canales de información o de comunicación inadecuados.
- Mala organización del trabajo.
- Problemas de abastecimiento de materia prima.

Por lo tanto, la capacitación debe ir aparejada a la toma de decisiones para la solución de dificultades de tipo organizacional.

2.1.3. POLITICAS DE LA CAPACITACION

Para el establecimiento y definición de las políticas generales de la capacitación Rodríguez y Ramírez especifican que hay que responder concretamente a las preguntas: ¿qué

² Ibid. p. 52.

queremos y qué esperamos de la capacitación?, y ¿sobre qué lineamientos la tenemos que manejar en esta institución?

Al igual que los objetivos, las políticas deben establecerse considerando la totalidad de la organización y en concordancia con las normas en materia de administración de recursos humanos:

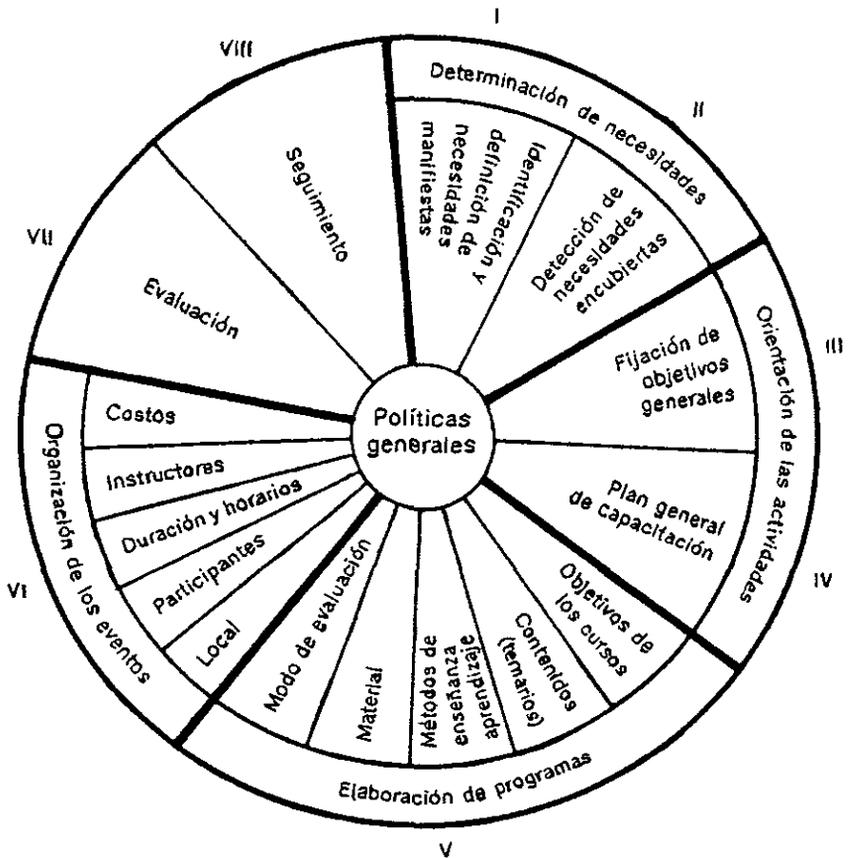
- Reclutamiento y selección de personal.
- Sistemas de sueldos y salarios.
- Prestaciones.
- Incentivos económicos.
- Promociones y ascensos.
- Sanciones y estímulos.

Las políticas deberán definir si se utilizarán instructores internos o externos, según se cuente con recursos propios o presupuestos. Asimismo definir si los eventos de capacitación se habrán de realizar dentro del horario de labores, o en tiempos mixtos.

2.1.4. ETAPAS DE LA CAPACITACION

Los autores describen la capacitación como un proceso a desarrollar en ocho etapas: las dos primeras etapas abarcan

el estudio de deficiencias reales o actuales; la tercera y la cuarta, la orientación general de las actividades de capacitación; la quinta, la elaboración de los programas; la sexta la organización de los eventos y las dos últimas una labor de reflexión y de mantenimiento sobre lo ya logrado.



2.1.4.1. DETERMINACION DE NECESIDADES

Pinto (1990) afirma que la determinación de las necesidades de capacitación es la parte medular del proceso de capacitación que nos permite conocer las necesidades existentes de la institución a fin de establecer los objetivos y acciones en el plan de capacitación, y dice:

Toda necesidad implica la carencia de un satisfactor. Cuando se mencionan las necesidades de capacitación, se refieren específicamente a la ausencia o deficiencia en cuanto a conocimientos, habilidades y actitudes que una persona debe adquirir, reafirmar y actualizar para desempeñar satisfactoriamente las tareas o funciones propias de su puesto.³

Con respecto al análisis de necesidades, Rodríguez y Ramírez expresan que hay que detectar cualquier diferencia cuantificable entre un "ser" (situación real) y un "deber ser" (situación esperada); entre el rendimiento exigido por un puesto y el de las personas que lo ocupan; o bien, entre el rendimiento debido y el previsible de las personas que van a ocupar el puesto.

³ Roberto Pinto. Proceso de capacitación. Ed. Diana, México, 1990. p. 59.

2.1.4.1.1. CLASES DE NECESIDADES

Son muy diversas y heterogéneas.

Desde el punto de vista de amplitud:

- Necesidades de la empresa (organizacionales)
- Necesidades de un área (ocupacionales)
- Necesidades de un trabajador (individuales)

Desde una perspectiva temporal:

- Necesidades urgentes
- Necesidades a corto plazo
- Necesidades de desarrollo a largo plazo

Desde la perspectiva de las raíces y orígenes de los problemas:

- Necesidades de conocimientos, de habilidades, y de actitudes
- Necesidades por carencia en las estructuras y políticas de la empresa
- Necesidades por carencias en el equipo material (instalaciones, máquinas, etc.)
- Necesidades en el renglón de salarios

De acuerdo con la naturaleza de las carencias:

- Necesidades de capacitación humanista y de capacitación técnica

2.1.4.1.2. PROPOSITOS Y TAREAS

La detección de necesidades se encamina a:

- Proporcionar bases para nuevos planes y programas en toda la empresa y en sus diversos sectores.
- Proporcionar bases para revisar y mejorar planes y programas ya existentes.
- Facilitar la toma de decisiones sobre distribución y asignación de los recursos disponibles para la capacitación y el adiestramiento: personal, dinero, equipo, material.
- Justificar, o bien, cuestionar la aplicación de recursos a ciertas necesidades prioritarias o supuestamente prioritarias.

La tarea más general es:

- Definir si las necesidades son de capacitación o específicamente de adiestramiento.
- Definir las prioridades de acuerdo con la importancia y la urgencia de las necesidades.

- Definir quiénes son las personas involucradas en diferentes modos y grados.

2.1.4.1.3. METODOLOGIA Y TECNICAS

Para describir lo que sería la metodología y técnicas Rodríguez y Ramírez sugieren que:

- Hay que partir de los "síntomas" porque, por definición, aún no se conocen los verdaderos problemas; y mantener bien clara la distinción entre los síntomas y los problemas.
- Enseguida hay que localizar las áreas críticas que más a fondo reflejan las "enfermedades" de la organización.
- Luego hay que seleccionar las fuentes de información y se define el modo de abordarlas.
- Se elaboran las herramientas para recabar la información recibida. Dichas fuentes y/o herramientas pueden ser:
 - * *Inventarios de recursos humanos; puede tenerlos la dirección de la empresa.*

- * *Inventario de habilidades del personal.* Por lo común es el jefe quien los llena. En el formato las habilidades pueden calificarse en escala de 1 (mal) a 5 (óptimo).

- * *Registros de observación directa,* el cual puede ser llenado por el investigador y tan sencillo como calificar en clave (MB = Muy bien, B = Bien, R = Regular y D = Deficiente), las habilidades a observar.

- * *Tarjetas de opinión.* A los participantes se les proporcionan tarjetas para que anoten cuáles son las prioridades de la empresa, de acuerdo a su propio criterio y que las jerarquicen.

- * *Encuestas a través de cuestionarios.* Se sondean los puntos de vista de algunos elementos del personal solicitando su respuesta a preguntas específicas.

- * *Entrevistas.* Mucha información sobre aspectos de la empresa se encuentra sólo en las mentes de algunos individuos. Al pedirles su información y su opinión se les da la oportunidad de analizar, meditar, ponderar, involucrarse, y se recaban datos

importantes para poder diseñar programas de capacitación muy actuales y realistas.

Las situaciones concretas sugerirán el tipo de preguntas que convengan:

- Dirigidas
- Semidirigidas
- Abiertas o libres.

- * *Corrillos*: son grupos de personas (entre cinco a diez personas, designando a un secretario y a un moderador), donde se les invita a proponer y examinar algunos aspectos de la problemática de la empresa, y eventualmente a opinar sobre las prioridades en materia de capacitación.
- * *Asambleas o grupos de lluvia de ideas*. Cuando se manejan reuniones grupales con la participación de directivos y mandos intermedios suelen ser de especial interés.
- * *Listas checables*: que ofrecen un popurrí de aspectos de la vida de la empresa, pidiendo al personal que señalen con una cruz los puntos que crean pertinentes. Por ejemplo:

- El área que actualmente sufre y causa más problemas es: (y se ofrecen opciones).

 - El bajo y notorio rendimiento del personal del departamento X se debe a: (y se ofrecen diferentes opciones).
- * *Registros de quejas.*
- * En general, *registros de experiencias* de la empresa.
- * Examen del *ambiente laboral físico*: estado de los edificios en cuanto a funcionalidad, espacio, luz, limpieza, clima.
- * Examen de las *normas de seguridad* y del modo en que se observan en los diferentes sectores y niveles de la empresa.

Para la aplicación de las herramientas, se presentan dos modelos, o más bien, dos polaridades:

1. El proceso centrado en el consultor y en los niveles de dirección:

- * Entrevistas a los jefes.
- * Cuestionarios a los jefes sobre las necesidades de capacitación de sus subalternos.
- * Análisis de las descripciones de puestos.
- * Análisis de las estadísticas de rendimiento y de otros aspectos.

2. El proceso participativo.

- * Pláticas con todo el personal.
- * Asambleas promovidas con el fin de investigar los problemas, las actitudes y las opiniones del mayor número de personas.

2.1.4.1.4. RECOLECCION E INTERPRETACION DE DATOS

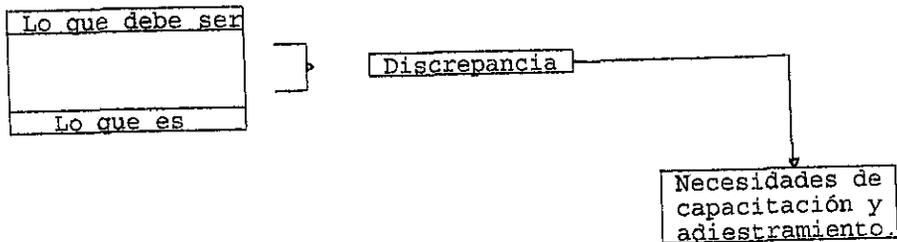
Los autores recomiendan que se concentre la información recabada en cuadros de tabulación que abarquen los aspectos que se consideran más importantes.

Las posibilidades de clasificación suelen ser muy variadas, por ejemplo:

- Estructuras afectadas.
- Personal afectado.
- Actividades que exigen capacitación.

- Problemas de fácil solución y problemas difíciles.

La operación desembocará naturalmente en un diagnóstico que pondrá de relieve la brecha existente entre los estándares ideales y la realidad en la empresa en el momento de que se trata y cuyo fin natural será un cuadro de las necesidades de capacitación.



Con el cuadro anterior se facilita el diagnóstico, el cual permitirá llegar a la conclusión de:

- Dónde se requiere la capacitación.
- En qué puntos precisos.
- Quiénes la requieren.
- Cuándo, con qué urgencia.

No existe un procedimiento fácil para hacer un diagnóstico de necesidades de capacitación. Cada situación exige su propia mezcla de observación, prueba, análisis y deducción.

2.1.4.1.5. INFORME FINAL

Informe para la institución:

Los autores sugieren que se realice un informe a la Dirección General de la empresa con el fin de que éste sea sometido a supervisión y se ratifique o rectifique.

Por supuesto que los elaboradores pueden hacerlo sugestivo y motivante.

Este informe cubrirá los siguientes puntos:

1. Una introducción.
2. La problemática.
 - a) La enumeración de los problemas.
 - b) Tipificación de los mismos.
 - c) Análisis causal.
 - d) Jerarquización.
 - e) Ambito de repercusión: población afectada; resultados afectados.
3. Actividades que piden capacitación.

2.1.4.2. ORIENTACION DE LAS ACTIVIDADES

Una etapa muy importante de la capacitación es la planeación. En ella, una vez que ya se tengan los resultados de la primera etapa, se deberán fijar los objetivos generales y construir un plan general de capacitación.

2.1.4.2.1. OBJETIVOS GENERALES

Se deben fijar los objetivos generales que se desprendan de la etapa anterior, considerando qué se quiere lograr.

2.1.4.2.2. PLAN GENERAL DE CAPACITACION

El plan general se estructura tomando como base la determinación de necesidades.

Ya que la empresa u organización es un conjunto de grupos ocupacionales constituídos por conjuntos de puestos, y éstos por un conjunto de actividades que están formadas por tareas, se puede decir que:

- un *Plan* satisface las necesidades de toda la empresa,
- un *Programa*, las de un grupo ocupacional,
- un *Curso*, las de un puesto,
- un *Módulo* las de una actividad.

Lo anterior sirve de base para estructurar los planes y programas respectivos que deben cubrir los siguientes requisitos:

- Referirse a periodos no mayores de cuatro años
- Comprender a todos los puestos y niveles e incluir a todo el personal
- Precisar las etapas
- Anotar los cursos o eventos a impartir y el periodo que comprenden
- Señalar el procedimiento de selección para determinar el orden en que serán capacitados los trabajadores
- Especificar el nombre de los agentes capacitadores
- Aclarar en qué se detectaron las necesidades de capacitación

2.1.4.3. ELABORACION DE PROGRAMAS

- Los programas de capacitación surgirán a partir de las dos etapas anteriores: detección de necesidades y orientación de las actividades.

- Su elaboración se llevará a cabo mediante la formulación de objetivos específicos, la determinación de prioridades, los recursos y los requerimientos y los costos que representa satisfacer las necesidades identificadas.

- Implica también decidir acerca de la forma en que la capacitación se va a realizar. Si se trata de cursos formales, habrá que señalar su contenido, duración, técnicas didácticas y tipo de instructores requeridos, o bien a qué instituciones será enviado el personal. Asimismo habrá que considerar fechas, número de participantes, etc.

Muchos fracasos en el terreno de la formación de recursos humanos, se deben a que la planeación es deficiente o de plano no se efectúa. Esta función bien realizada garantiza el éxito de los programas y nos dice si vale la pena o no invertir en ellos.

En la planeación también deberán diseñarse los instrumentos con que se evaluarán los resultados de la capacitación, si esto no se considera, no podrá saberse qué beneficios se obtuvieron. Aunque la función de evaluación propiamente dicha es parte final del proceso, se requiere establecer las bases antes de iniciar, a fin de poder efectuar comparaciones entre la situación anterior y la posterior a la capacitación.

Concretizando; la elaboración de planes y programas de capacitación, deberá realizarse cumpliendo con cinco pasos:

1. Redacción de objetivos.

2. Estructuración de contenidos.
3. Diseño de actividades didácticas: técnicas de enseñanza-aprendizaje.
4. Determinación de los materiales de apoyo.
5. Elaboración y/o determinación de instrumentos de evaluación.

2.1.4.3.1. REDACCION DE OBJETIVOS

Consiste en precisar las conductas que se pretenden de las diferentes personas, en determinadas condiciones. Hay que distinguir:

*** Las áreas terminales del aprendizaje:**

- Objetivos cognoscitivos.
- Objetivos de habilidades.
- Objetivos de actitudes.
- Objetivos de conductas externas.

*** Los niveles a los que se pretende llegar para el desempeño de los puestos.**

- Nivel de umbral.
- Nivel de actualización.
- Nivel de promoción; según lo que se trate de lograr:
 - + Un mínimo para que la persona pueda trabajar.

- + Ponerlo "al día" para un desempeño óptimo.
- + Prepararlo para un puesto más elevado.

*** El ámbito:**

- Objetivos generales.
- Objetivos particulares.
- Objetivos específicos.

*** La proyección temporal:**

- Objetivos a corto plazo.
- Objetivos a mediano plazo.
- Objetivos a largo plazo.

*** El carácter esencial o instrumental:**

- Objetivos terminales.
- Objetivos intermedios.

Además de precisos y claros, conviene que tengan las siguientes características:

- a) Redactados en forma inteligible para todos y cada uno de los interesados.
- b) En términos, no de las acciones del instructor, sino de las de los participantes.
- c) Preferiblemente en términos de conductas observables.

- d) Expresados en infinitivo o en la forma futura de los verbos correspondientes. Por ejemplo: "identificará", "resolverá", etc...

2.1.4.3.2. ESTRUCTURACION DE CONTENIDOS

Los contenidos consisten en los conocimientos, habilidades y actitudes que el sujeto debe adquirir para lograr los objetivos.

Una secuencia adecuada y progresiva de temas, facilitará enormemente el aprendizaje; un guión lógico y motivador es ya una buena síntesis y el mejor de los comienzos.

Muchas veces pueden combinarse el orden lógico y el orden psicológico.

Como una buena estrategia de apoyo puede conseguirse información para conocer cursos sobre el mismo tema y que hayan sido impartidos en otros lugares. No se trata de copiar fácilmente; pero sí de aprovechar las experiencias ajenas.

Una vez completado el temario, o tal vez durante su elaboración, conviene integrar los temas en unidades de aprendizaje o en módulos.

2.1.4.3.3. ACTIVIDADES DIDACTICAS: TECNICAS DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Las más conocidas y aplicadas, son:

- * Exposición.
- * Mesa redonda.
- * Corrillos.
- * Cuchicheo.
- * Estudio de caso.
- * Simposio.
- * Escenificaciones.
- * Foro.
- * Phillips 6/6.
- * Confrontación.
- * Entrevista.
- * Lectura comentada.
- * Torbellino de ideas.
- * Visitas guiadas.
- * Panel.
- * Juego de negocios.
- * Ejercicios de sensibilización.
- * Demostración física de objetos reales.
- * Ejercicios de imaginación-visualización.

La implementación de cada técnica dependerá de los objetivos a cumplir, del tamaño de grupo, así como también de las posibilidades y habilidades del mismo instructor.

Las diferentes técnicas podrán ser revisadas en textos específicos sobre Dinámicas de Grupo.

2.1.4.3.4. MATERIALES DE APOYO

Cumplen varias funciones en el proceso:

- * Explicar, demostrar, ilustrar.
- * Dar realce y colorido a la información.
- * Facilitar la comunicación del instructor con los participantes y de los participantes entre sí.
- * Acercar a los participantes lo más posible a la realidad y llevar ésta a ellos.

Los materiales más comunes y que gozan de mayor popularidad, se pueden dividir en tres apartados:

Visuales:

Pizarrón.	Láminas de rotafolio.
Franelogramas.	Posters.
Gráficas.	Acetatos.
Maquetas.	Objetos reales.

Auditivos:

Discos.	Audiocassettes.
---------	-----------------

Audiovisuales:

Películas.	Sonoramas.
------------	------------

La mayoría de ellos suponen un uso colectivo. Pero también los hay de uso individual: tales son, por ejemplo, las hojas impresas (fotocopias) con material de lectura y discusión.

2.1.4.3.5. INSTRUMENTOS DE EVALUACION

Serán diversos de acuerdo con la naturaleza de los diferentes eventos.

Un instrumento de evaluación es una serie de reactivos que llevan al participante a emplear la información, las habilidades y las actitudes aprendidas para la solución de determinados problemas.

Una prueba está bien hecha si sus reactivos corresponden a los objetivos y constituyen una buena muestra de los contenidos manejados durante el curso.

Areas a evaluar:

- * Conocimientos.
- * Habilidades.
- * Actitudes.
- * Conductas.

No necesariamente una prueba puede abarcarlos todos. El más difícil de evaluar suele ser el de las actitudes.

Instrumentos de evaluación:

- * **Pruebas de práctica:** para demostrar destrezas y habilidades psicomotrices. Una hoja de registro señalará el nivel mínimo de eficiencia requerido en los diversos renglones:

- Rapidez
- Calidad de ejecución
- Número de errores
- Seguridad

- * **Escalas estimativas:** para evaluar actitudes y conductas. Tal vez las más fáciles son las que intentan colocar al sujeto en un continuo en el que se señalan cinco puntos o momentos para cada reactivo:

- Nunca
- Rara vez
- Con frecuencia
- Casi siempre
- Siempre

- * **Pruebas verbales:** las hay de muchas formas:

- Selección de falso o verdadero
- Selección múltiple
- Complementación (llenar espacios blancos)
- Frases incompletas
- Preguntas abiertas

2.1.4.4. ORGANIZACION DE LOS EVENTOS

La organización es el puente entre la planeación y programación, por un lado, y la realización por el otro.

Organizar los cursos o eventos de la capacitación, representa en primer término comunicar a las áreas involucradas todo lo relativo a los programas, objetivos, fechas, contenido, duración, etc., asimismo integrar a los grupos, seleccionar a los instructores, o a la institución capacitadora, elegir el equipo y reproducir materiales, acondicionar las aulas y en general hacerse de los recursos humanos, materiales y financieros requeridos para la realización de los mismos.

Los principales factores a considerar serían:

1. Con respecto a los participantes:

- Criterios de selección
- Escolaridad

- Número
- Horarios de trabajo
- Edades
- Profesión

2. Con respecto al ambiente físico:

- Ubicación del local
- Iluminación
- Acústica
- Tamaño
- Ventilación
- Mobiliario

3. Con respecto a la duración:

- El total del curso o seminario
- La duración de cada módulo o sección del curso

Se pueden elaborar:

- Cronogramas
- Horarios
- Calendarios

4. Con respecto a los instructores:

- Búsqueda del aprovechamiento óptimo de los recursos internos, pero abriéndose con amplitud a la experiencia superior de los especialistas más conocidos dentro del medio.

El recurso a instructores externos se decide poniendo en la balanza:

- Las competencias especializadas y de alto nivel

- El prestigio de los instructores
- La necesidad de evitar la contaminación de gentes implicadas en los problemas que se viven en la empresa y la conveniencia, por tanto, de basarse en la acción de personas imparciales y "neutrales".

5. Con respecto a la atención durante el curso:

- Preparación de carpetas con el material para cada uno de los participantes.
- Diplomas o reconocimientos.
- Ambientación para recesos: algún refrigerio.

2.1.4.5. EVALUACION

A pesar de ser una función permanente dentro del proceso de capacitación, Rodríguez y Ramírez señalan a la evaluación por separado con el fin de que la persona que evalúe pueda ser imparcial respecto a la planeación y ejecución. Aclara que su misión consiste en forma genérica en:

- Realizar el análisis objetivo de los resultados obtenidos con la capacitación. Habrá que revisar desde la detección de necesidades, el cumplimiento de los objetivos, la organización de los cursos, el grado de aprendizaje de los

participantes y su aplicación al trabajo, así como la contribución a la solución de problemas organizacionales.

- Establecer un seguimiento y un sistema de retroalimentación que sirva para efectuar los ajustes a todo el proceso, de acuerdo con los resultados obtenidos.

2.1.4.5.1. SIGNIFICADO Y ALCANCES

La última fase del proceso, la evaluación, nos va a permitir medir el grado de cumplimiento de los objetivos. Aunque se considera la etapa final del sistema de capacitación y adiestramiento, sabemos que las bases para llevarla a cabo son parte integrante de la planeación. De hecho, en el diagrama de las etapas de la capacitación que presentan Rodríguez y Ramírez esquematizan todo el proceso en círculo, destacando entonces, que no se sabe cuál es la primera y cuál la última fase de dicho proceso.

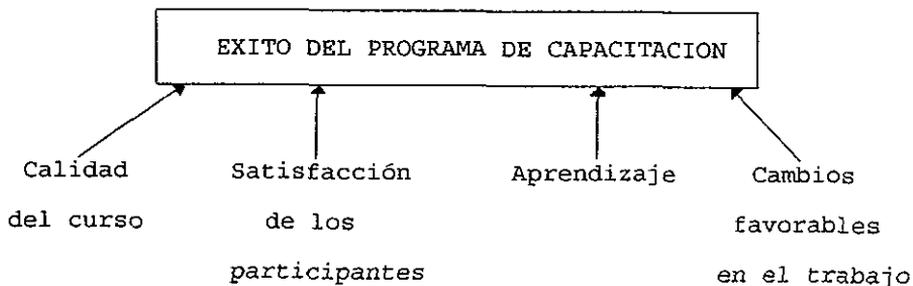
Determinar la efectividad de un programa de capacitación no significa nada si no sabemos qué esperamos lograr. En general, la evaluación nos va a proporcionar información acerca de:

- * La calidad del diseño de la organización y del desarrollo de los cursos
- * El cumplimiento de expectativas de los participantes y su opinión acerca de los eventos
- * El grado de conocimientos adquiridos, el incremento en el nivel de habilidades y/o la generación de cambios de conducta y de actitudes
- * Los resultados tangibles del programa en cuanto a la relación costo/beneficio

Los datos anteriormente anotados constituirán la base para realizar los ajustes de mejoramiento de los programas.

Se da entre ellos una interacción: la calidad del diseño de un curso y del instructor que lo imparte tiene impacto en los costos y en los resultados del mismo; estos resultados influyen también en el nivel de satisfacción de los participantes, (ver diagrama de la siguiente página); sin embargo, la relación entre ellos no es simétrica ya que los cursos más costosos no son necesariamente los mejores, ni los más baratos los peores, tampoco los que producen mayor satisfacción son los que ofrecen mejores resultados; por lo que se requiere el análisis de cada uno de ellos y el estudio de su interdependencia.

La reciprocidad puede diagramarse así



Cualquier decisión que se base en una sola fuente de información es poco confiable y difícilmente podrá ofrecer la respuesta adecuada para el mejoramiento de la capacitación. No es conveniente decidir cambios basados en meras opiniones, aun cuando éstas sean las de los participantes o de alguien que se autoevalúe como "experto".

La evaluación es una tarea difícil, que pese a ello debe ser continua y constante.

2.1.4.5.2. PROCEDIMIENTOS DE EVALUACION

Se han establecido cuatro aspectos a evaluar:

- a) El diseño y organización del evento
- b) La reacción de los participantes
- c) El grado de aprendizaje en sus tres esferas:

- Cognoscitiva.

- Psicomotriz.

- Conductual.

d) Los resultados en el desempeño laboral.

a) Diseño administrativo:

El procedimiento para la evaluación del programa de capacitación consiste en determinar desde el punto de vista metodológico y normativo, qué es lo que debió hacerse considerando todos los elementos que conforman el diseño y la organización del curso. Se le da un peso a cada factor, de acuerdo a la importancia que tenga. Así el evaluador compara lo que debió hacerse contra lo que realmente se hizo, y a esto se da una calificación.

A manera de ejemplo, a continuación se señalan algunos aspectos a considerar:

1. Diagnóstico de necesidades.

- a) Si este diagnóstico fue realizado

- b) Técnicas utilizadas

2. Objetivos del curso.

- a) Claridad

- b) Relación con las necesidades

3. Contenido del curso.
 - a) Relación con los objetivos
 - b) Estructura lógica

4. Técnicas de aprendizaje utilizadas.
 - a) Adecuación a los objetivos
 - b) Utilización correcta

5. Medición del aprendizaje.
 - a) Confiabilidad de las técnicas de medición
 - b) Validez de las mismas

6. Materiales.
 - a) Calidad
 - b) Oportunidad en su entrega
 - c) Acierto en su uso

7. Aulas.
 - a) Iluminación
 - b) Ventilación
 - c) Sonido
 - d) Comodidad

8. Selección de los participantes.
 - a) Bien relacionada con el trabajo

b) En respuesta a deficiencias laborales

9. Comunicación del evento.

a) A los jefes

b) A los participantes

10. Control de participantes.

a) En el aula

b) Administrativo interno

b) Reacción:

Medir la reacción de los participantes es conocer el grado en que disfrutaron del programa y en que lo sintieron beneficioso para su vida personal y desempeño laboral.

Este aspecto es el que ha sido evaluado con mayor frecuencia. Es relativamente sencillo, pero en muchas ocasiones la técnica que se utiliza no es la correcta, bien sea porque se elaboran preguntas que sugieren la respuesta, o por que se permite al participante contestarlas todas en igual forma (muy bien, bien, mal) sin reflexionar en cada una de las cuestiones.

Una técnica bastante útil es la encuesta de actitudes que se formula tomando en cuenta lo que se quiere investigar

y utilizando escalas de respuesta que permitan discriminar varios grados de satisfacción:

Por ejemplo:

Opciones de respuesta:

Totalmente de acuerdo	Medianamente de acuerdo	Ligeramente de acuerdo
6	5	4
Ligeramente en desacuerdo	Medianamente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
3	2	1

Ejemplo:

- | | |
|--|---------|
| + Con respecto al instructor: | Puntaje |
| - Aclara todas las dudas planteadas..... | 3 |
| - Yo sentía confianza de preguntar al instructor.. | 1 |
| - El instructor iniciaba las sesiones con un
resumen de lo visto el día anterior..... | |
| + Con respecto a la organización: | |
| - Recibí los materiales con oportunidad..... | |
| - Las sesiones se desarrollaron a la hora
establecida..... | |
| - Me comunicaron con tiempo que asistiera a
este curso..... | |

La extensión de este tipo de encuestas y su contenido variarán de acuerdo a las necesidades de cada organización y de cada curso. En algunos, se analizará la utilización de ayudas audiovisuales, en otros el grado de aplicabilidad práctica de los conocimientos impartidos, etc.

Lo importante es formular reactivos adecuados relacionados con los aspectos a evaluar.

En ocasiones ésta es la única forma de evaluación del curso. Los autores insisten, que aunque la opinión de los participantes es imprescindible para la evaluación integral de la función de la capacitación, no debe ser la única; y agregan que se necesita saber si aprendieron algo, si la actitud de ellos cambió gracias al programa y si estos cambios repercuten a nivel laboral y organizacional.

c) Aprendizaje:

- El aprendizaje puede darse y medirse en cuatro campos:
- + Cognoscitivo.....Pruebas objetivas de conocimientos
 - + Psicomotor.....Pruebas de habilidad
 - + Actitudinal.....Escala de actitudes
 - + Conductual.....Guías de observación de la conducta

Las posibilidades de desarrollar instrumentos específicos para conocer el grado de aprendizaje son variados, pero en todo caso deben tenerse en cuenta las siguientes consideraciones:

- 1.- El aprendizaje debe ser medido de tal manera que los resultados puedan expresarse cuantitativamente.
- 2.- La evaluación debe realizarse antes y después del adiestramiento o la capacitación.
- 3.- Deben utilizarse métodos lo más objetivos posible.
- 4.- Conviene disponer de un grupo control que no sea sometido a la capacitación o adiestramiento para compararlo con el grupo sujeto a la capacitación, o bien establecer cualquier otro diseño experimental o cuasiexperimental que ayude a comparar.
- 5.- Los resultados de la evaluación se procesarán estadísticamente a fin de poder establecer algunas correlaciones.

Como puede observarse, aplicar un examen de conocimientos al finalizar el programa del curso, no basta

para saber el grado de aprendizaje de los participantes. Si no conocemos cuánto sabían antes, no podemos saber cuánto aprendieron.

d) Resultados:

La medición de resultados implica conocer la relación entre los costos y los beneficios de los cursos de capacitación. Por lo tanto, por un lado deben tenerse registros de análisis de costos respecto a:

- + Gastos de instrucción
- + Impresión de materiales
- + Papelería
- + Sueldos del personal del área de capacitación (en términos de horas-hombre invertidas)
- + Otros. Dependiendo del curso en particular, pueden incluir viáticos, bibliografía, horas-hombre de los participantes cuando su asistencia al curso repercute en producción de bienes, etc.

Una vez determinado el costo real, se compara con lo presupuestado y se obtiene la diferencia y porcentaje que representa.

Por otro lado es importante conocer la aplicación de los conocimientos o habilidades adquiridas al desempeño del trabajo, y los cambios de actitud que se observen en las labores cotidianas.

Este análisis significa que se conoce la forma ideal en que debe desempeñarse el puesto (análisis y valuación de puestos) y el nivel de rendimiento o productividad del participante en el curso.

A falta de esta información, la visión de los resultados será parcial y poco objetiva.

En general, los beneficios pueden repercutir en:

- La cantidad y la calidad de la producción
- Los tiempos de producción
- La disminución de desperdicios
- El mejoramiento del ambiente de trabajo.

2.1.4.6. SEGUIMIENTO

Hay que establecer un seguimiento y un sistema de retroalimentación que sirva para efectuar los ajustes a todo el proceso, de acuerdo con los resultados obtenidos.

Es evidente que las repercusiones que se desprendan de la implementación de la capacitación no podrán observarse de inmediato, por lo que se recomienda realizar el análisis en varias etapas; a los tres meses, seis meses y al año posteriores a la capacitación.

La información proporcionada por estos índices debe ser en términos cuantitativos a fin de darle un tratamiento estadístico y obtener correlaciones.

La utilidad de la información dependerá también de la oportunidad con que se dé y de las alternativas de acción que se propongan para resolver los problemas identificados.

Estos análisis nos van a proporcionar la relación de costo-beneficio. Sin embargo, los resultados no son contundentes; deben analizarse a la luz del contexto laboral.

Finalmente cabe señalar que el futuro de la capacitación depende en alto grado de la evaluación y del uso provechoso que se le dé.

2.2. EDUCACION SOBRE VIH/SIDA

En este capítulo se mencionan las directrices: educación sobre SIDA y educación sanitaria, como parte de la guía para lograr una buena capacitación en el área de prevención.

2.2.1. IMPORTANCIA DE LA EDUCACION SOBRE VIH/SIDA

Se ha demostrado que en algunos contextos donde la salud pública ha considerado a la educación y a la información como las estrategias más importantes, se ha logrado la desaceleración de la epidemia.¹

2.2.2. OBJETIVOS

La educación sobre SIDA tiene por objeto específico prevenir la transmisión del VIH. En el campo de la educación para la salud se busca producir estrategias que fomenten el autocuidado, minimizando comportamientos que conducen al riesgo.

¹ Jaime Sepúlveda. Prólogo a la edición en español. En: Sepúlveda, Jaime., et al: *SIDA. Su prevención a través de la educación: Una perspectiva mundial*. Ed. Manual Moderno. México, 1993 (c 1993). p. XV

La información es una condición necesaria pero insuficiente para la modificación de la conducta. No sólo se debe informar, sino persuadir. Esto es indispensable para que se adopte y se sostenga la conducta de autoprotección.

2.2.3. ELEMENTOS A CONSIDERAR

COMPORTAMIENTO SANITARIO²

Dentro de la Educación Sanitaria, entre las múltiples dimensiones de los programas de promoción de la salud, se contemplan algunos elementos que permiten influir en las personas para que modifiquen su comportamiento logrando así prevenir que el SIDA se propague:

- 1) El elemento racional, basado en el conocimiento. Las personas necesitan saber:
 - a) qué clase de enfermedad es,
 - b) cómo se transmite o no se transmite,
 - c) cuánta probabilidad hay de infectarse y
 - d) qué pueden hacer para evitar la infección.

² Population Reports. Educación sobre el SIDA: Un buen comienzo. Serie L. No. 8, Septiembre 1989. Maryland USA. p. 8.

2) El elemento emocional, basado en la intensidad de las actitudes o los sentimientos. Las personas necesitan sentirse en una situación de vulnerabilidad intensa y personal ante la enfermedad, ante una obligación anímica hacia el comportamiento que les ayude a evitarla, manifestar comprensión por los ya afectados, y un interés por proteger de la enfermedad a los que aman. Las emociones pueden ser negativas, basadas en el temor o en el enojo, o positivas, basadas en el amor o en la esperanza de ser recompensado.

3) El elemento práctico, basado en la habilidad personal necesaria para el mantener un comportamiento sin riesgo. Las personas necesitan practicar el comportamiento con competencia y seguridad, ya se trate del uso de condones, la renuncia a múltiples compañeros(as) sexuales, o la modificación de las prácticas sexuales (la opción de la abstinencia o de la fidelidad) o del consumo de drogas.

4) El elemento interpersonal, o la red social. Las personas necesitan relacionarse con otras y recibir el apoyo -de la familia, los grupos de compañeros o colegas, las comunidades, asociaciones de trabajadores, o de reuniones especiales- que faciliten el conocimiento, las emociones y la práctica que refuercen los cambios saludables.

5) El elemento estructural, o el contexto social, económico, jurídico y tecnológico en el cual tiene lugar el comportamiento. Las personas necesitan tener acceso a los productos y servicios necesarios (como condones y análisis de sangre) y vivir en un ambiente en que el comportamiento más seguro se facilite, se acepte, e incluso se considere habitual, al tiempo que se ponen trabas al comportamiento que les conduzca al riesgo.

2.2.4. EVALUACION³

La evaluación es especialmente importante en los programas de educación sobre el SIDA. Aunque se emplean distintos términos, hay tres tipos de evaluación. Cada uno de ellos apropiado para las diferentes clases de objetivos: 1) proceso, 2) efectos y 3) resultados.

La evaluación del proceso, llamada también evaluación del producto y supervisión, suministra información sobre la ejecución del programa.

³ Ibid. p. 22.

La evaluación de los efectos considera cómo influyen los programas en el conocimiento, actitud y comportamiento del público destinatario.

La evaluación de los resultados mide los efectos concretos del programa en la salud. En todas las evaluaciones de los efectos y los resultados se establecerán mediciones antes de iniciado el programa y después de éste, estableciendo los lineamientos para el seguimiento.

METODOLOGIAS DE EVALUACION

Casi todos los programas de prevención del SIDA han empleado uno o más de los siguientes métodos de evaluación:

1. **Observación.** La simple observación es fundamental en el proceso de evaluación, y también puede emplearse en la evaluación de los efectos.

2. **Grupos de enfoque o entrevistas a fondo.** Los grupos de enfoque son discusiones estructuradas con 8 a 10 personas típicas del público destinatario de los programas. Un moderador capacitado dirige la discusión del grupo sobre temas tales como la actitud hacia los condones o las creencias acerca de la prevención del SIDA a fin de

compenetrarse de lo que piensan y sienten los participantes. Los grupos de enfoque son muy útiles para crear y probar de antemano los mensajes.^{4,5}

3. **Las encuestas** con las que se entrevista a los integrantes resultan útiles para la evaluación del proceso y de los efectos. En las encuestas se hacen preguntas para saber si conocen, recuerdan y comprenden los mensajes sobre la prevención del SIDA y sobre el conocimiento, la actitud y las prácticas relacionadas con el SIDA, incluido el comportamiento sexual y el uso de condones. Mediante las encuestas pueden también identificarse conceptos o actitudes erróneas que necesitan abordarse en futuros programas.

4. **Examen de los ficheros o documentación de los programas.** Las estadísticas sobre las llamadas telefónicas de consulta sobre el SIDA, las visitas a las clínicas para obtener

4 United States. Department of Health and Human Services (DHHS). Making PSAs work: TV-radio: a handbook for health communication professionals. Bethesda, Maryland, DHHS, Apr. 1984. 66 p. Cit. por *Population Reports*. Loc. cit. p. 22.

5 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) GLOBAL PROGRAMME ON AIDS. AIDS. health promotion: guide for planning. Geneva, WHO. April, 1989. 39 p. Cit. por *Population Reports*. Loc Cit. p. 22

orientación y los pedidos de pruebas para determinar la presencia de anticuerpos contra el VIH indican los efectos sobre la solicitud de información o servicios.

5. **Venta o distribución de condones.** Las tendencias en este sentido pueden indicar modificaciones de comportamiento. Si están cuidadosamente diseñados, dichos indicadores pueden determinar incluso quién obtiene los condones y cuáles son los lugares de distribución preferidos.

6. **Examen de las estadísticas sobre enfermedades de transmisión sexual.** Estas estadísticas sirven de medición sustitutiva de las tasas de infección por VIH. Pueden reflejar los efectos del programa en el tipo de actividad sexual que contribuye a transmitir el VIH.

7. **Vigilancia de las tasas de infección por VIH.** Las encuestas pueden aplicarse a determinados grupos: empleados de un hospital, amas de casa, trabajadoras sexuales, etc., y así observar las variaciones registradas por la infección con el tiempo y pueden, por lo tanto, indicar los efectos y resultados de un programa en el estado de salud.

Los planificadores y capacitadores deben elegir los métodos de evaluación que resulten más apropiados y factibles

para los objetivos y la situación de los programas. Lo mejor suele ser una combinación de investigaciones cuantitativas en gran escala y de investigaciones cualitativas en menor escala.^{6,7}

2.2.5. CAPACITACION SOBRE VIH/SIDA

La capacitación toma gran importancia al ser considerada como primordial dentro de los programas de prevención del VIH/SIDA.⁸

» Por la rapidez con la que se propaga el VIH, es indispensable dar capacitación a más personas para que éstas, a su vez, se conviertan en multiplicadoras de la información.

⁶ Wawer, M. (Center for Population and Family Health, Columbia University) <AIDS prevention research in Uganda: project design and evaluation>. Personal communication. May 12, 1989. Cit. por Population Reports. Loc cit. p. 22.

⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), and UNITED KINGDOM. AIDS prevention and control; invited presentations and papers from the World Summit or Ministers of Health on Programmes for AIDS Prevention. Geneva and Oxford, WHO and Pergamon Press, Jan. 1988. 192 p. Cit. por Population Reports. Loc. cit. p. 22.

⁸ Acción en SIDA. No. 19, Abril-Junio 1993. Reino Unido, México, Appropriate Healt Resource and Technologies Action group LTD/ Colectivo Sol. p. 8.

El propósito de formar capacitadores es contribuir a reforzar los recursos humanos que ayuden a cumplir con los objetivos de la educación sobre VIH/SIDA.

2.2.5.1. EL PROCESO DE CAPACITACION

Los capacitadores pueden ser los profesionales de la salud, las personas que prestan servicios sociales, los líderes comunitarios, educacionales y religiosos,⁹ las personas que viven con VIH/SIDA, sus familiares, amigos, así como todas aquellas personas interesadas en el área.

Antes de decidir implementar cualquier estrategia de intervención hay que determinar las necesidades del grupo o institución donde se pretende incidir.

En el campo de la promoción de la salud contra el VIH y el SIDA, esta etapa será definitiva para lograr darle a la comunidad lo que realmente necesita.

⁹ *Population Reports*. Op cit. p. 21.

ELABORACION DE CURSOS DE CAPACITACION

Los contenidos de la capacitación dependerán de las necesidades detectadas en los participantes; si ellos ya han trabajado en VIH/SIDA hay que investigar las dificultades que han experimentado en su labor; las necesidades locales y/o institucionales a fin de elaborar los objetivos a cubrir.

En la elaboración de programas se sugiere que se parta de lo general a lo específico; es decir, desde la información básica sobre VIH/SIDA, hasta cuestiones específicas de prevención y atención, según sea el nivel al cual se espera llegar al concluir la capacitación.

La(s) estrategia(s) de intervención, dependerá(n) de los objetivos que se deseen alcanzar. Se puede planear desde un curso básico sobre VIH/SIDA, hasta cursos de actualización o capacitación en áreas específicas; por ejemplo: Amigos acompañantes, capacitación sobre consejería pre-post al examen de detección de anticuerpos anti-VIH, etc.

El grado de profundidad, amplitud, cuestionamiento y desglose del mismo dependerán de los objetivos a cubrir y de las características específicas del grupo y sus integrantes.

Para lograr que los participantes cubran el perfil como **multiplicadores de la información**, las actividades dentro de la capacitación se enfocarán a que estos adquieran conocimientos y habilidades referente a:

* La información en torno al VIH/SIDA: tanto los aspectos básicos, como los médicos, históricos, legales, psicosociales y sexuales, de manera que puedan educar correctamente a otros.

* Información sobre aspectos preventivos y cómo motivar a las personas para que adopten un comportamiento de autoprotección.

* La información sobre el proceso psicoafectivo que vive una persona impactada por el VIH/SIDA y cuáles son las alternativas de apoyo que existen en su comunidad para así poder canalizar (por ejem. grupos de auto-apoyo y/o atención médica especializada).

* Cuáles son las otras fuentes de información, apoyo y servicios para la población en general (por ejem. clínicas donde se pueden realizar el examen de detección de anticuerpos anti-VIH, asesorías previas al examen, etc).

Las actividades, las técnicas de enseñanza-aprendizaje, el material educativo y las estrategias de evaluación de la capacitación deben desarrollarse o adaptarse específicamente para quienes participan en el curso, para el ambiente en el cual trabajan y para los objetivos especificados.

La capacitación debe incluir actividades que incrementen el conocimiento de las personas sobre el VIH/SIDA, mejoren sus destrezas comunicativas y técnicas y les ayuden a explorar sus sentimientos sobre el sexo, la responsabilidad hacia los otros, la compasión y la muerte. También se les debe ayudar a planear su trabajo futuro, a aumentar su confianza y compromiso para poner en práctica lo que han aprendido durante la capacitación.¹⁰

Parte de las habilidades que un capacitador debe aprender a desarrollar es el escuchar a los otros y relacionarse con ellos mostrando empatía y respeto, ya que tan importante es el ser capaz de explicar la infección por VIH, las vías de transmisión y las medidas preventivas, como el lograr crear confianza para abrir la comunicación con las demás personas.

Lo anterior puede lograrse aplicando técnicas

¹⁰ Acción en SIDA. No. 19, Abril-Junio 1993. Reino Unido, México, Appropriate Health Resource and Technologies Action group LTD/ Colectivo Sol. p. 1.

participativas, que permitan desarrollar habilidades comunicativas, empleando por ejemplo: los psicodramas, estudio de casos, intercambio intenso de ideas y otras actividades en las cuales puedan anticiparse a posibles situaciones que encontrarán los capacitadores y que les ayudarán a comprender sus propias actitudes, prejuicios y creencias en torno al trabajo en VIH/SIDA.

Al involucrarse en un proceso de enseñanza-aprendizaje donde se posibilita el autoconocimiento y la autoconfrontación, los mismos participantes necesitarán herramientas para ayudarse a enfrentar las maneras en que el VIH/SIDA pueden afectar su vida, tanto en lo profesional como en lo privado.

La elaboración de una estrategia de acompañamiento a los participantes, donde se ofrezca apoyo consecutivo, debe formar siempre parte de un curso de capacitación. Esto puede significar la creación de un grupo de apoyo para ellos y a la vez una capacitación futura sobre cómo puede manejarse el autoapoyo a través del aconsejamiento recíproco, basándose en sus propias experiencias.

Las actividades psicoeducativas facilitan el aprendizaje cuando se favorece una experiencia vivencial, pues retroalimenta el proceso personal.

APLICACION DE LA CAPACITACION

Recomendaciones

Transmitir la información a otros implica una gran responsabilidad ya que ésta se va a ver matizada por los propios conocimientos, percepción y actitudes que el capacitador tenga hacia el VIH/SIDA; si ha vivido o no un proceso de capacitación donde haya adquirido información lo suficientemente documentada, amplia, con criterios vigentes y desprejuiciados y la visión objetiva de que el SIDA es un problema de salud pública que requiere de una intervención interdisciplinaria.

Es necesario que a través de la capacitación se promueva una cultura donde la imagen que las personas tienen del VIH/SIDA, favorezca las actitudes solidarias hacia el enfermo, así como hacia las alternativas de prevención que posibiliten la autoprotección, reforzando el respeto a la diversidad, la tolerancia y la no discriminación, fomentando la cultura del respeto a los derechos fundamentales: la

educación, la salud y la autodeterminación, por ejemplo, contribuyendo así a ser parte de la solución y no parte del problema.

El capacitador debe tener conocimientos y habilidades para abordar francamente los diferentes temas relacionados al VIH/SIDA. La información la debe transmitir de tal manera que llegue a los receptores en forma clara y directa, manteniendo abiertas las líneas de comunicación, permitiendo la discusión y el diálogo.

Es importante detectar la percepción que las personas tienen sobre la problemática del VIH/SIDA. Si se conceptualiza como "nuestro problema", será "nuestro compromiso"; y si se percibe como "su problema", será "mi indiferencia". Hay que detectar si ambas respuestas conllevan o no a una actitud peyorativa.

Jonathan M. Mann (1993) señala que:

Los programas avanzados expresan una perspectiva global y hacen hincapié en la solidaridad, y aunque pueden tener una connotación moral, ésta no es peyorativa, sobre todo en lo que se refiere a personas que ya viven con el VIH (por

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

ejemplo no se menciona a "víctimas inocentes").¹¹

Al utilizar el término "víctimas inocentes" se crea su contraparte: "víctimas culpables", depositando así una carga de juicio de valor. El mismo instructor debe revisar su propio lenguaje con el fin de evaluar si dentro de éste utiliza términos subjetivos o peyorativos.

La terminología vaga que típicamente se utiliza (por ejemplo, "contacto sexual" y "líquidos corporales") o con matices valorativos: "promiscuo" o "sidoso", crea confusión y se convierten en un filtro en la comunicación, contribuyendo así a perpetuar mitos en torno al VIH/SIDA. Por lo tanto, un lenguaje explícito y claro, más directo, ayudará a la comprensión de la enfermedad y de su prevención.

Ahora bien, puesto que el VIH/SIDA despierta cierto temor en algunas personas; en otras, indiferencia; y en algunas más, agresión; hay que detectar la razón de dicha reacción, con el fin de crear estrategias que favorezcan

¹¹ Jonathan M. Mann. "Promoción de la salud contra el SIDA: Una tipología". En: Sepúlveda, Jaime., et al: op cit. p. 12-16.

actitudes positivas que permitan la apertura a la información y a la autoprotección.

Al dar información sobre VIH/SIDA, al hablar por ejemplo de cómo se transmite el virus por vía sexual, es necesario que esta información se vincule con recomendaciones de protección personal contra el VIH. Cuanto más explícita sea la información mayor será la posibilidad de que las personas detecten su propio riesgo y se protejan.

Tomando en cuenta que existe la diversidad sexual se deben brindar opciones para que el mismo escucha determine cuál es la mejor alternativa para su autoprotección: la abstinencia, la mutua fidelidad, el sexo seguro (relaciones sexuales sin penetración) o la utilización de implementos que disminuyen el riesgo de la transmisión del VIH por vía sexual (como el condón masculino y/o el femenino).

Existen dificultades especiales para que determinados auditorios blanco respondan a este tipo de mensaje. Por ejemplo, grupos en los que debido a sus creencias religiosas no están de acuerdo con el uso del condón; o grupos de mujeres que sí están de acuerdo en su utilización pero que existe la dificultad de planteárselo a su pareja por el temor al rechazo o la discriminación.

Para enfrentar estas dificultades se recomienda buscar el tipo de lenguaje y mensaje que ayude a que en dichos grupos se abra la comunicación, evitando que por no comprender su propio estilo de vida se cierren los canales de comunicación y se abra una brecha entre el grupo blanco y el capacitador, repercutiendo esto en el incumplimiento de los objetivos de la educación sobre VIH/SIDA.

La táctica del temor en la comunicación NO implica el cambio de comportamiento que conduzca hacia la prevención. La persuasión y la motivación, además de los elementos utilizados en la Educación Sanitaria, son los que ayudarán a favorecer un cambio de comportamiento y actitudes ante el VIH/SIDA.

MOTIVACION

Se sugiere que la persona encargada de la capacitación motive al grupo, es decir, que induzca a la acción. Debe provocar el interés por el tema y movilizar la actitud. Al respecto Pilar Nájera y cols., (1993), agregan:

La motivación actúa en el campo afectivo y por ello es preciso conocer la relación entre las creencias de los educandos y su sistema de valores, es decir, hasta qué punto aquellas están ancladas en valores importantes para ellos. La relación basada en el respeto y el desarrollo de la capacidad de empatía pueden contribuir a la discusión y aclaración de estas creencias, ligándola a otras necesidades o deseos del individuo. El espíritu de diálogo, el

esfuerzo por conocer sus valores y analizar su situación ¹²facilitará el aporte de ideas motivadoras.

APOYO

En nuestra conducta las actitudes y expectativas de las personas que nos rodean ejercen una gran fuerza. Cualquier cambio de actitud o comportamiento, despierta la aprobación o el rechazo de las mismas, incluso, antes del cambio pueden verse matizadas por el qué diran los demás.

El educador debe estar consciente de estos hechos y tratar de remover las barreras psicológicas y sociales del entorno y, por otra parte, movilizar el apoyo social tanto psicológico como material en el interior del grupo, como parte del proceso de crecimiento grupal como para el mantenimiento del cambio de actitudes y solidaridad.

ORGANIZACION DEL CURSO DE CAPACITACION

La agrupación de los participantes:

El desarrollo del curso de capacitación depende de varios factores: de la clase de personas que se espera

¹² Pilar Nájera., et. al., "Actuaciones en España". En Sepúlveda, Jaime, et. al. Op. cit. p. 274.

agrupar; de las horas (durante el día o la noche) en que se pueden reunir, y de otras circunstancias parecidas.

Un curso de capacitación puede organizarse en las facultades, en las asociaciones civiles, en clínicas, etc., donde se pueda reunir individuos interesados en el tema.

El tamaño del grupo:

Hay que asegurar el número necesario de participantes. Se recomienda que los grupos lo conformen entre 25 a 30 personas. Si esto no es así se corren los siguientes riesgos:

1) Si hay demasiada gente, algunos no podrán intervenir en los momentos debidos perdiendo la oportunidad de hablar, y probablemente esto repercuta en su propio proceso personal y educativo dentro del curso.

2) Si el grupo es demasiado pequeño, no ofrece atractivo ni interés. Con la agravante de que los grupos demasiado pequeños tienden a convertirse en excesivamente familiares.

3) Se recomienda que a todos aquellos que asisten al curso se les sensibilice de la importancia que para ellos (tanto como para los otros integrantes del grupo) tiene su

asistencia y el participar activamente en cada una de las sesiones programadas.

En busca de instructores:

En el trabajo en SIDA hay muy pocas personas debidamente capacitadas; por lo tanto se sugiere que los organizadores busquen a las personas concretas que posean conocimientos especializados acerca del tema que se pretende desarrollen. Cualquier persona puede dar un tema, sí, claro, pero en la lucha contra el SIDA no podemos darnos el lujo de que el ponente en vez de informar refuerce mitos sobre los diferentes aspectos que trastoca el SIDA, y que probablemente con sus comentarios pueda crear confusión o culpa destruyendo así la vida de alguno de los participantes.

En cada Estado existen tanto Organizaciones No Gubernamentales (ONG'S) como Gubernamentales dedicadas al SIDA, y que, de igual manera, habría que conocer el enfoque que maneja la institución, y en particular el ponente a invitar, con el fin de que su intervención dentro del curso sea de calidad y se logre cubrir objetivos.

Promoción de la capacitación:

Es conveniente anunciar el evento a través de boletines y convocatorias, trípticos o carteles promocionales.

a) La convocatoria debe ser explícita e informar claramente la naturaleza del Curso de Capacitación sobre SIDA, de manera que los interesados sepan con exactitud de qué se trata y qué es lo que se espera de ellos en las sesiones, debe contener, por lo tanto, el objetivo general.

b) En la convocatoria debe constar claramente el nombre y la dirección del centro en que se va a celebrar el Curso, así como las fechas y el horario del mismo. Indicando de igual manera el número de teléfono, de modo que las personas interesadas puedan obtener mayor información, o puedan inscribirse con anticipación, en caso de que sea un requisito. Es recomendable que así sea pues se ahorra tiempo el día de la apertura del Curso.

2.3. EL SINDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

El objetivo de este capítulo es brindar información general sobre aspectos básicos, médicos, históricos, legales, sexuales, psicosociales y preventivos en torno al VIH/SIDA.*

Para dar cumplimiento a este objetivo, se presentará la información en dos bloques: 1. información general en torno al VIH/SIDA y 2. el proceso psicoafectivo por el que atraviesa una persona al saber que vive con el virus que causa el SIDA.

2.3.1. ENTENDIENDO AL SIDA

El SIDA se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial, en donde convergen factores económicos, sociales, culturales, familiares, sexuales, etc. Es una enfermedad relativamente nueva de la cual se han hecho investigaciones de valiosa trascendencia que han permitido

* Nota: Como cada día se genera una gran cantidad de información sobre VIH/SIDA, esto podrá hacer que los datos que se manejan en este reporte, puedan ser a corto, mediano o largo plazo, información caduca que requerirá una revisión periódica con el fin de efectuar los cambios que aseguren la actualización y ampliación de la información.

que se generen nuevas estrategias de acción en el campo de la investigación, la prevención, la atención y los derechos humanos fundamentales.

El Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) en nuestro país, considera que: "es difícil caracterizar al SIDA en México de manera global, pues existen a lo largo del país regiones que, por la magnitud del problema y los patrones epidemiológicos que las distinguen, indican la existencia de diversas subepidemias".¹ En términos generales, el CONASIDA reporta que el SIDA en México presenta un gran crecimiento hacia la heterosexualización y a la ruralización, y que la transmisión sanguínea se encuentra bajo control.²

Es importante que todos nos informemos y nos capacitemos en torno al VIH/SIDA, ya que de esta manera podremos enfrentarnos a esta enfermedad con las herramientas necesarias y adecuadas que nos permitan actuar de manera eficaz en el ámbito personal, familiar y profesional.

¹ CONASIDA-Epidemiología. Situación Epidemiológica de las ETS. SIDA/ETS. (México)-Separata 1996; Vol. 1 Núm. 3: p. I.

² CONASIDA-Epidemiología. Idem.

Nadie está exento de poder adquirir el VIH; sin embargo, todos estamos en posibilidades de minimizar el riesgo de contraerlo, he ahí la importancia de que todos contemos con información sobre la enfermedad.

La cantidad de personas que viven con VIH/SIDA aumenta la probabilidad de que en muy corto tiempo no veamos al SIDA como algo lejano sino que posiblemente esté ya en nuestro entorno inmediato.

Por la posibilidad de adquirirlo, por la probabilidad de estar viviendo cercanamente esta realidad (ya sea porque algún amigo, familiar o incluso uno mismo vive con VIH/SIDA), ¡y porque realmente el SIDA existe! se hace indispensable conocer los adelantos en la investigación en torno a los diferentes aspectos que trastoca esta enfermedad.

2.3.1.1. ASPECTOS BASICOS

QUE ES EL SIDA

SIDA significa Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. Es una enfermedad donde las defensas del cuerpo disminuyen, condición que facilita que otros microorganismos entren a él

y provoquen una serie de problemas que no se manifestarían si el sistema inmunológico estuviera en buen estado.

AGENTE CAUSAL DEL SIDA

El SIDA es causado por un virus denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). De hecho, el SIDA es la última fase de la infección por el VIH.

Existen dos tipos de virus: el VIH-1 y el VIH-2. Las características más importantes del VIH, (tanto del Tipo 1 como del Tipo 2), son las siguientes:

-El VIH es celular específico, es decir, solamente se adhiere a ciertas células que contienen receptor CD4.

-El VIH es especie específico, es decir, este virus es exclusivo de la especie humana (he ahí la razón de su nombre: Virus de la Inmunodeficiencia Humana).

-El VIH pertenece al grupo de los Retrovirus, lo que significa que en vez de almacenar su programa genético en ADN (ácido desoxiribonucleico), como la mayoría de los virus, usa ARN (ácido ribonucleico).

-Este virus pertenece a la familia de los Lentivirus, lo cual lo caracteriza por ser muy lento en su actuar y hace que las manifestaciones en el cuerpo se presenten mucho tiempo después de haberse adquirido el virus.

-Se dice que el virus es un parásito de la célula por que una vez que entra a ella su única función es la de replicarse dentro de ésta utilizando el material genético de su célula huésped.

-El VIH es muy lábil ante el medio ambiente. La capa externa del virus es muy frágil y esto hace que fuera del cuerpo y fuera de la célula éste se inactive fácilmente. Aunque el VIH es frágil fuera del cuerpo, es notablemente resistente a los fármacos una vez que está dentro de éste. Esto sucede porque puede reproducir un componente clave de la maquinaria genética de su célula huésped. Este fenómeno, que no se observa en otros retrovirus, se llama TAT, y acelera la reproducción del virus del SIDA, proceso que finalmente permite la destrucción del sistema inmunológico del cuerpo.³

³ Discover. *Cómo el virus toma el mando*. Tr. de AVE de México. Dic. 1985.

MECANISMO DE INFECCION

- 1.- Al entrar en el torrente sanguíneo, el VIH "detecta" a los linfocitos T4, las células blancas de la sangre que sirven como controles maestros del sistema inmune del cuerpo.
- 2.- Usando diversos marcadores químicos que tiene en su superficie, el VIH se une con facilidad a un receptor (CD4) en la superficie de la célula T4.
- 3.- Luego el virus entra en la célula T4, despojándose de su envoltura de proteínas que lo protege y exponiendo su núcleo, que contiene ARN.
- 4.- El VIH tiene una enzima denominada transcriptasa inversa la cual transcribe el ARN del virus en ADN, que la célula huésped trata como si fuera suyo y lo inserta en sus cromosomas.
- 5.- Una vez activado el ADN viral, instruye a la célula T4 para hacer copias del virus, que se desprenden surgiendo de la superficie del T4. Finalmente la célula huésped muere.

COMO SE TRANSMITE EL VIH

El VIH no se "genera" o "nace" en una persona; es decir, cualquier individuo no por el hecho de ser *Ser Humano* tiene ya el virus, más bien, tiene la posibilidad de adquirirlo, la condición es que el VIH tenga acceso a éste a través de una vía de entrada.

En una persona que vive con el VIH/SIDA, es decir, en una persona que ya tiene el virus, los fluidos considerados potencialmente infectantes son, a saber:

En hombres:

- Líquido preeyaculatorio.
- Líquido eyaculatorio.

En mujeres:

- Fluidos vaginales.
- Líquido eyaculatorio.
- Sangre menstrual.
- Líquido amniótico.
- Leche materna.

En ambos sexos, independientemente de su edad:

- Sangre.
- Líquido pericárdico.
- Líquido cefalorraquídeo.
- Líquido peritoneal.
- Líquido pleural.
- Líquido sinovial.

Para que pueda darse la transmisión necesariamente estos fluidos deben tener una vía que les sirva de acceso para entrar a un huésped.

VIAS DE TRANSMISION DEL VIH

A) La Vía Sanguínea:

Cualquier práctica donde se comparta y/o intercambie la sangre contaminada, por ejemplo, las transfusiones sanguíneas, compartir objetos punzo-cortantes y el trasplante de órganos, son prácticas de riesgo.

B) La Vía Perinatal:

Una mujer que vive con el VIH puede transmitírselo a su hijo(a): durante el embarazo, (a través de la placenta); durante el parto (a través del contacto con la sangre y los fluidos vaginales); y/o durante la lactancia (por medio de la leche materna).

C) La Vía Sexual:

Las relaciones sexuales consideradas como "prácticas de riesgo" son aquellas en las que existe el intercambio de fluidos sexuales: las prácticas orales, anales o vaginales, donde no se utilicen implementos de protección sexual que eviten que los fluidos penetren al

cuerpo a través de puertas de entrada: como las mucosas expuestas: boca, vagina, ano, pene y glande.

Durante una relación sexual sin protección es frecuente el intercambio de fluidos sexuales cuando hay penetración, ya sea con pene, dedos o juguetes sexuales.

COMO NO SE TRANSMITE EL VIH

El VIH no se transmite a través de las lágrimas, sudor, saliva y orina, por lo tanto NO existe la más mínima posibilidad de adquirir el virus por contacto casual (abrazar, saludar, estornudar, toser, etc.) ya que no están presentes las condiciones para la transmisión. De igual manera no existe riesgo al compartir vasos, cubiertos u otros utensilios que hayan sido usados por personas que vivan con VIH o SIDA.⁴

⁴ SHANTI. *Manual de apoyo práctico*. Para compañeros voluntarios. s.a. p. 11.

ALTERNATIVAS DE PROTECCION**A) Vía Sanguínea:**

La transfusión de sangre debidamente analizada, libre del VIH; la autotransfusión; utilizar objetos punzocortantes de uso exclusivamente personal o esterilizados y/o desinfectados.

B) Vía Perinatal:

Una mujer que vive con el VIH puede decidir evitar el embarazo; si ya está embarazada puede tomar medicamento antiretroviral para reducir el riesgo de infección hasta a un 8%; evitar la lactancia materna.

C) Vía Sexual:

La abstinencia sexual; la mutua fidelidad; la adopción del Sexo Seguro (prácticas sin penetración: besos, abrazos, caricias); y/o la adopción del Sexo Protegido (prácticas con penetración donde se utilicen implementos de protección sexual que eviten el intercambio de fluidos sexuales: p. ej. condón masculino, condón femenino, guantes de latex, diques dentales y dedales).

2.3.1.2. ASPECTOS MEDICOS

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

El rápido crecimiento de conocimientos sobre la infección por el VIH así como la gran variabilidad de signos y síntomas, ha creado la necesidad de utilizar un sistema de clasificación de las manifestaciones clínicas, es por lo anterior que en 1986, el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta de los E.U.A. (CDC) clasifica a la infección en cuatro categorías generales o estadios de la infección:

I. Infección aguda.- Estadio que comprende desde el momento de la infección por VIH hasta la aparición de anticuerpos contra el virus. Etapa generalmente asintomática. Duración: entre ocho a doce semanas.

II. Infección asintomática.- Estadio que se caracteriza por la ausencia de signos y síntomas, pero con la presencia de anticuerpos. Generalmente esta etapa comienza desde la seroconversión (aproximadamente a las doce semanas después de que el VIH entra al organismo), hasta la aparición de los primeros signos y síntomas asociados a la deficiencia inmunitaria. El periodo puede variar de entre cinco a diez años, incluso hasta más.

III. **Linfadenopatía generalizada persistente.**- Inflamación de los ganglios linfáticos. Las manifestaciones clínicas se deben a que el cuerpo se está defendiendo del VIH.

IV. **SIDA.**- Estadío final de la infección por el VIH. Período donde se presenta un conjunto de manifestaciones clínicas como máxima expresión de la infección viral, con la presencia de enfermedades constitucionales, neurológicas, infecciosas (llamadas oportunistas) y/o cánceres secundarios entre otros.

El SIDA es la forma grave de la infección por el VIH. Se manifiesta por la aparición de infecciones severas causadas por microbios llamados "oportunistas" y también por algunas variedades de cánceres como el sarcoma de Kaposi. Otras manifestaciones, sobre todo neurológicas, también pueden formar parte del cuadro clínico.

Las personas que han sido infectadas por el VIH no desarrollan necesariamente el SIDA. La OMS estima que en el espacio de 10 años el 60% de las personas seropositivas evolucionan hacia el SIDA, el 20% presentan manifestaciones menores de la enfermedad y el 20% permanecen indemnes a toda sintomatología.⁵

⁵ Luc Montagnier. "SIDA. Los Hechos, la Esperanza". OMS. Instituto Pasteur. Barcelona, 1a. ed. en castellano, 1993. (c. 1993) p. 27.

DETECCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

La infección comienza cuando el VIH entra en el torrente sanguíneo, desencadenando una reacción inmunológica para el desarrollo de anticuerpos que pueden ser detectados en sangre, en algunas personas de dos a ocho semanas después del comienzo de la infección, en la mayoría de las personas alrededor de los tres meses y en una pequeña minoría pueden ser detectados en seis meses o más (los llamados inmunosilentes). Al periodo que transcurre entre el momento de la infección, hasta el momento en que ya hay la cantidad suficiente de anticuerpos para ser detectados por el examen, se le conoce como *Periodo de Ventana*. En este periodo, aunque el resultado del examen salga negativo, la realidad es que la persona tiene ya el virus en su cuerpo, pero aún no ha pasado el periodo de ventana.

Pruebas de Detección.

La infección por VIH puede detectarse por medio de:

1. Métodos directos.- Para detectar la presencia del virus.
2. Métodos indirectos.- Para detectar los anticuerpos que son producidos por el sistema inmunológico ante la presencia del virus.

Lineamientos para el diagnóstico.

- Tener los resultados de las pruebas de detección.
- Hacer una buena exploración clínica.
- Realizar algunos otros exámenes de laboratorio.

Atención clínica temprana.⁶**Objetivos:**

- a) Diagnosticar precozmente las enfermedades relacionadas con el VIH y administrar el tratamiento adecuado.
- b) Realizar profilaxis primaria en los casos que corresponda.
- c) Establecer el momento oportuno para iniciar un tratamiento antiretroviral.

Alternativas de tratamiento.

Existen medicamentos antiretrovirales (como el AZT, el DDI, el DDC, y algunos inhibidores de la proteasa), que al

⁶ *División de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles de la OPS. Pautas para la atención clínica de la persona adulta infectada por el VIH. Programa Regional de SIDA y ETS. 1994. p. 10-3.*

combinarse y administrarse de manera oportuna, han demostrado ser un tratamiento eficaz, no la cura, para el SIDA. Sin embargo, causan efectos secundarios graves que pueden limitar sensiblemente su eficacia como tratamiento a personas sintomáticas y asintomáticas. Además, la falta de pautas claras para la atención clínica conduce a establecer diagnósticos inexactos, a planificar incorrectamente los recursos y, por ende, a tratar inadecuadamente al paciente.⁷

Es por todo lo anterior que se recomienda que el paciente reciba un tratamiento integral donde se contemplen tanto la esfera física como la psicológica y social.

2.3.1.3. ASPECTOS HISTORICOS⁸

Los primeros cinco casos de SIDA fueron dados a conocer en el año de 1981 en los Estados Unidos Americanos. En esos momentos no se tenía idea de cuál era esa enfermedad ni qué la causaba.

⁷ Ibid. p. vi.

⁸ Vid. Dominique Lapierre. *Más grandes que el amor*. Ed. Planeta/Seix Barral. México, 1990 (c 1990). 396 p.

Es hasta el año de 1982 que el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta de los E.U.A., define clínicamente al SIDA como: aquella enfermedad caracterizada por infecciones oportunistas y enfermedades malignas en pacientes sin una causa conocida para inmunodeficiencia.

En Mayo de 1983 se identifica por vez primera a un retrovirus como el agente etiológico del SIDA. Las primeras investigaciones fueron realizadas por el Dr. Luc Montagnier, en Paris; seguido un año después por el Dr. Roberto Gallo en lós E.U.A.

Es en el año de 1985 cuando se desarrolla el análisis de sangre para detectar anticuerpos contra el VIH por medio de técnicas inmunoserológicas.

En Mayo de 1986, el Comité Internacional sobre Taxonomía de virus, denominó a este retrovirus como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En 1986 se descubre un segundo retrovirus que al igual que el anterior produce la inmunodepresión. A este virus se le denomina Virus de la Inmunodeficiencia Humana-2 (VIH-2), y al descubierto por el francés Luc Montagnier en el año de 1983 Virus de la Inmunodeficiencia Humana-1 (VIH-1).

2.3.1.4. ASPECTOS LEGALES

Ya se han tomado algunas medidas legales⁹ con vistas a eliminar la transmisión del virus por vía sanguínea:

a) Con fecha 22 de mayo de 1986 se publicó en el *Diario Oficial* una norma técnica para el control de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, disponiendo la realización obligatoria de pruebas para detectar sangre contaminada por VIH en todo el país (artículo 14).

b) Con fecha 27 de mayo de 1989 se publicó en el *Diario Oficial* un decreto que modifica diversos artículos de la Ley General de Salud (LGS), entre los que destacan los numerales 332, 333, 462 y la edición del 462 bis. Dichos artículos disponen que la sangre humana sólo podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente, y que en ningún caso podrá ser objeto de actos de comercio; se requerirá permiso previo de la Secretaría de Salud para poder introducir o exportar sangre al o del país, y, por último, se

⁹ Cuadernos del Instituto de investigaciones jurídicas. *El SIDA. Régimen jurídico*. UNAM. Año IV. No. 12. México, Septiembre-Diciembre, 1989. p. 480.

incluyó como conducta punible el que ilícitamente obtenga, conserve, utilice, prepare, suministre y comercie con tejidos de seres humanos.

Por otro lado, como consecuencia de las reformas hechas a la Ley General de Salud publicadas el 27 de mayo de 1987, el SIDA fue incluido en la lista de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica (artículo 134); asimismo, se ordenó la notificación inmediata de los casos en que se detecte la presencia del virus o de anticuerpos al mismo (artículo 136). A partir del 7 de Julio de 1986 es motivo de notificación inmediata los casos de VIH/SIDA.¹⁰

La Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana¹¹ señala al respecto que la notificación deberá hacerse a la autoridad sanitaria más cercana, según la Norma para la Vigilancia Epidemiológica vigente.

¹⁰ Ibid. p. 481.

¹¹ Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. NOM-010-SSA2-1993. *Diario Oficial de la Federación*. México, 17 de Enero de 1995, pp. 37-51.

La notificación es responsabilidad del médico tratante pero no así de laboratorios ni de otras personas que tuvieran acceso a la información.

La notificación de casos de VIH/SIDA se hará de manera confidencial. Su objetivo es contar con la información necesaria para establecer las medidas de prevención y control de enfermedades transmisibles, y debe proteger al afectado contra daños a su honorabilidad y dignidad, por lo que no debe comunicarse a otras personas o autoridades, excepto las directamente responsables de la vigilancia epidemiológica, sin menoscabo de la orden judicial.

La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA deberá realizarse considerando, tanto las necesidades de prevención y protección de la salud de las enfermedades transmisibles, como el respeto a la dignidad de los afectados, que comprende su derecho a la igualdad, confidencialidad, privacidad y no discriminación, actitud que deberá promoverse entre el personal que labora en las Instituciones de Salud.

2.3.1.5. ASPECTOS SEXUALES

EL SIDA, ACCIDENTE EN LA SEXUALIDAD

Una de las vías de transmisión del VIH es la vía sexual, lo cual hace indispensable retomar todo aquello que nos permita entender el vínculo Sexualidad-VIH/SIDA.

Xabier Lizarraga, antropólogo y sexólogo comenta:

(...) el SIDA no es sólo un fenómeno biológico, bioquímico y/o médico. (...) El SIDA se significa, de manera importante, como un accidente en la sexualidad y, por tanto, como un fenómeno que afecta en más de un aspecto a la cotidianidad no sólo social sino también de experiencia y personal; es decir, el comportamiento de los individuos.¹²

El vínculo sexualidad-SIDA (...) es una realidad que exige su análisis formal y profundo. Es ya un imperativo urgente que se reconozca públicamente que no es posible elaborar ninguna estrategia profiláctica ni campañas preventivas realmente eficaces, si se desconoce la realidad sexo-comportamental de los individuos y las poblaciones a que van dirigidas.¹³

¹² Xabier Lizarraga. "Investigación en torno a sexualidad y SIDA". En Lizarraga, X. (comp.). Algunos pretextos, textos y subtextos ante el SIDA. Colección Cuicuilco. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México, 1990. p. 19.

¹³ Xabier Lizarraga. Ibid. p. 20.

Para hablar del SIDA es necesario contemplar el tema de sexualidad y todo aquello que la conforma: el sexo biológico, el rol sexual, la identidad sexo-genérica, la identidad sexo-erótica-afectiva, además de las expresiones comportamentales, recordando que la sexualidad se ve matizada por la cultura, la época, la religión, la familia, la historia personal, y muchos otros factores.¹⁴

El vínculo Sexualidad-VIH/SIDA debe ser considerado no sólo como un fenómeno biológico sino también psicológico, cultural, social, afectivo, antropológico, etc.

En la realidad sexo-comportamental-afectiva de los individuos encontramos que existen prácticas de riesgo, independientemente de si ocurren entre personas de ambos sexos (hombres y mujeres) o entre personas del mismo sexo (hombres con hombres y mujeres con mujeres), no importando la edad, el estado civil, la religión, y/o cultura de los y/o las participantes.

¹⁴ Vid. Juan Luis Alvarez-Gayou. *Sexoterapia Integral*. Ed. El Manual Moderno. México, 1986 (c. 1986). 430 p.

Las expresiones de la sexualidad son diversas, y van a estar matizadas por múltiples factores, por lo que, tanto para prevenir el SIDA como para fomentar una cultura de autocuidado, atención, y respeto a la diversidad sexual, es recomendable considerar todos estos factores, reconociendo que la sexualidad contiene una amplia gama de expresiones, opciones y opiniones y que se deben brindar diferentes alternativas de protección que posibiliten la adopción de una de ellas, de acuerdo a las propias necesidades y posibilidades individuales, de pareja, de cultura, favoreciendo así una mayor autodeterminación y autoprotección que disminuya el riesgo de contagio y por lo tanto que repercuta favorablemente en la prevención del SIDA.

2.3.1.6. ASPECTOS PSICOSOCIALES

Es bien sabido que la historia del SIDA, sus antecedentes en torno al descubrimiento, sus vías de transmisión, sus formas de prevención y demás características específicas de la pandemia han generado una respuesta social cargada de patrones culturales, sociales, ideológicos que han permeado su respuesta ante este evento.

Las catástrofes siempre despiertan respuestas de desconcierto y algunas veces inmovilización ante el impacto.

Generalmente la colectividad, ante el desconcierto, choca entre sí y genera patrones de comportamiento disímiles, hasta que encuentra una estabilidad y una forma más eficaz de enfrentarse a la catástrofe.

Desafortunadamente esto se ha manifestado en la pandemia del VIH/SIDA. Las diversas respuesta masivas demuestran el impacto que ha generado en la colectividad: algunos le llaman el mal del siglo, la peste negra, etc., y ésto genera miedo, rechazo, repulsión, actitudes desencadenadas ante el miedo de algo que parece estar fuera de control.

Ya ha pasado más de una década y desgraciadamente se mantiene, en ciertos sectores, esta visión de la pandemia, esto ha acarreado que dichas actitudes se refuercen negativamente, fomentando la fobia, no tanto al SIDA sino a las personas que viven con VIH/SIDA.

Roberto Castro, Jefe del Departamento de Ciencias Sociales y Educación para la Salud, del Instituto Nacional de Salud Pública, en México, afirma que los prejuicios, manifestados como una actitud negativa, se reconocen por el grado en que se manifiestan:

El primer grado es la anti-locución o rechazo verbal. En el caso de los homosexuales y de los enfermos de SIDA, este grado de prejuicio parece

ampliamente generalizado en la población. El segundo grado es el esquivamiento o la tendencia a evitar a una persona. El tercer grado es la discriminación propiamente dicha, o la tendencia a excluir (del trabajo, de la escuela, de un lugar público, etc.) a ciertas personas.

Los siguientes dos grados de prejuicio están estrechamente vinculados con actitudes altamente agresivas y, por ende, son más peligrosos que los tres anteriores. En efecto, el cuarto grado tiene que ver con el ataque físico y el quinto con el exterminio de una población o grupo.¹⁵

El miedo y el prejuicio han creado conductas como la discriminación y la "culpabilización" al enfermo. De igual manera, estos se manifiestan al querer crear "Sidarios" para encerrar a las personas que viven con VIH/SIDA, además, querer que todo mundo se realice la prueba de detección.

Una de las estrategias para combatir el miedo y los prejuicios es la información veraz, documentada y no valorativa sobre el VIH/SIDA y la sexualidad, con el fin de lograr un cambio de actitudes que nos asegure fomentar una respuesta que favorezca que la sociedad tome al SIDA como algo que a todos nos corresponde. Que cualquiera puede estar

¹⁵ Roberto Castro Pérez. Aspectos psicosociales del SIDA: Estigma y prejuicio. *Salud Pública*. México. Julio-Agosto de 1988. Vol. 30. No. 4. p. 629.

en riesgo de contagio independientemente de nuestra edad, estado civil, preferencia sexual, etc.

Las personas con VIH/SIDA sufren el dolor de vivir en esa condición. Es nuestra sociedad la que puede ayudar a disminuir el impacto de la pandemia, somos cada uno de los integrantes de ella quienes debemos promulgar que el impacto psicosocial del SIDA pase ya a una fase de estructuración y cambio donde aceptemos la realidad y nos involucremos a un proceso donde se combata la ignorancia, los prejuicios, el rechazo, la discriminación, y que juguemos un papel más trascendente dentro de lo que ahora nos tocó vivir.

2.3.1.7. ASPECTOS PREVENTIVOS

La información y la educación son los medios necesarios para ayudar a prevenir la propagación del VIH, pero resultarán ineficientes si no van acompañados de medidas y actitudes que protejan los derechos humanos y la dignidad de las personas vinculadas al SIDA de una u otra manera, evitando la discriminación, el rechazo y la marginación.

La Norma Oficial Mexicana¹⁶ dispone:

1.- La prevención de la infección por VIH se debe realizar con toda la población, además de llevarse a cabo acciones específicas dirigidas a los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección y al personal de salud.

2.- La prevención general de la infección por VIH se llevará a cabo a través de la educación para la salud y la promoción de la participación social, orientadas ambas a formar conciencia y autorresponsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que todos ellos proporcionen facilidades y colaboren en actividades de promoción de la salud, cuidado y control de la infección.

3.- En materia de educación para la salud, las acciones estarán orientadas a:

- a) Informar sobre la infección por VIH como problema de salud pública y su trascendencia;

¹⁶ Norma Oficial Mexicana para la prevención, Op cit. pass.

- b) Orientar a la población sobre medidas preventivas y conductas responsables, para reducir la probabilidad de contraer el virus de la inmunodeficiencia humana;
- c) Instruir a la población acerca de las medidas personales para prevenir esta infección; y
- d) Alentar la demanda oportuna de atención médica entre personas que viven con VIH o con SIDA.

4.- En materia de participación social:

- a) Sensibilizar a la población para que permita el desarrollo de acciones preventivas y de control;
- b) Invitar a personal de salud, maestros, padres de familia, organizaciones, clubes y grupos deportivos y grupos de la comunidad a que colaboren en actividades educativas y de promoción;
- c) Capacitar al personal de salud con el objeto de sensibilizar y mejorar la atención a las personas que viven con VIH/SIDA;

- d) Promover la intervención activa de las organizaciones de la comunidad, en actividades relacionadas con el control de la infección por VIH o SIDA;
- e) Procurar la integración y capacitación de otros grupos sociales, en acciones concretas de educación y detección;
- f) Consolidar la participación activa de los diversos grupos sociales en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades preventivas; y
- g) Educar al personal de salud para reducir el riesgo de transmisión del VIH ocurrida por instrumental, procedimientos y productos utilizados en áreas médicas y odontológicas.

5.- Las medidas fundamentales para la prevención de la infección en la comunidad, son las siguientes:

- a) Informar respecto a la magnitud y trascendencia del problema de salud pública que representa la infección por VIH;

- b) Difundir ampliamente información sobre los mecanismos de transmisión y formas de prevención de la infección por VIH;
- c) Comunicar a los prestadores de servicios que requieran del uso de instrumentos punzocortantes que utilicen material desechable; cuando esto no sea posible entonces esterilizar y desinfectar en forma adecuada los instrumentos punzocortantes utilizados; esto se logra sumergiendo dichos instrumentos durante un lapso de 15 minutos a cualquiera de los siguientes procedimientos:
- en alcohol del 96;
 - en Benzal concentrado;
 - utilizando una mezcla de una parte de cloro por nueve de agua;
 - o dejándolos hervir en agua durante 15 min.
- d) Evitar las relaciones sexuales sin la protección de un condón de látex (preservativo) o poliuretano (condón femenino).

6.- Las medidas fundamentales que deben adoptarse para la prevención de la infección por VIH en los establecimientos de salud y entre el personal de salud y sus familiares que

tengan contacto con sangre y sus componentes, órganos, tejidos, células germinales y cadáveres humanos, así como con los sujetos infectados, son las siguientes:

- a) Informar sobre la magnitud y trascendencia del problema de salud que constituye la infección por VIH, los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas;
- b) Identificar el equipo, material y ropa probablemente contaminados, para ser desinfectados, esterilizados o destruidos, según sea el caso;
- c) Manejar siempre los líquidos corporales, excretas, tejidos y cadáveres, como potencialmente infectados;
- d) Observar las Precauciones Universales en todos los pacientes.

2.3.2. ENTENDIENDO A LA PERSONA QUE VIVE CON VIH/SIDA

Hablar del SIDA como una pandemia, como una enfermedad, es diferente a hablar de la persona que vive con VIH/SIDA, su vivencia, su proceso psicoafectivo. En este apartado el

enfoque es hacia la persona, no hacia la enfermedad. Es tomar en cuenta a un ser que se enfrenta al hecho de portar un virus que causa una enfermedad, incurable hasta la fecha, y la cual está rodeada de mitos y estigmas.

2.3.2.1. IMPACTO ANTE LA NOTIFICACION

NADIE está preparado para un resultado positivo. Aún aquella persona que está segura de vivir con el VIH tiene la leve esperanza de que el resultado de la prueba sea negativo. Por lo tanto, la noticia que confirme un resultado positivo dispara un proceso generado por el impacto.

David Miller¹⁷ reconoce que es difícil predecir la forma en que aparecerán las reacciones de choque ante la notificación, sin embargo, hace un listado de las más comunes dividiéndolas en dos:

1. Emocionales
2. Conductuales

¹⁷ David Miller. *Viviendo con SIDA y HIV*. Tr. de Jorge Orizaba S. Ed. El Manual Moderno. México, 1989. (c. 1989) p. 23.

Emocionales

- Aterrimiento/silencio "por aturdimiento"/incredulidad.
- Confusión / distracción / inseguridad - sobre las circunstancias presentes y futuras.
- Negación ("no puede ser cierto"; "no hay que preocuparse, las cosas irán bien").
- 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 o con alguna práctica que "pudo" haber evitado.
- Ansiedad aguda y grave.

- Labilidad emocional -pasar con rapidez y en forma no predecible del llanto a la risa (y viceversa).
- Tristeza y preocupación mórbida -por el futuro, 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

- 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.

2.3.2.2. RELACION TERAPEUTA-PACIENTE

CONSEJERIA PREVIA AL EXAMEN DE DETECCION

Por todo lo que implica vivir con VIH o SIDA es de suma importancia que la persona antes de someterse al examen de detección reciba una asesoría.

Los objetivos de la consejería previa son:

- 1.- Valorar, a través de la información que vierta la persona, si ha realizado prácticas de riesgo para adquirir el VIH y por lo tanto si amerita o no la prueba, y si es así, saber si ya ha pasado el periodo de ventana.

2.- Aclarar dudas. Toda la información que se proporcione dependerá de las necesidades de la persona solicitante. Cabe aclarar que es de suma importancia explicarle a la persona qué significa un resultado positivo y uno negativo.

3.- Que la persona detecte claramente sus razones para hacerse el examen, para ello es importante que a ella misma se le cuestione: ¿para qué quiere hacerse el examen?, ¿qué utilidad adicional tendrá para usted esta información?, ¿de qué manera le ayudará?, esto le permitirá reconsiderar su decisión y prepararse para enfrentar un resultado.

Se sugiere que nadie debe hacerse una prueba de anticuerpos sin la asesoría previa de un consejero con experiencia amplia en torno a VIH/SIDA.

CONSEJERIA POSTERIOR AL EXAMEN DE DETECCION*

Los objetivos de la consejería posterior son:

- 1.- Reducir el impacto emocional que provoca el recibir un resultado.
- 2.- Permitir controlar la ansiedad para optimizarla.
- 3.- Entregar el resultado.
- 4.- Brindar un "soporte emocional" ante el impacto de la notificación.
- 5.- Brindarle información sobre alternativas de autocuidado.
- 6.- Informarle sobre los recursos de apoyo que se brindan en su comunidad.

* Para mayor información consultar la Guía para la atención psicológica de personas que viven con VIH/SIDA. CONASIDA, 1994.

2.3.2.3. CONTINUO PSICOAFECTIVO EN TORNO A SIDA

Existe un modelo elaborado por Lizarraga y Juárez¹⁸ donde, tomando como referencia al modelo de Kübler-Ross en el que se contemplan las fases que atraviesa una persona ante un momento de shock psicológico: la Negación, la Ira, el Pacto o negociación, la Depresión y pena y la Aceptación, que caracterizan actitudes y experiencias manifiestas por el paciente, hacen nuevas propuestas partiendo de la observación y contacto con personas que viven con VIH y con enfermos de SIDA, proponiendo diferentes fases.

En el modelo de Lizarraga y Juárez manifiestan que existe un continuo de expresividad en el que diversos factores psicológicos entran en juego e imprimen rasgos específicos a cada una de las fases y a cada individuo. Podremos mencionar a muy grandes rasgos, (tal como aparece publicado), que las fases y las características de cada una de ellas serían las siguientes:

¹⁸ Xabier Lizarraga y Luis Guillermo Juárez. "Continuo psicoafectivo en torno al SIDA: Un modelo". En: Lizarraga, X. Op cit. p. 85-94.

- a) **Negación:** El individuo minimiza o anula su capacidad de Reconocimiento y Aceptación de la Realidad (RAR) con el fin de evadir la Percepción y Significación del Peso del Evento (PSPE); puede manifestarse con expresiones tales como: *Yo no estoy enfermo... Es sólo un malestar sin importancia... Los médicos no saben ni sirven para nada... etc.*
- b) **Estructuración:** Manifestación de un incremento en la capacidad de RAR, que tiende a aumentar las reacciones, respuestas y conductas, en el sustrato consciente respecto a la PSPE, a través de la generación de angustia, en vías de alcanzar un equilibrio entre la inconformidad y la realidad. El individuo se reconoce afectado, y esto le provoca un conflicto consigo mismo. Las expresiones manifiestas pueden ser del tipo de: *No me quiero morir... ¿Por qué yo...? ¿Por qué a mí...?*
- c) **Deterioro de la autoestima y la autoimagen:** El conflicto que se genera en la fase anterior se incrementa debido a que su escala de valores se focaliza en sí mismo. Esta focalización motiva a comparaciones entre un yo antes y un yo ahora, que

gira en torno a la PSPE; y es dependiente del rechazo o la tolerancia que se consiga. Los individuos en estas fases pueden retornar fácilmente a una fase de negación, a través de reacciones predominantemente inconscientes, con el fin de recuperarse a sí mismos. El sujeto puede manifestar : *Estoy sucio... No soy atractivo... No valgo nada... ¿Quién va a querer acercárseme...?*

- d) **Autodestructividad:** La experimentación de angustia, depresión e ira hacia sí mismo, incrementan y complejizan el conflicto ya presente en las fases anteriores. Al no tener de dónde asirse, el individuo busca soluciones al conflicto a través de reacciones, respuestas y conductas agresivas, y aún violentas, en contra de sí mismo. Ante la imposibilidad de desaparecer el evento, tiende hacia aquello que lo desaparezca a él. Las expresiones de esta fase pueden ir desde un *Déjenme solo... Quítenme los medicamentos... Quiero emborracharme...* hasta comportamientos que generan autodestrucción (alcoholismo, drogadicción, rechazo a los alimentos, etc.), o bien intentos de suicidio o exigencias como *Mátenme de una vez...* También en ocasiones el individuo responde en función de la

introyección de culpabilizaciones, éste se declara a sí mismo: *Me lo merezco... Esto me pasa por la vida que he llevado...*

- e) **Vengatividad:** La ira y el conflicto, a través de un predominio del sustrato consciente de la responsividad respecto al RAR, tienden a solucionarse modificando la dirección de la agresividad de sí hacia otros. Las manifestaciones comportamentales en esta fase, que con frecuencia se imbrica a la anterior, van desde un excesivo reclamo de atención, a través de la manipulación de los afectos, hasta conductas francamente antisociales, como el ya conocido caso de intentar involucrar a otros individuos en el evento. Expresiones tristemente famosas como la de *Bienvenido al club del SIDA...* o aquella de: *Antes de morir me llevo a cuantos pueda conmigo...* son características de esta fase.

- f) **Pacto o negociación.** El conflicto generado por la PSPE encuentra una solución parcial a través de un principio de resignación, que tiende a minimizar los rechazos hacia sí y hacia los demás; reorientan las reacciones, respuestas y conductas hacia una

aceptación de las alternativas que se le ofrecen o presentan, tales como tratamientos, cambios o modificaciones en sus hábitos cotidianos, encuentros o reencuentros espirituales. Se manifiestan expresiones que contienen como subtexto el que otros tienen la responsabilidad de resolver el conflicto, y para lo cual ellos mismos deben cooperar, tales como: *Dios me va a salvar... Pronto encontrarán una cura... Si sigo las recomendaciones que se me hacen saldré de esto... Seguro existen otras alternativas, la medicina tradicional es más efectiva que la alópata...*

- g) **Aceptación.** La capacidad de RAR alcanza su máximo nivel en esta fase, predominan por ende las reacciones, respuestas y conductas del sustrato consciente de responsividad; esto permite al individuo no dejarse arrastrar por la PSPE impuesta por el exterior, sino hacer él mismo su propia escala y significación del evento, racionalmente más cercano a la realidad. Esta liberación del peso agregado al evento por el entorno, mueve a un comportamiento predominantemente tolerante, tanto hacia sí mismo como hacia los demás; por lo que cabe suponer que se produce una valoración de la

experiencia que se vive, lo cual le permite incluso llegar a compromisos con los demás en relación con el evento. Las expresiones que pueden asociarse a esta fase son del tipo de: *No hay que morir de SIDA, sino vivir con, o a pesar del SIDA...*

En dicho modelo aclaran que existe dinamismo entre las fases, que no hay un tiempo fijo para cada una de ellas, que se puede estar en fase de negación y pasar inmediatamente a la fase de deterioro de la autoestima y la autoimagen, etc.

Como puede observarse en el continuo propuesto por Lizarraga y Juárez, las reacciones de choque que se presentan ante el impacto de la noticia pueden atravesarlo de lado a lado. David Miller considera que "tanto las reacciones de choque, como las reacciones de adaptación, cualquiera que sea su naturaleza, son una respuesta normal a noticias que ponen en peligro la vida".¹⁹

¹⁹ David Miller. Op. cit. p. 24.

2.3.2.4. PSICONEUROINMUNOLOGIA (PNI)

Se le llama así a la interacción entre la mente (psico...), el cerebro (neuro...) y el sistema inmune (inmunología).²⁰ En la psiconeuroinmunología se estudia cómo los sentimientos agresivos (una determinación para luchar contra la enfermedad, por ejemplo) y los sentimientos pasivos (desesperanza o impotencia) influyen en el curso y desarrollo de enfermedades como el SIDA.

Por todo lo anterior es recomendable que la persona que vive con VIH/SIDA tenga las herramientas necesarias para enfrentar lo que en su vida significa tener el virus.

Generalmente la calidad de vida aumenta mientras mayor sea la información que tenga la persona acerca de la enfermedad y de sus cuidados, además de la posibilidad de llevar a cabo sus proyectos de vida.

²⁰ *Men's Fitness*. Tr. de AVE de México. Abril, 1991. pp. 72-76 y 100-102.

CALIDAD DE VIDA

Miller²¹ asegura que la "perspectiva que tiene un paciente sobre su enfermedad o infección suele tener una parte importante en el desarrollo de su transtorno". Una persona que lucha por vivir con frecuencia tienen una vida más prolongada y de mejor calidad que aquella que se "deja", que no lucha, que no le encuentra un sentido a la vida.

2.3.2.5. RELACION FAMILIAR²²

El apoyo familiar es importante para la persona que vive con VIH/SIDA pues le ayuda a enfrentar esta condición, sin embargo, algunas personas prefieren posponer, o incluso nunca notificarle a la familia su condición de seropositividad o SIDA, ya que temen el rechazo, no saben cómo y cuándo decírselos y también temen el dolor que puedan causar a sus familiares.

21 David Miller. Op. cit. pp. 38-40.

22 Guía para la atención psicológica de personas que viven con VIH/SIDA. Op cit. pp. 38-40.

Es importante aclarar que ante la notificación la familia también sufre desajustes, sentimientos ambiguos y en algunos casos hay miembros que se alejan. Hay familias en las que predomina el silencio, callan y no hacen comentarios entre sí. En estos casos, generalmente el dolor de la persona enferma es vivido intensamente por la familia y creen que con el silencio ayudan más a su ser querido; sin embargo, hablar permitirá compartir y canalizar emociones que están guardadas y que son fuente de inseguridad y desajustes en la familia.

El miedo ante la muerte puede ser un sentimiento permanente y amenazante. Posiblemente el enfermo quiera hablar de la muerte, situación que puede causar angustia a la familia; sin embargo el facilitarle esta expresión será de importancia fundamental para preparar la despedida entre la persona enferma y sus seres queridos.

La familia será testigo del proceso físico y psicológico que implica el vivir con VIH/SIDA; pero además ellos tendrán que enfrentarse a su propio proceso, por lo cual es recomendable que los familiares recurran a la ayuda especializada de médicos, trabajadores sociales, psicólogos, etc., con el fin de que reciban orientación y apoyo para asimilar y enfrentar lo mejor posible esta nueva situación y la que viene.

2.3.2.6. APOYO ESPIRITUAL

Jorge G Sosa, líder pastoral de la Iglesia de la Comunidad Metropolitana "Reconciliación", escribe de su experiencia en el trabajo y dice:

Durante mucho tiempo hemos visto que los esfuerzos en la atención a personas que viven con VIH/SIDA se han centrado con prioridad en los aspectos físico-corporales por ser los más evidentes e impactantes; en segundo término se trata de atender las necesidades psicológicas reconociendo la influencia de los estados psicológicos sobre el funcionamiento orgánico y, cuando alguien se acuerda de la espiritualidad de la persona, la mayor parte de las veces no es capaz de ver más allá del rito.

Si bien dar atención espiritual a personas que viven con VIH/SIDA incluye aspectos de carácter religioso, no debe limitarse exclusivamente a ellos si quiere ser una verdadera atención espiritual, sino que debe considerar y atender los otros elementos que incluye, o por lo menos, los más significativos, entre los que es importante destacar el satisfacer, ante todo, la necesidad de ser aceptados íntegramente, sin ser juzgados y sin que se exija cambios sustanciales como pre-requisitos; así como la necesidad de ser escuchados al margen de moralismos condenantes y faltos de memoria.

En cuanto a la atención espiritual a las personas que viven con VIH/SIDA tampoco debemos olvidar el hecho que el individuo no existe aislado y por lo tanto lo que le ocurre no sólo le afecta en lo individual, sino también en su entorno cercano, su familia, la que también es sujeto de atención espiritual.²³

23 Jorge Sosa. "SIDA y Espiritualidad". Reflexión y amor. En: Suplemento Sociedad y SIDA, No. 31. Abril de 1993. México, D.F. El Nacional.

El proceso de vivir con VIH/SIDA puede enfrentar a la persona a preguntas tales como: ¿qué es vivir?, ¿qué es morir?, ¿cuál es el sentido de la vida?, ¿para qué luchar?, ¿qué tanto valgo?, ¿de qué vale tener todo en la vida, si no tengo salud?, ¿existe vida después de la muerte?, ¿qué he hecho de mi vida?, ¿estoy preparado para la muerte?, ¿cuál es el valor más importante?...

Dentro del proceso la persona puede entrar en una confrontación; buscar además un sentido a su sufrimiento, fortalecer sus convicciones, acercarse más a aquello que le proporcione una paz interior. Muchas veces las personas alcanzan un gran equilibrio y fortaleza para enfrentar con tranquilidad su vida y su muerte.

GANAS DE VIVIR

*"Tomar medidas para mantenerte saludable te ayudará a sentir ganas de vivir, y eso es lo más importante para alguien con la enfermedad del VIH. Tener ganas de vivir significa comprender tus emociones, estar dispuesto a reordenar tus objetivos y hacer los cambios en tu vida que consideres importantes. Mientras tengas ganas de vivir, encontrarás que el mundo es mucho más vasto que la enfermedad del VIH con todos sus desafíos."*²⁴

²⁴ Atención temprana de la enfermedad del VIH. Entre amigos, A.C., México, 1992. p. 59.

2.3.2.7. SEXUALIDAD²⁵

Las personas que viven con VIH/SIDA también viven con dudas y problemas muy difíciles de afrontar. La angustia de contagiar al otro, el temor de un accidente, el miedo a ser rechazado, una imagen desvalorizada de sí mismo y de su cuerpo, una información incompleta acerca de las prácticas sin riesgo, todos estos son factores que obstaculizan el desarrollo de una sexualidad satisfactoria.

Una persona que vive con el VIH se enfrenta a muchos dilemas: mencionar o no a su(s) pareja(s) su condición, cómo hacerlo, y en qué momento, y de qué manera manejar un posible rechazo. En todo caso, no hay que sentirse culpable si de entrada uno no quiere abordar el tema. Con las reglas de prevención necesarias, cada quien puede ejercer su sexualidad libremente.

Es preciso encontrar la estrategia personal adecuada en momentos difíciles de depresión o angustia. Algunas personas optan por suspender temporalmente las relaciones sexuales,

²⁵ Marianne Bernede. "Sexo sin angustia". En: Letra S, Núm. 11, Septiembre de 1995. México, D. F. *El Nacional*.

otras prefieren el autoerotismo. Algunas personas presentan disfunciones sexuales en alguna fase de la respuesta sexual: pierden deseo sexual, no se excitan, no logran alcanzar un orgasmo y/o eyacular, etc. Todas estas disfunciones pueden manifestarse por el alto grado de estrés que vive una persona al saber que vive con el virus, y que puede transmitirlo por relaciones sexuales sin protección. Conforme la persona va adaptándose al proceso y mientras más conozca y adopte en su vida sexual un nuevo estilo de autocuidado, descubrirá alternativas que le brindarán satisfacción y seguridad. La sexualidad es parte indisociable de la vida, y seguir viviendo el cuerpo como una fuente de amor y placer es también una forma de lucha.

2.3.2.8. DERECHOS HUMANOS

CARTILLA DE DERECHOS HUMANOS²⁶

La problemática del SIDA concierne a toda la sociedad, sin embargo, por ignorancia sobre este problema de salud, existen conductas y actitudes discriminatorias contra las personas que viven con VIH/SIDA, quienes no deberían ser

²⁶ CONASIDA, MCSC, GIS/SIDA y CNDH. *SIDA/VIH Derechos Humanos*. México, 1992.

blanco de actividades inhumanas o degradantes sino, por el contrario, de apoyo y comprensión.

Debido a estos problemas, cada vez más frecuentes, en nuestro país se elaboró la Cartilla de Derechos Humanos para las personas que viven con VIH/SIDA; para su realización participaron la Secretaría de Salud, a través del CONASIDA y Organismos No Gubernamentales (ONG's) que laboran en la lucha contra el SIDA, y la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

El fin de la cartilla es dar a conocer a la sociedad los derechos que tienen quienes viven con el VIH o SIDA, para así defenderlos si estos son violados.

DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH O CON SIDA

¿VIVES CON VIH O CON SIDA?

Estos son tus derechos fundamentales:

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

- 2.- No estás obligado a someterte a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que vives con VIH o que has desarrollado SIDA.

Si de manera voluntaria decides someterte a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tienes derecho a que ésta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados en absoluta discreción.

- 3.- En ningún caso puedes ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o por haber desarrollado el SIDA.
- 4.- No podrá restringirse tu libre tránsito dentro del territorio nacional.
- 5.- Si deseas contraer matrimonio no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH.
- 6.- Vivir con VIH o SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad.
- 7.- Cuando solicites empleo, no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección del VIH.

- Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, esto no podrá ser motivo para que seas suspendido o despedido de tu empleo.
- 8.- No se te puede privar del derecho a superarte mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas.
- 9.- Tienes derecho a asociarte libremente con otras personas o afiliarte a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.
- 10.- Tienes derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerte.
- 11.- Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, tienes derecho a recibir información sobre tu padecimiento, sus consecuencias y tratamientos a los que puedas someterte.

- 12.- Tienes derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar tu calidad y tiempo de vida.
- 13.- Tienes derecho a una atención médica digna, y tu historial médico deberá manejarse en forma confidencial.
- 14.- Tienes derecho a una muerte y servicios funerarios dignos.

2.3.2.9. MUERTE Y MORIR

Norman Cousins explica: "La tragedia de la vida no es la muerte, sino lo que muere dentro de nosotros mientras estamos vivos...".²⁷

Ante un fin próximo se experimenta angustia; de igual manera, vivir poco a poco la separación genera depresión que puede manifestarse como enojo, impotencia, tristeza.

²⁷ Norman Cousins. Cit. por *Men's Fitness*. Op. cit.

Las personas con VIH/SIDA a lo largo del proceso van sufriendo pérdidas que difícilmente son asimilables si no se tiene un espacio para "elaborarlas". La asimilación se demuestra más que por las palabras, por los actos.

EL PROCESO DE MORIR

E. Mansell Pattison²⁸ describe algunos de los temores que afronta una persona que está en proceso de morir:

1. Temor a lo desconocido:

- a) ¿Qué cambios van a ocurrir en mi cuerpo?
- b) ¿Cómo reaccionarán mis amigos y familiares?
- c) ¿Qué le pasará a mi cuerpo después de la muerte?

2. Temor a la soledad:

- El estar enfermo produce un sentido de aislamiento de uno mismo y de amigos y familiares.
- Otras personas tienden a esquivarlo.

²⁸ Adaptado de "The Living-Dying Process", por E. Mansell Pattison, publicado en el libro "Psychological Care of the Dying Patient", de Charles A. Garfield. Traducido al español por la Fundación AIDS de Puerto Rico, Inc. Citado en el Manual de Apoyo Práctico de SHANTI. Op. cit. pp. 79-82.

- Sentido de pérdida humana que puede causar depresión.
3. Temor a la pena:
- La persona puede preferir evitar situaciones que puedan causarle pena o pesadumbre: ¿puedo soportar el pensar en las cosas que estoy perdiendo?
4. Temor a perder la familia/amigos:
- La pérdida de nuestra familia y nuestros amigos es algo real.
 - Conflictos en algunas relaciones.
 - Distintas necesidades de la persona y de los familiares y amigos.
5. Temor a perder el cuerpo:
- Pérdida de la imagen propia y de la auto-integridad.
 - Sentimientos de vergüenza, de ser una persona inadecuada o no aceptada.
6. Temor a perder el dominio de sí mismo:
- Menos energía, menos fuerza, menos capacidad para responder a estímulos; pensar más lentamente y con menos exactitud.

- Ansiedad sobre la pérdida del dominio sobre sí mismo; puede ser un sentimiento inaceptable.
- Sentimientos de dependencia.

7. Temor al sufrimiento y al dolor:

- La persona puede ser alguien que acentúe el dolor o que minimice el dolor.
- Temor al dolor generalmente significa temor al sufrimiento.
- Temor a "morir" significa, la mayoría de las veces, temor al dolor o al sufrimiento.

8. Temor a perder la identidad.

- Puede ocurrir como resultado de perder el contacto humano, la pérdida de la familia y los amigos, pérdida de la estructura o una función corporal, pérdida del dominio de sí mismo.

9. Temor a la regresión al retiro del otro:

- Retraerse de la realidad del mundo externo a un sentido primordial de la existencia en que no existe un sentido de tiempo ni espacio y no hay linderos para uno ni para otras personas.
- Asustarse de la reducción de su capacidad física y de su turbación mental.

Es recomendable que la persona que está viviendo este proceso reciba respuestas de apoyo, comprensión, solidaridad y empatía, para que así pueda expresar sus emociones, identificarlas, confrontarlas, permitirse compartir el dolor, escucharse a sí mismo y tener un espacio para elaborar el duelo de las pérdidas y "desprenderse" de la vida.

Es importante que toda persona que está en proceso de morir conozca cuáles son sus derechos humanos y luche para que se le respeten.

DERECHOS DEL MORIBUNDO

CARTA DE DERECHOS DEL MORIBUNDO²⁹

1. Tengo derecho, a que se me trate como un ser humano vivo hasta que muera.
2. Tengo derecho a abrigar un sentimiento de esperanza, no

29 Procede del Consejo Educacional del Servicio Interno del Suroeste de Michigan. EEUU. Cit. por Luis Guillermo Juárez, en: "Una visión en torno a la muerte". Ponencia presentada en el *Primer Encuentro Nacional sobre SIDA, Sexualidad y Sociedad*. (Encuentro), INAH. México, 27 de Agosto de 1990. pp. 6-7.

importa cuán cambiante sea su enfoque.

3. Tengo derecho a que me atiendan personas que puedan mantener un sentimiento de esperanza, no importa lo cambiante que esta sea.
4. Tengo derecho a expresar mis sentimientos y emociones sobre mi próxima muerte, a mi modo.
5. Tengo derecho a participar en decisiones concernientes a mi persona.
6. Tengo derecho a esperar atención médica continua, aún cuando los objetivos de "curación" deben cambiarse a objetivos de "comodidad".
7. Tengo derecho a no morir abandonado.
8. Tengo derecho a no tener dolores.
9. Tengo derecho a que me contesten sinceramente mis preguntas.
10. Tengo derecho a que no me engañen.

11. Tengo derecho a obtener atención de y para mi familia en cuanto a aceptar mi muerte.
12. Tengo derecho a morir en paz y con dignidad.
13. Tengo derecho a conservar mi individualidad, y a que no se me juzgue por mis decisiones que pudieran ser contrarias a las creencias de otros.
14. Tengo derecho a esperar que se respete lo sagrado del cuerpo humano, después de mi muerte.
15. Tengo derecho a discutir y acrecentar mis experiencias religiosas y espirituales sin importar lo que para los demás puedan significar.
16. Tengo derecho a que me cuiden personas sensibles, preparadas y conscientes que intentarán comprender mis necesidades y podrán obtener alguna satisfacción al ayudarme a encarar la muerte.

El Dr. Luis Guillermo Juárez comenta:

Es un raro privilegio estar al lado de alguien que se está muriendo. Quien lo esté, le sugiero que use este tiempo para meditar acerca de su propia muerte y sus creencias religiosas. Al aceptar la muerte de otro avanzamos hacia la

aceptación de la propia. Aprendamos de este proceso las enseñanzas que puedan servirnos en la vida. Decidamos qué cosas son verdaderamente importantes en nuestras vidas y soltemos las que no lo sean.

¿Que queremos ser, hacer o decir que antes no hayamos podido? saquemos provecho de lo inevitable viviendo plenamente cada momento. Vivamos este día como si fuera el último.³⁰

LUCHEMOS POR UNA VIDA DIGNA Y UNA DIGNA MUERTE.

2.3.2.10. RECOMENDACIONES ESPECIALES PARA PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA

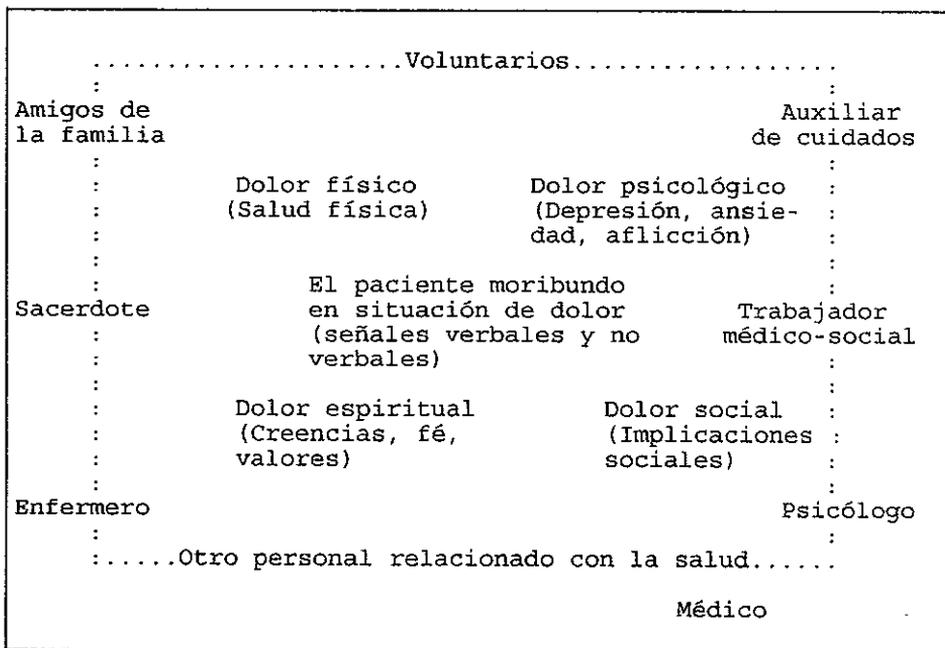
Las recomendaciones que aparecerán más adelante, surgen de la reflexión a partir de observar la vivencia de personas con VIH/SIDA, así como de un modelo creado para el trabajo con enfermos incurables.³¹

Tomando en cuenta que el VIH/SIDA irrumpe en las diferentes esferas del individuo (tal como se expresa en el cuadro de la página siguiente), es recomendable atender las diferentes áreas que se ven afectadas.

30 Luis Guillermo Juárez. Ibid. p. 7. 27 de Agosto de 1990.

31 Modelo creado por Garfield. Cit. por Papalia, Diane. Desarrollo Humano. Ed. Mc Graw Hill. México, 1985. p. 670.

MODELO DE CENTRO PARA ENFERMOS INCURABLES



Los recursos de apoyo deben formar una red donde se atienda cada una de las esferas afectadas por el dolor. Si alguna no se atiende habrá un desequilibrio.

El autocuidado va a formar parte indispensable para la salud física y emocional de la persona que vive con VIH o con SIDA; por lo tanto, se requiere que dicha persona conozca las diferentes alternativas que le permitan recibir atención de manera integral.

Algunos ejemplos de autocuidado³² son:

AREA FISICA:

- a) No automedicarse.
- b) Solicitar atención médica periódica, aún en ausencia de sintomatología.
- c) Fomentar la salud a través de una dieta adecuada, reposo y ejercicio.
- d) Evitar el uso de drogas, alcohol y tabaco.

AREA PSICOLOGICA:

- a) Terapia ocupacional.
- b) Terapia individual.
- c) Grupos de autoapoyo.
- d) Actividades recreativas.

AREA ESPIRITUAL:

- a) Convivir con grupos de encuentro.
- b) Reencontrar el sentido de la vida.
- c) Renacer en la esperanza.

³² Manual: *Estilos de vida y cuidados especiales para personas que viven con VIH*. Mexicanos Contra el SIDA, Confederación de Organismos no Gubernamentales, A.C. (MCSC) México, Abril de 1993, 166 p.

d) Encuentro personal con lo trascendental.

AREA SOCIAL:

a) Conocer los servicios y alternativas gubernamentales y no gubernamentales, disponibles en su localidad, y que ofrecen alternativas de apoyo a personas que viven con VIH/SIDA y a sus familiares.

2.3.2.11. TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

Tanto en el área de prevención, como en la de atención, la investigación y los derechos humanos, es necesario contemplar una visión interdisciplinaria que nos ayude a rescatar, tanto las cuestiones de la enfermedad, así como todo lo concerniente al enfermo.

El VIH/SIDA es un campo donde todavía hay mucho que hacer. Debemos redoblar esfuerzos para fortalecer las estrategias de acción y crear nuevas alternativas para el abordaje de esta pandemia.

**3. INSTITUCION DONDE SE
REALIZO EL TRABAJO
PROFESIONAL**

3.1. EL COMITE HUMANITARIO DE ESFUERZO COMPARTIDO CONTRA EL SIDA, A.C. (CHECCOS, A.C.)

3.1.1. CARACTERISTICAS DE LA ASOCIACION

CHECCOS se constituyó como asociación civil, es decir, como un organismo no gubernamental (ONG), cuya única finalidad se centró en el trabajo en torno a SIDA.

CHECCOS se creó independiente de grupos políticos, religiosos o del gobierno. Desde un inicio lo integraron voluntarios de distintas edades y ocupaciones. Los recursos económicos para el Comité ingresaban a través de donativos y financiamientos. Su sede: la ciudad de Guadalajara, Jalisco.

3.1.1.1. ORIGEN Y ANTECEDENTES

CHECCOS surgió en el año de 1988 por la inquietud de un pequeño grupo de amigos que se identificaron preocupados por la cantidad de personas que cada día cobraba el SIDA; incluso algunos de los fundadores habían perdido amigos cuya muerte había sido causada por el SIDA.

La inquietud se acrecentó al observar el trato inadecuado y discriminado de que eran objeto las personas que

habían contraído el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), tanto en los hospitales y clínicas, fuentes de trabajo, como hasta en sus propias familias.

Otra causa que influyó para la integración de esta organización fue la escasa y mala información sobre SIDA que privaba en la población en todos los niveles sociales. Es así que en Septiembre de 1988 comenzaron sus actividades, consiguiendo, el 10 de Marzo de 1989, constituirse legalmente como una asociación civil denominada "Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido Contra el SIDA" (CHECCOS, A.C.).

A partir de entonces, CHECCOS realizó sus actividades, tanto independientemente, como en el contexto de la coordinación con otros organismos no gubernamentales con trabajo en SIDA en Guadalajara. A nivel Nacional el Comité se asoció a "Mexicanos contra el SIDA" Confederación de ONG's (MCSC), desde que se fundó dicha agrupación. Además, se asoció como miembro del Instituto Jalisciense de Asistencia Social (IJAS), cuya función es coordinar y asesorar el funcionamiento de organismos afiliados.

El 30 de Abril de 1992, la asociación consiguió obtener

recibos deducibles de impuestos para efecto de donaciones.¹

3.1.1.2. OBJETIVOS DE LA ASOCIACION

En el acta constitutiva² se describe el objeto social:

A) Prevenir y brindar ayuda a los afectados directa o indirectamente por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

B) Brindar ayuda médica, psicológica, psiquiátrica, legal, económica, religiosa, doméstica y alimenticia a pacientes y familiares afectados por el VIH/SIDA.

C) Investigación, enseñanza, promoción de actividades tendientes a la prevención de la transmisión del VIH.

¹ *Diario oficial de la federación.* Anexo 11 de la resolución que establece reglas generales y otras disposiciones de carácter fiscal para el año de 1992, 16. Primera sección. 30 de Abril de 1992.

² Acta constitutiva No. 3830. Notaría No. 1. Zapopan, Jalisco. 10 de Marzo de 1989. Notario Público: Lic. Silvano Camberos Garibi.

D) Obtención de fondos necesarios para la consecución del objeto de la asociación a través de donativos, eventos y la ayuda económica de instituciones públicas y privadas, así como del público en general.

3.1.1.3. ESTRUCTURA

En la misma acta constitutiva se describe:

Mesa Directiva:

La representación legal de la asociación estará a cargo de un consejo de administración, éste representado por un presidente, un secretario, un tesorero y dos vocales.

El consejo directivo tendrá a su cargo la representación, dirección y administración de la asociación y además realizará todos los actos que se requieran para el mejor cumplimiento de sus funciones.

La mesa directiva estará conformada por miembros de la asociación que serán elegidos en asamblea.

Socios:

Para ser miembro de la organización se requerirá por ley ser mexicano por nacimiento y encontrarse en pleno goce de sus derechos.

Ahora bien, al pertenecer a CHECCOS los voluntarios tenían ciertos derechos y obligaciones. Esto implicaba compromisos que muchos no podían asumir. Por lo tanto, se dividió a los voluntarios en dos grupos con el fin de favorecer su funcionamiento:

1) **Socios Voluntarios fijos.**- Que eran admitidos en el Comité como miembros de éste, con todos los derechos y obligaciones establecidos en los estatutos que regían a la asociación, tales como: concurrir con voz y voto a las asambleas generales de socios, participar en las actividades de la asociación, formar parte del consejo directivo, desempeñar los cargos y comisiones que le fueran conferidos, entre otros.

2) **Voluntariado periférico.**- Sería el voluntariado que desde su ámbito laboral o profesional podían apoyar al Comité prestando sus servicios de manera gratuita o con costos mínimos. ejem: consultas médicas, apoyo de medicamentos, asesorías legales, etc. Estos voluntarios no tenían derechos

ni obligaciones estatutarias y por lo tanto no gozaban de las demás prerrogativas que los estatutos les concedían como el de participar en todos los programas proyectados para la asociación.

3.1.1.4. ORGANIZACION

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados, en CHECCOS se tenía un organigrama (ver la siguiente página).

3.1.1.5. FUNCIONAMIENTO

A) Funciones del personal

..

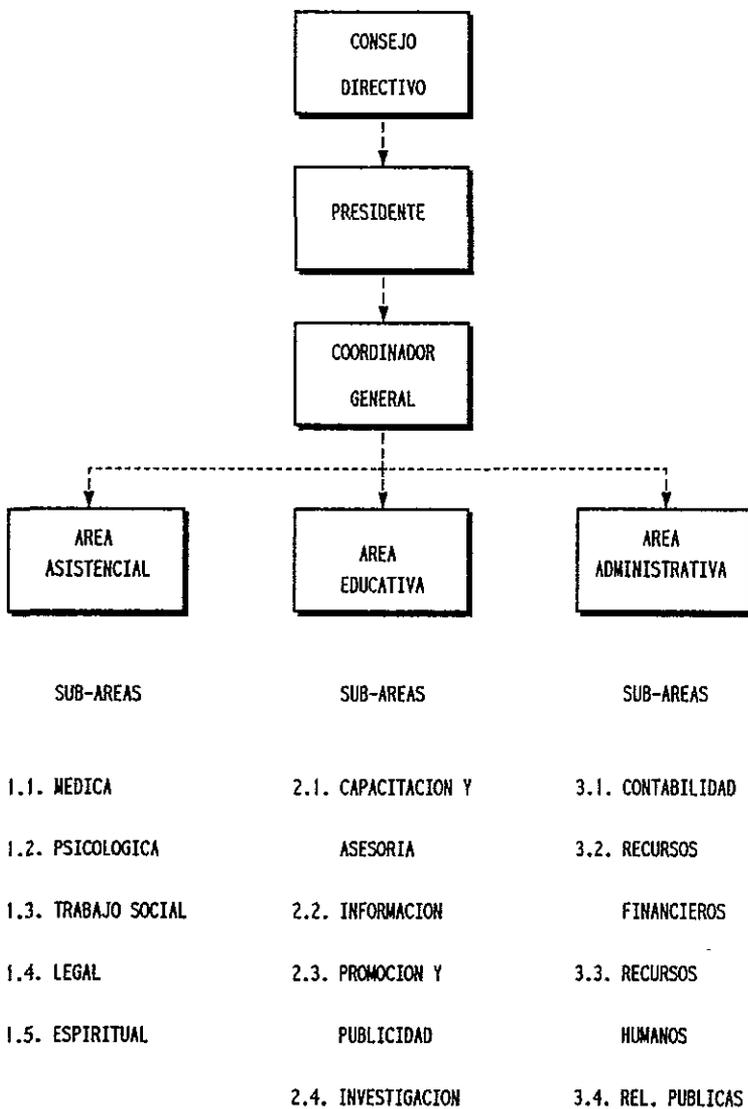
Consejo Directivo:

- 1.- Representación, dirección y administración de la asociación.

Presidente:

- 2.- Organización, planeación y control.
- 3.- Relaciones públicas, promoción y difusión.
- 4.- Obtención de recursos materiales y económicos.
- 5.- Representación legal.

O R G A N I G R A M A B A S I C O



Coordinador General:

- 6.- Asesoramiento y supervisión del área asistencial, educativa y administrativa.
- 7.- Revisión y autorización de proyectos de las áreas.
- 8.- Punto de enlace entre presidente y los coordinadores de áreas.
- 9.- Planeación de actividades para la consolidación del grupo.
- 10.- Elaboración, supervisión y evaluación de programas anuales.

Coordinador del Area Asistencial:

- 11.- Control de voluntarios de su área.
- 12.- Control de personas atendidas por su área.
- 13.- Control y entrega de los materiales (despensa, pañales, medicamentos, etc.) a los solicitantes.
- 14.- Punto de enlace entre los voluntarios del área y la coordinación general.

*** Voluntarios del Area Asistencial:**

- 15.- Atención directa a personas afectadas por el VIH/SIDA así como a sus familiares y pareja (en hospitales, domicilios particulares y/o en oficinas del Comité).
- 16.- Coordinación de grupos de autoapoyo.

17.- Canalización a especialidades.

18.- Reporte al coordinador del área.

Coordinador del Area Educativa:

19.- Coordinación de voluntarios del área.

20.- Impartición de asesorías a trabajadores de la salud y al público solicitante.

21.- Programación de actividades del área: capacitación y asesorías, pláticas, talleres, eventos públicos.

22.- Información sobre VIH/SIDA a través de diferentes medios de comunicación: televisión, radio, prensa, trípticos, folletos, etc.

*** Voluntarios del Area Educativa:**

23.- Pláticas y conferencias.

24.- Distribución de trípticos y folletos.

25.- Línea telefónica de información sobre SIDA (operadores).

26.- Participación en eventos y en plazas públicas (stand de información).

Coordinador del Area Administrativa:

27.- Coordinación de voluntarios del área.

28.- Control contable y fiscal del Comité.

- 29.- Apoyo administrativo al presidente y coordinador general.
- 30.- Reporte de actividades y compromisos al presidente.

*** Voluntarios del Area Administrativa:**

- 31.- Promoción del Comité.
- 32.- Obtención de recursos humanos y financieros.
- 33.- Relaciones públicas.
- 34.- Trámites fiscales.
- 35.- Trabajo de oficina (archivo, papelería, hemeroteca, etc.)

3.1.2. EL PAPEL DEL PSICOLOGO

Dentro de las actividades que un psicólogo podría desempeñar en CHECCOS se pueden contemplar:

- 1) Area Asistencial: Apoyo directo a personas que viven con VIH/SIDA y a sus familiares.
- 2) Area Educativa: Actividades de prevención, educación y capacitación dirigidas a la población antes mencionada, al público en general y/o a grupos específicos.

3) Area Administrativa: Actividades relacionadas con la organización interna del Comité.

Incidir en cualquier área implica tener experiencia no sólo en ese campo sino también tomar en cuenta su interrelación con las otras áreas y con múltiples factores.

Considerando que el SIDA involucra aspectos Biológicos, Psicológicos, Sociales, Culturales, Económicos, Sexuales, Familiares, etc., se puede afirmar que el campo del psicólogo es muy amplio.

Específicamente, el trabajar a nivel de capacitación permite al psicólogo el manejo de grupos, hacer investigación social, elaborar, aplicar, coordinar, evaluar y supervisar proyectos educativos.

La capacitación a voluntarios permite el conocimiento de la problemática interna del grupo y tener una incidencia no sólo educativa sino organizacional.

En el área de atención el psicólogo también puede trabajar con las personas directamente afectadas por el VIH/SIDA dándoles terapia, educación, capacitación en acompañamiento, grupos de apoyo, talleres, etc.

*** Puesto y actividades desempeñadas ***

En el Comité la autora del presente reporte fue contratada para ocupar el puesto de coordinadora general. Las actividades que a continuación se reportan fueron las desarrolladas a lo largo de dos años y medio de trabajo: de Enero de 1992 a Junio de 1994.

En la coordinación general se realizaron las funciones asignadas en el puesto (anotadas anteriormente).

Además hubo oportunidad de desarrollar estrategias de intervención en:

1. Area Asistencial:**Sub-área Psicológica.**

Psicoterapia a personas que viven con VIH/SIDA.

Capacitación en acompañamiento a convivientes: pareja, familiares, amigos y al voluntariado.

Grupos de apoyo para personas que viven con VIH/SIDA y a sus familiares.

2. Area Educativa:

Sub-área de Capacitación y asesoría.

Elaboración, implementación, coordinación y evaluación de cursos de capacitación para voluntarios y nuevos educadores.

Cursos de actualización al voluntariado.

Talleres de erotización de sexo seguro.

Sub-área de información.

A) -Recursos informativos y didácticos.

Elaboración de trípticos y folletos.

Elaboración de material educativo: rotafolio, diapositivas, diagramas, etc.

Asesoría en la elaboración de la Historieta "El Caballero Virustop".

B) -Apoyo a la comunidad.

Asesorías a público en general.

Conferencias a público en general y a grupos específicos: mujeres, adolescentes, psicólogos.

Entrevistas informativas en radio y prensa.

3. Area Administrativa:

Sub-área de Recursos financieros.

Elaboración de proyectos.

Organización de eventos especiales.

Sub-área de Recursos humanos.

Reclutamiento de voluntarios.

Selección de personal.

Talleres para el proceso grupal.

Sub-área de Relaciones públicas.

Enlace con ONG's de lucha contra el SIDA a nivel estatal y nacional.

Evidentemente las actividades que un psicólogo puede desempeñar son bastante extensas. El profesional en Psicología, debidamente capacitado en torno a VIH/SIDA, tendrá las bases para ser un agente determinante en el trabajo en SIDA.

**4. MODELO DE CAPACITACION
SOBRE SIDA APLICADO EN
CHECCOS, A.C.**

4.1. MODELO DE CAPACITACION SOBRE SIDA

4.1.1. JUSTIFICACION

CHECCOS había sido una asociación con trabajo en SIDA que definitivamente había tenido logros en la prevención y el trabajo asistencial en el Estado de Jalisco. Sin embargo, el Comité reportó que internamente se estaban enfrentando a obstáculos, tales como escasos recursos humanos, y financieros, que impedían la consecución de sus objetivos. De hecho, en Diciembre de 1991 ya contemplaban la idea de cerrar sus puertas.

Dada la trayectoria del grupo, y lo importante de su labor, valía la pena trabajar para que no se diera fin a un proyecto tan productivo.

4.1.2. OBJETIVO DE LA CAPACITACION

Elaborar y aplicar un programa de capacitación dirigido a voluntarios con el fin de fortalecer las actividades educativas y asistenciales que el Comité Humanitario de Esfuerzo Compartido Contra el SIDA, A.C., ofrecía a la comunidad.

4.1.3. POLITICAS DE LA CAPACITACION

La autora del presente reporte tuvo la responsabilidad de la capacitación; estableció los lineamientos a seguir, (por ejemplo, los costos y la invitación a ponentes externos, entre otros), tomando en cuenta lo que propuso la misma institución (horario y sede).

Otra de las políticas fue involucrar a todos los voluntarios del Comité dentro del proceso de capacitación.

4.1.4. METODOLOGIA

Elaborar, aplicar y evaluar el Modelo significó una serie de pasos:

En primer lugar la detección de necesidades, enseguida el concentrado de datos y jerarquización; surgiendo entonces un plan de acción general y la elaboración, aplicación y evaluación de cursos de capacitación. Se aplicaron cinco en total. Finalmente se realizó la evaluación y el seguimiento.

El tiempo total de la intervención fue de 30 meses, de Enero de 1992 a Junio de 1994 (ver cronograma en la siguiente página)

C R O N O G R A M A

ETAPAS /	MES												
	01	02	03	04	/07	08/15	16/19	20/27	28	29	30		
DETECCION	XX												
PLANEACION	XX	XX											
APLICACION		XX	XX	XX	/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX				
EVALUACION	XX	XX	XX	XX	/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX	XX	XX		
SEGUIMIENTO					/XX	XX/XX	XX/XX	XX/XX	XX	XX	XX		

4.1.4.1. DETERMINACION DE NECESIDADES

El Diagnóstico Basal contempló la investigación de necesidades organizacionales, de área e individuales.

4.1.4.1.1. HERRAMIENTAS*

Se recabó la información a través de:

- Cuestionario para la Asociación.
- Entrevistas no estructuradas.
- Inventario de recursos humanos/funciones del personal.
- Registro de observación directa/ambiente físico.
- Inventario de recursos materiales.
- Lectura de documentos internos.

* Ver formatos modelo en Apéndice A.

4.1.4.1.2. PROCEDIMIENTO

Se aplicaron las herramientas en 2 polaridades:

- Centrado en los directivos
- En el proceso participativo

A) En primer lugar se realizaron 4 entrevistas no estructuradas con los directivos del Comité.

B) Se visitaron las instalaciones y se recolectaron datos a través de la lectura de documentos internos, registros de observación directa, inventario de recursos materiales y el examen del ambiente laboral físico.

C) Se realizó una sesión donde asistieron todos los voluntarios y se les dió a conocer el plan de trabajo para la detección de necesidades.

D) Se agendaron entrevistas individuales para los voluntarios, y se concertó la cita en días y horas que tuvieron disponibles cada uno de ellos.

4.1.4.1.3. RESULTADOS

Los resultados del diagnóstico basal realizado en Enero de 1992 arrojaron los siguientes datos:

DATOS DE LA ORGANIZACION

En el apartado anterior (3, capítulo 3.1) se expusieron las características sobresalientes de la asociación. Sin embargo, cabe destacar que eso fue lo que se encontró en la lectura de documentos, que, comparándolo con la práctica, reveló que existían algunas carencias:

ESTRUCTURA

Se encontró que en la Mesa Directiva acordada en asamblea, (aún no asentada en el acta constitutiva) sólo 2 personas (40%) estaban en activo, el Presidente y Secretario, las otras 3 personas (60%) no.

El número de voluntarios fijos era de 10 y se desconocía el número de voluntarios periféricos.

En el proceso de capacitación participaron un total de 18 personas (100%) de los cuáles 10 (55.5%) eran voluntarios

fijos; 7 (38.8%) periféricos y 1 (5.5%) percibía ingresos económicos por prestar sus servicios.

DATOS DEMOGRAFICOS: Había 12 hombres (66.6%) y 6 mujeres (33.3%). La edad promedio era de 41.1 años (con un rango de 24-62 años). La escolaridad promedio era de 13.5 años de estudio (preparatoria concluida). En cuanto a estado civil, 8 (44.4%) eran solteros; 5 (27.7%) casados; 3 (16.6%) divorciados y 2 (11.1%) viudos.

Del 100% de integrantes, 13 (72.2%) fueron entrevistados; 7 de ellos (54%) eran voluntarios fijos; 5 (38.4%) periféricos y 1 (7.6%) personal remunerado.

ORGANIZACION

En el organigrama se contemplaban 9 puestos (100%), de los cuales 3 del Consejo Directivo (33%) no estaban en activo; 1 (11.1%) estaba vacante (el de Coordinador General) y 6 (66.6%) ejercían sus funciones: había Presidente (desarrollando también funciones como parte del Consejo Directivo, al igual que el Secretario) y los Coordinadores de las Areas Educativa, Asistencial y Administrativa.

FUNCIONAMIENTO

a) Funciones del personal

En el capítulo anterior se describieron y numeraron las funciones; el total se reportaron 35 funciones (100%). Algunas de ellas, por ejemplo la 26, (ver Tabla 1) la desempeñaban 11 personas (61.1%); otras en las que sólo 1 (5.5%) la realizaba (por ejemplo la 23) y otras en las que se duplicaban atribuciones (por ejemplo la 12, 21 y 22).

b) Recursos humanos

Se contaba con expedientes de los voluntarios donde se encontraron datos generales, pero no se incluía registros del nivel de conocimientos y habilidades en torno al trabajo en VIH/SIDA, (experiencia, años de trabajo, capacitación recibida, cursos de actualización).

Las entrevistas arrojaron los siguientes datos: de las 18 personas (100%), 2 de ellas (11.1%) antes de ingresar al Comité ya tenían experiencia previa en el trabajo en SIDA; 2 (11.1%) habían recibido "capacitación para el puesto" dentro del mismo Comité, (como operadores de la línea de información) y 16 (88.8%) ninguna de las dos.

Los medios por los que obtenían información eran:

- 18 (100%) a través de medios masivos de comunicación.
- 14 (77.7%) por la lectura de artículos.
- 12 (66.6%) asistiendo a talleres.
- 12 (66.6%) escuchando conferencias.
- 5 (27.7%) asistiendo a congresos.

El tiempo que tenían como integrantes del Comité era:

- 5 (27.7%) desde el 2do. semestre de 1988.
- 2 (11.1%) desde el 1er. semestre de 1989.
- 2 (11.1%) desde el 2do. semestre de 1989.
- 1 (5.5%) desde el 2do. semestre de 1990.
- 2 (11.1%) desde el 1er. semestre de 1991.
- 2 (11.1%) desde el 2do. semestre de 1991.
- 4 (22.2%) desde el 1er. semestre de 1992.

Por lo que hace a la actitud hacia la capacitación, de las 13 personas entrevistadas (100%), se observó que los porcentajes se distribuyeron entre:

Muy interesados	7 (66.6%)
Razonablemente interesados	3 (16.6%)
Poco interesados:	3 (16.6%)

c) Recursos Materiales y Financieros

1. Financieros:

Obtenidos por medio de donativos que les daban en pláticas, eventos, colectas, particulares y empresas. Los recibos para la deducibilidad de impuestos estaba en trámite.

Los donativos eran utilizados generalmente para el sostenimiento del Comité: renta, agua, luz, teléfono, sueldo, papelería; y para el apoyo a personas de escasos recursos que vivían con VIH/SIDA: compra de despensas, pañales, complementos alimenticios, etc. No fue posible conocer el rubro de ingresos y egresos, así como tampoco el porcentaje destinado a cada área. Se constató que no había presupuesto destinado para la capacitación, el porcentaje era de 0%.

2. Materiales:

- Escritorio.
- Sillas.
- Televisión.
- Línea telefónica.
- Pizarrón.
- Mesas de trabajo.
- Archivero.
- Video cassetteera.
- Contestador telefónico.
- Rotafolio.

DATOS DE LAS AREA

Se investigaron, clasificadas por área (Tabla 1), las actividades que desarrollaban los voluntarios.

12 personas (66.6%) desempeñaban actividades educativas.

9 (50%) actividades asistenciales.

5 (27.7%) actividades dentro del área administrativa y

5 (27.7%) no desarrollaban ninguna actividad.

AREA ASISTENCIAL

Distribuyendo las funciones que 9 personas (100%) desempeñaban en esta área (Tabla 1), se encontró que:

9 (100%) hacían la función 15.

1 (11.1%) la función 16.

8 (88.8%) la función 17.

1 (11.1%) la función 18.

Se desconocía con exactitud el número de visitas domiciliarias, así como hospitalarias, que se realizaban mensualmente, pues no se llevaba control de esto. Aproximadamente eran 50.

Había una psicóloga que coordinaba un grupo de apoyo constituido por 6 participantes que vivían con VIH o con SIDA. Además brindaba terapia psicológica de manera individual y/o de pareja y asesoría a los familiares (se desconocía la cantidad pues no llevaba registro, aproximadamente eran 15 casos en total).

Por un tiempo se pudieron distribuir alrededor de 10 despensas por mes; así como también algunos medicamentos a más de 20 personas. Eventualmente se proporcionaban complementos alimenticios y pañales para adultos.

AREA EDUCATIVA

Distribuyendo las funciones que 12 personas (100%) desempeñaban en esta área (Tabla 1), se encontró que:

1 (8.3%) hacía la función 23.

7 (58.3%) la función 24.

6 (50%) la función 25.

11 (91.8%) la función 26.

A través de la línea telefónica se proveía información y atención a un promedio de 10 personas diariamente.

La psicóloga impartía las charlas informativas (dos mensuales en promedio) y lo hacía presentando un video de información básica.

Otras de las actividades tendientes a promover la prevención eran los stands de información en eventos públicos tales como las fiestas de Octubre y los eventos del Día Mundial del SIDA.

El Comité había realizado un cartel de sensibilización con mensajes e imagen de la Madre Teresa de Calcuta.

AREA ADMINISTRATIVA

Distribuyendo las funciones que 5 personas (100%) desempeñaban en esta área (Tabla 1), se encontró que:

3 (60%) hacían la función 31.

2 (40%) la función 32.

3 (60%) la función 33.

1 (20%) la función 34.

1 (20%) la función 35.

La invitación a participar como voluntario se hacía a través de trípticos y folletos que repartían en eventos

públicos y también en la promoción de servicios a través de medios masivos de comunicación (radio, T.V., periódico), o por invitación directa a los amigos de los voluntarios y no había ningún requisito de admisión.

No existían actividades de capacitación para el puesto: por ejemplo, a dos personas que ya prestaban sus servicios como operadoras de la línea de información, la "capacitación" consistió en la proyección de un video sobre información básica, y al final la coordinadora educativa abrió un espacio para resolver dudas. Una vez hecho esto, dichas personas fijaron el día y la hora en que iban a prestar su servicio voluntario y así comenzaron a trabajar.

Como datos suplementarios de esta detección se mencionan los resultados de las entrevistas practicadas a los directivos y a los voluntarios sobre los principales problemas que se presentaban dentro del Comité, así como sus expectativas personales en cuanto a capacitación se refiere.

Jerarquizando lo que ellos opinaron: los mayores problemas con los que se enfrentaban (en lo individual o en lo grupal) eran:

- 16 (88.8%) falta de conocimientos y habilidades en torno a SIDA.
- 12 (66.6%) falta de organización.
- 11 (61.1%) relaciones interpersonales.
- 3 (16.6%) falta de recursos humanos.
- 3 (16.6%) falta de recursos económicos.

El 61.1% de los voluntarios reportó que existían problemas del grupo debido a conflictos internos, relaciones interpersonales; sin embargo, reportaron que esto se debía a diferencias en la toma de decisiones con respecto al trabajo desarrollado en el Comité.

Los objetivos del Comité eran para todos conocidos, pero no estaba claro cómo abordarlos, no se priorizaban las actividades y había desconocimiento de las funciones que debían desempeñar dentro de sus puestos. Reportaron que había invasión de límites.

Los temas que sugirieron como parte de la capacitación fueron (clasificados por bloques):

- 4 (22.2%) aspectos biomédicos.
- 4 (22.2%) cómo apoyar a un enfermo.
- 3 (16.6%) información básica.

- 2 (11.1%) aspectos sexuales.
- 2 (11.1%) aspectos educativos.
- 1 (5.5%) aspectos legales.
- 1 (5.5%) aspectos espirituales.
- 1 (5.5%) proceso grupal.

4.1.4.1.4. INTERPRETACION DE RESULTADOS

OBSTACULOS PARA LA CONSECUCION DE LOS OBJETIVOS

Los problemas existían en distintos niveles:

Estructura:

Aunque la estructura del Comité estaba bien delimitada en el acta constitutiva, ya en la práctica no se llevaba a cabo dicha disposición.

Organización:

El organigrama básico se planteó de manera vertical: había jerarquías. Lo anterior limitaba las acciones ya que la responsabilidad en la toma de decisiones recaía, la mayor parte de las veces, sobre el presidente (ya que así se habían

organizado), dificultando así una mayor experiencia participativa y democrática.

Por otro lado, aunque en el organigrama estaba contemplado el puesto de coordinador general, éste había estado vacante, por lo tanto no había quién diera uniformidad a las actividades que se realizaban en las áreas.

Funcionamiento:

a) Funciones del personal

Existía:

- Duplicidad en algunas funciones.
- Usurpación de funciones.
- Funciones sin cubrir.

b) Recursos humanos

Existía:

- Carencia de planeación de recursos humanos.
- Carencia de selección de personal, cualquier persona podía ser voluntario.
- Carencia de capacitación para el puesto a las personas que querían entrar como voluntarios.
- Carencia de capacitación y actualización al personal.

c) Recursos materiales y financieros

Existía:

- Carencia de una planeación de recursos.
- Carencia de proyectos para financiamientos.

Además, aunque sólo 3 personas (16.6%) lo mencionaron, un punto medular eran los escasos recursos económicos con los que se contaba, manifestándose algunas complicaciones en la organización, por ejemplo, se redujo el apoyo asistencial pues se suspendió la compra de complementos alimenticios y despensas, así como algunos materiales (pañales, guantes, cubrebocas), ya que esto representaba gastos que no se podían cubrir de momento.

La utilización de recursos externos, en este caso, los servicios profesionales de la autora del presente reporte, significó un gasto más para el Comité. No es de extrañar que por ello las necesidades de capacitación más apremiantes, (como lo veremos más adelante) detectadas en la primer fase, fueran las relativas al incremento de la productividad, los cursos de capacitación sobre SIDA y la necesidad de contar con el número de instructores internos.

Finalmente, se concluyó que la falta de estructura y de políticas internas, así como la carencia en el equipo y

carencia de capacitación al personal eran las raíces de problemas tales como, la falta de planeación de recursos humanos y económicos, lo que ocasionaba fuga de recursos: el ausentismo, la deserción, baja productividad y conflictos interpersonales y todos ellos repercutían de alguna manera en la consecución de los objetivos de la asociación.

JERARQUIZACION DE NECESIDADES

Como toda carencia implica una necesidad, se concluyó que las necesidades más apremiantes, clasificadas por amplitud y jerarquizadas de mayor a menor, eran:

Necesidad Organizacionales:

- Fortalecer la estructura de la mesa directiva.
- Establecer políticas y procedimientos para el reclutamiento, selección, y formación de recursos humanos.
- Planear los recursos humanos y económicos, con base en los objetivos organizacionales.
- Reglamentar el funcionamiento interno.
- Actualizar acta constitutiva.
- Agilizar trámites fiscales.

Necesidades por área:

- Incrementar la productividad.
- Incrementar el número de instructores internos.
- Elaborar, aplicar y evaluar planes y programa por área.
- Implementar estrategias de comunicación inter-áreas.

Necesidades individuales:

- Capacitar para el puesto (capacitar sobre SIDA).
- Adiestrar y actualizar para mejorar el desempeño.

Se concluyó que las necesidades prioritarias, que se solucionaban con capacitación y que debían cubrirse a corto plazo, eran:

1. Necesidad de capacitar sobre SIDA al personal.
2. Necesidad de incrementar la productividad.
3. Necesidad de incrementar el número de instructores internos.

Hubo otras necesidades prioritarias de organización y estructura que exclusivamente eran de competencia administrativa, y que no se solucionaban con capacitación. Cabe aclarar que atender las necesidades de capacitación, era de alguna manera, contribuir a que las otras se vieran favorecidas, debido a la interrelación entre ellas.

4.1.4.2. ORIENTACION DE LAS ACTIVIDADES

A partir de la fase anterior se determinó el camino a seguir. Todos los integrantes participaron, de una u otra manera, para cubrir necesidades, partiendo de la jerarquización que se hizo de ellas.

4.1.4.2.1. OBJETIVO GENERAL

Consolidar y fortalecer operativamente al Comité, a través de la planeación general de estrategias de acción para cubrir necesidades detectadas en niveles organizacionales, de área e individuales.

4.1.4.2.2. PLAN GENERAL

Para fines prácticos, y retomando el objetivo del presente Reporte Profesional, sólo se presenta un esquema de lo que fue el plan general (Tabla 2).

PLAN GENERAL

- ESTRUCTURA
- ORGANIZACION
- FUNCIONAMIENTO

PROGRAMA

EDUCATIVO

PROGRAMA

ASISTENCIAL

PROGRAMA

ADMINISTRATIVO

INFORMACION

CAPACITACION

PROMOCION Y DIFUSION

INVESTIGACION

SUB-AREA MEDICA

SUB-AREA PSICOLOGICA

SUB-AREA TRABAJO SOCIAL

SUB-AREA LEGAL

SUB-AREA ESPIRITUAL

CONTABILIDAD

REC. FINANCIEROS

REC. HUMANOS

REL. PUBLICAS

BIBLIOTECA

AUDIOTECA

HEMEROTECA

CURSO DE CAPACITACION

ADJESTRAMIENTO

ACTUALIZACION

ELABORACION DE

TRIPTICOS

MEDIOS MASIVOS

ESTUDIOS DE

OPINION

DIAGNOSTICO

DIRECTORIOS

CANALIZACIONES

GRUPO DE APOYO

TERAPIAS

RED DE APOYO

EST. SOCIOECON.

DENUNCIAS

CANALIZACIONES

GRUPOS DE

ENCUENTRO

OBLIG. FISCAL

ACTUALIZAR ACTA

PATROMATO

PROYECTOS

REGLAMENTO

PLANEACION

ENLACE ONG'S

RED ESTATAL

4.1.4.3. ELABORACION DE PROGRAMAS

Como se puede observar en el cuadro de la página anterior, uno de los programas fue específicamente en el área educativa, donde las estrategias de acción se enfocaron a cubrir sus propias necesidades, considerando las sub-áreas.

Para fines del presente reporte exclusivamente se presenta la estrategia de capacitación que se realizó para cubrir las necesidades prioritarias en torno a esta área.

4.1.4.3.1. CURSO DE CAPACITACION SOBRE SIDA

4.1.4.3.1.1. OBJETIVOS

- Conocerán información básica sobre aspectos biológicos, psicológicos, sociales, legales, sexuales y familiares en torno a la prevención y atención en la pandemia del VIH/SIDA.
- Identificarán sus propias actitudes en torno a los diferentes aspectos que trastoca el SIDA: aspectos sexuales, derechos humanos, pérdidas, la enfermedad, el enfermo.
- Tendrán habilidades para implementar comportamientos preventivos a nivel personal y/o profesional.

4.1.4.3.1.2. CONTENIDO

La temática central del curso sobre SIDA contiene tres puntos: a) conocimientos sobre aspectos relacionados a la pandemia, b) revisión de las propias actitudes en torno a sexualidad, muerte, personas con VIH/SIDA y c) habilidades como la asertividad para hablar de las diferentes alternativas de protección, colocación del condón, negociación para la autoprotección, entre otros.

El temario que se presenta en la siguiente página, fue el que quedó como Modelo, ya estructurado y aplicado tal cual, a partir del tercer grupo capacitado, modificando sólo el manejo de herramientas didácticas, (por ejemplo la dinámica de presentación, la forma de conducir la sesión, etc.), de acuerdo al tipo de grupo y la cantidad de integrantes.

En el Modelo se retomaron algunos temas, técnicas de enseñanza-aprendizaje y herramientas de evaluación, aprendidas y vividas por la autora en los "Cursos sobre Sexualidad y SIDA" organizados por AVE DE MEXICO, A. C.,

CURSO DE CAPACITACION SOBRE SIDA

T E M A R I O

ETAPA	TEMA / ACTIVIDAD
I.	1. EVALUACION INICIAL. 2. DINAMICA DE PRESENTACION. 3. ORGANIGRAMA DE CHECCOS, A.C. 4. ENTENDIENDO AL SIDA. 5. TRABAJO INTERDISCIPLINARIO.
II.	1. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD. DETECCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. 2. DINAMICA: "EL COHETE". 3. ASPECTOS PSICOSOCIALES.
III.	1. NORMAL-NATURAL. 2. DINAMICA "SI/NO PARA MI". 3. CONCEPTOS BASICOS DE SEXUALIDAD HUMANA.
IV.	1. PREFERENCIAS SEXUALES. 2. DINAMICA "MIS EXPRESIONES". 3. EXPRESIONES COMPORTAMENTALES DE LA SEX.
V.	1. DINAMICA "EL IMPEDIDO FISICO". 2. CONTINUO PSICOAFECTIVO EN TORNO A SIDA. 3. CUIDADOS DE ENFERMERIA. 4. PSICONEUROINMUNOLOGIA.
VI.	1. MI VIVENCIA ANTE LA MUERTE. 2. MUERTE Y MORIR. 3. DINAMICA "POLICIAS Y LADRONES". 4. DERECHOS HUMANOS.
VII.	1. RELACION FAMILIAR. 2. DINAMICA "MI EXPERIENCIA". 3. RELACION TERAPEUTA-PACIENTE. 4. APOYO ESPIRITUAL.
VIII.	1. TALLER DE EROTIZACION DE SEXO SEGURO. 2. EVALUACION FINAL.

(Compañeros en Ayuda Voluntaria Educativa, grupo de acción civil en lucha contra el SIDA, en la ciudad de México).¹

4.1.4.3.1.3. CARTAS DESCRIPTIVAS

En el Apéndice B se encuentran las cartas descriptivas de los temas y de las dinámicas aplicadas. En cada carta se anota el objetivo, el índice temático, la técnica didáctica sugerida, el material de apoyo utilizado, evaluación posible, tiempo recomendado, observaciones y bibliografía de consulta.

4.1.4.3.1.4. INSTRUMENTOS DE EVALUACION*

EVALUACION INICIAL

Instrumento 1

Se realizó un instrumento de evaluación extrayendo ítems de un cuestionario llamado "Comportamiento sexual y SIDA" elaborado por el Taller de Discusión Sexológica de la Escuela

¹ De estos cursos existen Memorias. Se puede solicitar información en la sede de la asociación y/o llamando a CONASIDA donde existe un directorio de Organismos No Gubernamentales de lucha contra el SIDA. (ONG's) y les pueden facilitar los datos de AVE de México, A.C.

* Ver formatos en Apéndice C.

Nacional de Antropología e Historia, en colaboración con el Grupo Guerrilla Gay. Los ítems seleccionados fueron los referentes a conocimiento, opiniones, actitudes y comportamiento sexual en relación al SIDA.²

EVALUACION DE LA REACCION DE LOS PARTICIPANTES

Instrumento 2

Formato donde los participantes evaluaron cada etapa; en éste aparece una escala de 0-10 para dar "calificación" cuantitativa, al tema, ponente, material de apoyo y técnica realizada. Al final una sección para escribir sugerencias y comentarios.

EVALUACION DE ACTITUDES HACIA DE SEXO SEGURO

Instrumento 3

Instrumento de 4 ítems para ser aplicado después del taller de sexo seguro.

² Se puede consultar el cuestionario completo en: Lizarraga X. (comp.) *Algunos pretextos, textos y subtextos ante el SIDA*. Colección Cuicuilco. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México, 1990. pp. 29-41.

EVALUACION FINAL: CUESTIONARIO DE PREGUNTAS ABIERTAS**Instrumento 4**

Dividido en dos partes: a) Preguntas de conocimientos generales sobre aspectos teóricos revisados en el curso y b) preguntas de cuestiones grupales y personales.

EVALUACION DE LA ORGANIZACION DEL CURSO**Instrumento 5**

Instrumento para obtener la opinión de los participantes con respecto a la organización del curso en general.

**4.1.4.3.1.5. ORGANIZACION DE LA
CAPACITACION****1. ANTES DEL CURSO**

- Promoción-difusión en medios masivos.
- Boletín de prensa.
- Folletos de promoción de la actividad.
- Carteles promocionales.
- Convocatoria al curso.
- Invitación a ponentes.
- Temario.
- Instrumento de evaluación No. 1 y 2.

2. DURANTE EL CURSO

- Instrumento de evaluación No. 2.
- Material de apoyo.
- Material didáctico.
- Reconocimiento a ponentes.

3. AL FINALIZAR EL CURSO

- Instrumento de evaluación No. 3, 4 y 5.
- Diplomas a participantes.

MATERIAL DE PAPELERIA PARA EL CURSO

=====

Maskin tape	Plumones	Gises	Hojas de rotafolio
Rotafolio	Pizarrón	Clips	Libreta de registro
Señalador	Gafetes	Borrador	Hojas blancas
Folders	Bolígrafos		

EQUIPO TECNICO

=====

Proyector de diapositivas	Carrusel
Grabadora	Audiocassettes
Videocassettera	Videocassettes
Extensión	Televisión
Pantalla	

4.1.4.4. APLICACION DEL CURSO DE CAPACITACION

El plan general contempló, como primer paso, la capacitación dirigida al personal del Comité, enseguida a los usuarios que recibían apoyo, a sus familiares y amigos, y por último a la población en general. Se programaron 2 cursos por año.

4.1.4.4.1. CRONOGRAMA

TIEMPO	:	ACTIVIDAD
AÑO 1992		
-Febrero-Mayo	:	-1er. curso de capacitación.
-Julio-Agosto	:	-2do. curso de capacitación.
AÑO 1993		
-Marzo-Mayo	:	-3er. curso de capacitación.
-Julio-Agosto	:	-4to. curso de capacitación.
AÑO 1994		
-Marzo-Mayo	:	-5to. curso de capacitación.

Como cada curso tuvo diferencias específicas, en cuanto al método que se siguió para su aplicación, a continuación se describe lo realizado.

4.1.4.4.2. METODO

Grupo I: La promoción fue interna, dirigida a directivos y voluntarios. Se aplicó el curso sobre SIDA intercalándolo con un taller de proceso grupal. Asistieron 17 personas. La duración total fue de 36 horas divididas en 9 sesiones

semanales de 4 horas cada una. La evaluación inicial se realizó a través de las entrevistas no estructuradas de la fase de detección de necesidades. Durante el curso se aplicó la evaluación de la reacción de los participantes. La evaluación final fue la aplicación del instrumento 4.

Grupo II: Se aplicó el curso sobre SIDA. La convocatoria la realizaron los voluntarios a sus propios usuarios. Participantes: personas que vivían con VIH/SIDA, sus familiares y amigos: total 12. Duración 35 horas, divididas en 7 sesiones semanales de 5 hrs. cada una. No hubo ni evaluación previa ni posterior, sólo la evaluación de la reacción de los participantes a través del instrumento No. 2.

Grupo III: Promoción a público en general a través de diferentes medios. Se aplicó el curso sobre SIDA. Participaron 25 personas: prestadores de servicio social de la carrera de comunicación y de mercadotecnia, estudiantes de nivel preparatoria y universitarios, psicólogos, integrantes de instituciones gubernamentales y civiles con trabajo en SIDA. Duración 8 sesiones de 5 horas cada una, sumando un total de 40 hrs. La evaluación inicial fue verbal utilizando preguntas abiertas. Durante el curso se evaluó la reacción de los participantes, aplicando el instrumento No. 2. La evaluación final fue verbal.

Grupo IV y V: Convocatoria a público en general. Se aplicó el curso de capacitación sobre SIDA. Los participantes fueron personas que vivían con VIH/SIDA, personal de instituciones de salud y de Organismos No Gubernamentales (ONG's) con trabajo en SIDA, así como otros que ya realizaban trabajo dentro del área. En el Grupo IV asistieron 17 personas y 21 en el Grupo V. Cada curso se impartió en 8 sesiones de 5 horas cada una, sumando un total de 40 horas. Se realizó la evaluación inicial aplicando el instrumento No. 1. En ambos cursos se evaluó la reacción de los participantes con el instrumento 2. Como evaluación final, al grupo IV se le aplicaron los instrumentos 3 y 5 y al grupo V sólo el instrumento 4.

SEDE: Todos los cursos se llevaron a cabo en el domicilio particular del Comité.

Para evaluar la reacción de los participantes: al finalizar la etapa cada persona debía evaluar lo visto ese día. En el primer grupo, se les dió una hoja en blanco y se les pidió que hicieran sus comentarios o sugerencias. A partir del segundo curso se obtuvo la información aplicando el instrumento No. 2.

En todos los cursos la última etapa fue abierta, es decir, los participantes tuvieron la opción de invitar a más personas para que vivieran el taller de erotización de sexo seguro.

4.1.4.5. RESULTADOS

Grupo I: Los voluntarios del Comité identificaron que la experiencia teórico-vivencial, donde se retomaron diferentes aspectos en torno SIDA, así como el revisar y confrontar sus propias actitudes ante estos aspectos, eran las principales herramientas para trabajar en SIDA, independientemente del área donde prestaran sus servicios, pues les permitió actualizar conocimientos y así tener una mayor confianza, tanto para reproducir la información, como para desempeñarse con mayor eficacia en el trabajo asistencial hacia las personas que vivían con VIH/SIDA y a sus familiares.

Por otro lado, identificaron que el grupo estaba enfrentando situaciones especiales dentro del proceso grupal, como por ejemplo, falta de comunicación, lucha de poder, falta de cohesión grupal y que esto interfería para la consecución de los objetivos del Comité.

El taller sobre Proceso Grupal -aplicado sólo a este grupo- que se impartió junto con la capacitación sobre SIDA, ayudó a que los voluntarios tomaran conciencia acerca de la responsabilidad que tenía cada uno de ellos dentro del grupo y las alternativas para lograr un cambio para fortalecer internamente al Comité.

Opinaron que la capacitación les había apoyado tanto en su vida personal como para las actividades que desarrollaban en el Comité. En general, en la evaluación final se demostró que habían adquirido un alto nivel de conocimientos, sobre todo en aspectos básicos y biomédicos. La calificación promedio fue de 80 (el mínimo fue de 40/100 y el máximo 100/100). Propusieron que existiera capacitación continua.

Grupo II: Se tuvieron múltiples contratiempos y vicisitudes en el desarrollo del curso, uno de ellos, relacionado directamente con el tipo de población, fue que debido a enfermedad, recaídas, tener que cuidar al enfermo en casa, etc., algunos participantes no se presentaron desde el principio al curso; se perdieron algunas sesiones, o incluso algunos dejaron de ir. La asistencia irregular ocasionó que algunas sesiones se pospusieran.

Otro de los contratiempos fue el bajo número de participantes (se inscribieron 12 y lo concluyeron 6). Algunas técnicas grupales se cancelaron, otras se sustituyeron, se adaptaron y/o se pospusieron, según fue necesario.

Por los motivos anteriores no se pudo hacer una evaluación confiable; sin embargo, la experiencia fue muy enriquecedora y representativa: los participantes demostraron un gran interés en recibir información básica y específica sobre SIDA, así como en conocer los aspectos de cuidados en casa, derechos de las personas que viven con VIH/SIDA, y sobre todo los aspectos relacionados al diagnóstico, tratamiento y autocuidado.

Las actitudes hacia el enfermo, la enfermedad, la muerte, la sexualidad, fueron muy favorables en este grupo. Hubo mayor disponibilidad al hablar de temas psicoafectivos.

La mayoría de sus dudas fueron sobre el desarrollo de la enfermedad y de las alternativas del cuidado en la salud: nutrición, medicamentos antirretrovirales, tratamientos alternativos, manejo de la angustia y la depresión.

Grupos III, IV y V: Los participantes de estos cursos fueron convocados para informarse sobre diferentes aspectos del SIDA y con la posibilidad de integrarse como voluntarios al Comité.

La evaluación inicial, obtenida a través de la aplicación del instrumento No. 1, a los grupos IV y V, se da a conocer en el Apéndice D.

Entre los logros más importantes destacaron las actitudes de respeto a la diferencia, mostradas a lo largo de las técnicas vivenciales, ya que se creó un ambiente que favoreció la expresión, el diálogo y el autoconocimiento.

Las actitudes de aceptación, tolerancia y respeto se demostraron ante las preferencias sexuales, las expresiones comportamentales de la sexualidad, la percepción y significación de la muerte, el proceso psicoafectivo ante la notificación del diagnóstico de VIH/SIDA, y muchos otros aspectos como el de escuchar el testimonio de alguien que estuviera viviendo un proceso de duelo debido a la pérdida de un ser querido.

Se logró que los participantes desecharan conceptos erróneos sobre la información básica de VIH/SIDA y que se percataran de sus propias actitudes. El curso favoreció la disminución de las reacciones de miedo al contagio pues adquirieron conocimientos de las alternativas de autoprotección a nivel personal y profesional.

A través de la experiencia educativa aprendieron cómo cuidar un enfermo en casa, asesorarlo en el autocuidado, así como atender, incluso, sus necesidades afectivas conociendo el proceso emocional por el que atraviesa una persona impactada por el VIH/SIDA, y de igual manera enfrentándose a su propio proceso al estar como acompañante en momentos de crisis de otra persona.

En todos los cursos de capacitación los participantes aceptaron de buen agrado la intervención educativa ya que les aportó elementos de autoconocimiento así como de capacitación para el trabajo. La evaluación final, a los grupos en que se aplicó fue de 83 (el mínimo fue de 80/100 y el máximo de 85/100), mostrando así un nivel adecuado de conocimientos en torno a VIH/SIDA.

4.1.5. EVALUACION DE LA CAPACITACION

Retomando el marco teórico de la capacitación se realizó la etapa de evaluación comparando lo que debió haberse hecho, con lo que realmente se hizo.

4.1.5.1. DISEÑO Y ORGANIZACION

Hubo dos tipos de evaluación del diseño y organización:

1) Por parte de los participantes (instrumento 5) evaluando el curso de capacitación sobre SIDA.

2) Por parte de la coordinación de la capacitación, evaluando toda la intervención (desde la detección de necesidades hasta la aplicación de los cinco cursos).

OPINION DE PARTICIPANTES				
	Exc.	Bue.	Reg.	Mal.
Organización del curso	20%	80%		
Actividades y discusión	60%	40%		
Secuencia y progresión	70%	30%		
Materiales de apoyo	40%	50%	10%	
Preparación de los instructores	80%	20%		
Entusiasmo de los instructores	80%	20%		

Las personas que evaluaron fueron 10 (consideradas aquí como el 100%), quienes fueron integrantes del grupo IV.

Los items permitieron obtener la información necesaria para evaluar la organización del curso, la cual es representativa de cómo se desarrolló la capacitación.

EVALUACION DE LA COORDINACION	
	Calificación (de 0 a 10)
Diagnóstico de necesidades	8
Objetivos del curso	10
Contenido del curso	10
Técnicas de aprendizaje	10
Medición del aprendizaje	5
Materiales	8
Aulas	10
Selección de participantes	9
Comunicación del evento	10
Control de participantes	9
Evaluación promedio:	8.9

4.1.5.2. REACCION DE LOS PARTICIPANTES

INSTRUMENTO 2

1) Evaluación cuantitativa. Los participantes asignaron calificación numérica (de 0 a 10) a los temas, ponentes y material didáctico. Al final se sumó y promedió la calificación dada a cada apartado, (ver página siguiente).

8
EVALUACION DE LA CALIDAD DEL CURSO Y SATISFACCION DE LOS PARTICIPANTES

EVALUACION FINAL AL CURSO DE CAPACITACION

(REALIZADA POR LOS PARTICIPANTES DEL TERCER CURSO)

ETAPA	PONENTE	TEMA	EVALUACION DE LA ACTIVIDAD
I	-LIC. R. RUIZ VILLASEÑOR. -PSIC. JUANA MARTINEZ L. -PSIC. JUANA MARTINEZ L. -PSIC. JUANA MARTINEZ L.	-ORGANIGRAMA DE CHECCOS, A.C.	8.9
		-ENTENDIENDO AL SIDA.	9.4
		-TRABAJO INTERDISCIPLINARIO.	8.8
		-DINAMICA *LA TELARAÑA*	9.4
		EVALUACION DE LA ETAPA:	<u>9.1</u>
II	-DR. EDUARDO PARTIDA. -DRA. PATRICIA CAMPOS.L. -PSIC. JUANA MARTINEZ L. -PSIC. JUANA MARTINEZ L.	-DETECCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.	9.7
		-HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.	9.5
		-ASPECTOS PSICOSOCIALES.	9.6
		-DINAMICA *EL COHETE*	9.8
		EVALUACION DE LA ETAPA:	<u>9.6</u>
III	-PSIC. JUANA MARTINEZ L. -PSIC. JUANA MARTINEZ L. -PSIC. JUANA MARTINEZ L.	-NORMAL-NATURAL.	8.8
		-CONCEPTOS BASICOS DE SEXUALIDAD HUMANA.	9.2
		-DINAMICA *SI/NO PARA MI*	9.7
		EVALUACION DE LA ETAPA:	<u>9.2</u>
IV	-PSIC. JUANA MARTINEZ L. -DR. CARLOS GARCIA DE LEON. -PSIC. JUANA MARTINEZ L.	-PREFERENCIAS SEXUALES.	9.5
		-EXPRESIONES COMPORT. DE LA SEXUALIDAD.	9.7
		-DINAMICA *MIS EXPRESIONES*	9.7
		EVALUACION DE LA ETAPA:	<u>9.6</u>
V	-PSIC. JUANA MARTINEZ L. -LIC. PEDRO PRECIADO N. -PSIC. JUANA MARTINEZ L.	-MUERTE Y MORIR.	9.9
		-DERECHOS HUMANOS.	9.7
		-DINAMICA *POLICIAS Y LADRONES*	9.7
		EVALUACION DE LA ETAPA:	<u>9.7</u>
VI	-PSIC. JUANA MARTINEZ L. -PSIC. JUANA MARTINEZ L. -PSIC. JUANA MARTINEZ L.	-CONTINUO PSICOAFECTIVO.	9.7
		-CUIDADOS DE ENFERMERIA.	9.7
		-DINAMICA *IMPEDIDOS FISICOS*	9.9
		EVALUACION DE LA ETAPA:	<u>9.7</u>
VII	-PSIC. JUANA MARTINEZ L. -PSIC. SALVADOR BUSTOS. -P. J. JORGE MANZANO. -PSIC. JUANA MARTINEZ L.	-RELACION FAMILIAR.	9.5
		-RELACION TERAPEUTA-PACIENTE.	9.3
		-APOYO ESPIRITUAL.	9.2
		-DINAMICA *MI EXPERIENCIA*	9.9
		EVALUACION DE LA ETAPA:	<u>9.4</u>
VIII	-PSIC. JUANA MARTINEZ L. -MTRO. PEDRO A. LAGUNA.	-TALLER DE EROTIZACION DE SEXO SEGURO.	10.0
			EVALUACION DE LA ETAPA:
		EVALUACION FINAL:	<u>9.5</u>

2) Evaluación cualitativa. En el apéndice se exponen, como muestra, y de manera textual, todos los comentarios y sugerencias que dieron por escrito los asistentes al tercer curso, (elegido éste por ser el más concurrido).

De manera general, la evaluación demuestra una reacción positiva de los participantes hacia el curso, haciendo evidente su agrado hacia los temas y la forma de conducirlos.

En varios de los comentarios los capacitandos expresaron que el programa había rebasado sus expectativas y que sus necesidades habían sido cubiertas, logrando así una alta motivación para la capacitación. De igual manera reportaron nuevo aprendizaje, esto es de gran importancia pues no sólo "les gustó" sino que reportaron haber adquirido el conocimiento de manera eficiente.

COMENTARIOS. El instrumento diseñado, a pesar de que rescata el disfrute y utilidad del curso, no fue del todo correcto ya que el formato sólo dió opción a contestar todas las preguntas en igual forma (calificar de 0 a 10) al ponente, al tema, y al material didáctico, sin dar opciones de respuesta:

Ejemplo:

Ponente

Aclaró todas las dudas.....()
 Proporcionó un resumen.....()
 Facilitó bibliografía.....()
 Fue puntual.....()

Permitiendo que colocaran su grado de satisfacción:

Totalmente de acuerdo 6	Medianamente de acuerdo 5	Ligeramente de acuerdo 4
Ligeramente en desacuerdo 3	Medianamente en desacuerdo 2	Totalmente en desacuerdo 1

4.1.5.3. GRADO DE APRENDIZAJE

El aprendizaje se midió en cuatro campos:

+ Cognoscitivo.....Pruebas objetivas de conocimientos

Instrumento 1.

Instrumento 4.

+ Psicomotor.....Pruebas de habilidad

Pruebas de prácticas en el taller de sexo seguro.

+ Actitudinal.....Escala de actitudes

Dinámicas vivenciales.

Confrontación.

Preguntas abiertas.

Instrumento 1

Instrumento 3.

+ Conductual.....Guías de observación de la conducta
Escenificación.

COMENTARIOS. Sólo se obtuvieron resultados cuantitativos del aprendizaje aplicando los instrumentos 1, 3 y 4.

El instrumento 1, no alcanza un nivel alto de validez y confiabilidad para ser utilizado como evaluación previa, pues no cubre objetivos y no hay un equilibrio de items donde se evalúe el nivel de conocimientos de los participantes, en los diferentes aspectos relacionados a SIDA: básicos, biomédicos, sociales, sexuales, preventivos, etc.

Varias de las preguntas sólo son de opinión y no pueden ser tomadas como de conocimientos.

En cuanto a actitudes se refiere, en el instrumento 1 sólo se dan opciones de respuesta sin posibilidad de que éstas sean evaluadas con escala actitudinal, que sea representativa de lo que se desea investigar. De igual manera, el instrumento 3 comparte esta misma característica.

En el instrumento 4 se plantearon preguntas abiertas, a desarrollar, para medir el conocimiento de información revisada durante el curso; se pudo obtener así la evaluación al final de éste (aunque no en todos los grupos); sin embargo, al ser un instrumento diferente al utilizado como evaluación previa, no se pudo realizar una evaluación de tipo comparativo.

Por las deficiencias en ambos instrumentos, al finalizar el curso, no se pudo conocer con precisión los cambios en el grado de aprendizaje de los participantes: al no conocer cuánto sabían antes, en torno a todos los temas a tratar, no se pudo saber cuánto aprendieron.

La evaluación de actitudes obtenidas con técnicas vivenciales y didácticas fueron métodos no cuantitativos. Sólo el instrumento 3 permitió conocer las actitudes hacia la protección, de una manera cuantitativa.

4.1.5.4. RESULTADOS EN EL DESEMPEÑO LABORAL

COSTO/BENEFICIO DE LA CAPACITACION

COSTO: A partir del tercer grupo, el curso fue autogestivo, se pidió cuota de recuperación, lo cual permitió

cubrir gastos de impresión de materiales, papelería e incluso se pudo otorgar becas a estudiantes que lo solicitaron.

INSTRUCTORES: En el primer curso sólo uno de los voluntarios participó como ponente. Conforme más personas se fueron capacitando aumentó el número de recursos humanos que se integraron como voluntarios al Comité y al proceso de capacitación, algunos como ponentes, otros como organizadores, promotores, facilitadores del proceso, multiplicadores de la información, etc.

La necesidad de tener personal interno capacitado fue cubierta al 100% ya que la capacitación fue tomada como requisito para ingresar como voluntario al Comité, (reclutamiento y selección).

Los gastos de instrucción disminuyeron, existió personal laborando en la sub-área de capacitación, que en términos de horas-hombre disminuyó los gastos que se invertían al incluir viáticos de ponentes externos.

El aumento en el número de recursos humanos capacitados favoreció consecuentemente el incremento de la productividad, lo que fortaleció operativamente al Comité.

La aplicación de los conocimientos o habilidades adquiridas y los cambios de actitud se observaron en las funciones cotidianas desempeñadas durante el trabajo, evaluando la calidad del servicio al usuario y su productividad dentro del trabajo en SIDA.

Finalmente, uno de los beneficios encontrados fue el fortalecimiento de las relaciones interpersonales, que al ser más fluidas, permitieron consolidar internamente al Comité.

COMENTARIOS. No se determinó el costo real de la capacitación. Sólo se realizó un presupuesto de material de papelería (hojas blancas, plumones, copias fotostáticas, etc.), lo cual fue cubierto al 100% por las cuotas de recuperación; pero al no haber hecho un presupuesto total y no haberlo comprobado con un costo real, no se obtuvo el dato entre la diferencia y porcentaje que representó.

4.1.6. SEGUIMIENTO

El seguimiento y el sistema de retroalimentación consistió en:

1. Intervención directa con las personas capacitadas. Con el fin de reforzar el aprendizaje, aplicar los

conocimientos al trabajo y enriquecer los recursos humanos, a las personas que se integraron a las actividades educativas dentro del Comité, se les dió adiestramiento para desempeñar funciones específicas.

2. **Análisis del curso.** Con el fin de retroalimentar el curso se retomaron las evaluaciones que se habían obtenido durante su aplicación. Posteriormente, a las personas que se capacitaron y que ingresaron al Comité, se les pidió sus comentarios y sugerencias al curso; realizando ajustes al contenido, de acuerdo a lo que ellos veían era necesario incluir, cambiar o quitar, tomando en cuenta lo vivido durante el curso y las exigencias a las que se habían tenido que enfrentar después de éste.

En todas las etapas de los cinco cursos se evaluó, analizó, criticó, amplió y fortaleció el proceso. Hubo evaluaciones a través de entrevistas, observación directa, cuestionarios y comentarios.

3. **Evaluación del Comité.** En Marzo de 1994 se realizó un reporte cuantitativo de los servicios que hasta ese momento proporcionaba el Comité; extrayéndose los siguientes datos:

AREA ASISTENCIAL

Durante 1993 se realizaron un promedio de 50 visitas domiciliarias mensualmente, así como 25 visitas hospitalarias, a personas que vivían con VIH o con SIDA.

Asimismo, durante el año 1992 y 1993, se formaron, consecutivamente, tres grupos de autoapoyo, con la asistencia en promedio de 8 integrantes, con reuniones semanales, y un grupo de familiares de personas que vivían con VIH o con SIDA, que se reunían una vez al mes.

En la organización se brindó terapia psicológica de manera individual, a un promedio de 15 personas mensualmente, se asesoró, además, a su pareja y/o familiares.

AREA EDUCATIVA

En el área de prevención se impartieron pláticas informativas (cinco mensuales en promedio). También durante los años 1992 y 1993 se impartieron cuatro cursos de capacitación sobre SIDA.

Se impartieron 4 talleres de sexo seguro a público en general y a integrantes de los cursos de capacitación.

Cada año se colocaron stands de información en eventos públicos; tales como: las fiestas de Octubre (todo el mes), la Feria Internacional del Libro (tres días), en los eventos del Día Mundial del SIDA (dos mesas de información), en la Vigilia Internacional (un día) y en otras exposiciones nacionales a lo largo del año (6 stands en los 2 años).

Asimismo, la organización proveyó información y atención por vía telefónica a un promedio de 15 personas diariamente.

La autora del presente reporte, en CHECCOS, publicó materiales informativos con diferentes enfoques: promoción del Comité, información básica sobre el SIDA, información sobre la prueba de detección, información para familiares y amigos de personas con VIH/SIDA, y recomendaciones nutricionales para personas con VIH/SIDA.

Este proyecto fue financiado, en Octubre de 1992, por el COESIDA, Jal. y la Secretaría de Salud y Bienestar Social del Estado de Jalisco (SSBS), actualmente Secretaría de Salud Jalisco (SSJ).

El Comité (antes de 1992) había realizado un poster de sensibilización con mensajes e imagen de la Madre Teresa de Calcuta y que aún se distribuía.

En Octubre de 1993 el Comité publicó un tiraje limitado de una nueva historieta desarrollada por Manuel Falcón -uno de los principales caricaturistas, a nivel nacional- en la cual se provee información básica de manera sencilla y accesible aún para personas con bajos niveles de educación. Este proyecto fue financiado por CONASIDA.

En el mismo reporte, mencionado anteriormente, se da a conocer que desde la fundación de CHECCOS, hasta la fecha (Marzo de 1994), se habían distribuido de manera gratuita aproximadamente 600,000 copias (de todos los materiales) a la población en general y a grupos no gubernamentales estatales y nacionales que los habían solicitado para realizar sus actividades de prevención y apoyo a enfermos.

A partir de Enero de 1994 CHECCOS comenzó a diseminar información actualizada sobre SIDA y temas afines, a prestadores de servicios en la ciudad de Guadalajara y del interior del Estado de Jalisco. Esto se hizo a través de un boletín mensual denominado SIDA HOY, que fue distribuido por correo a 100 personas seleccionadas, al término de la primer semana de cada mes. Las estimaciones del efecto multiplicador mínimo fue de 10 personas por destinatario.

La publicación antes mencionada contenía noticias extractadas del boletín electrónico "AIDS Daily Summary" de los Centros de Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos y de otras fuentes internacionales y locales.

Los artículos elegidos eran aquellos que tenían relevancia para el trabajo sobre SIDA en Guadalajara y que cumplían con la función de actualizar la información general sobre la enfermedad, su transmisión, prevención, detección, epidemiología y tratamiento.

La calidad y cantidad de actividades preventivas incrementaron considerablemente durante 1992, 1993, y 1994.

AREA ADMINISTRATIVA

Se obtuvieron los recibos deducibles de impuestos.

Los recursos económicos se obtuvieron mediante la elaboración y aplicación de proyectos enfocados al trabajo preventivo. Algunos proyectos fueron financiados por instituciones de gobierno: CONASIDA, COESIDA, Jal., SEDESOL; por financiadoras Internacionales: Family Health International; por empresas particulares: Colgate.

En las pláticas a los participantes se les pedía donativo voluntario.

En los cursos hubo cuota de recuperación.

Se consiguieron donativos de papelería.

Se hizo difusión y promoción del Comité a través de las convocatorias a los cursos de capacitación.

En una "Encuesta de opinión sobre el SIDA: Percepción de su prevalencia y las acciones gubernamentales para su prevención" (zona metropolitana de Guadalajara), realizada por la Universidad de Guadalajara, en Noviembre de 1993; utilizando una muestra de 482 personas, entrevistadas aleatoriamente en la vía pública, se encontró que ante la pregunta ¿Qué organismo de gobierno o particular especializado en el tratamiento y prevención del SIDA conoce? el 0.8% contestó que CHECCOS, A.C. (ver anexo).

Lo anterior llama la atención, pues de siete Organismos No Gubernamentales que trabajaban en el Estado, sólo CHECCOS, es mencionado. Lo cual demuestra que se logró una mayor cobertura, haciendo que más personas se enteraran de la

existencia del Comité y que esto repercutiera en una mayor demanda y cumplimiento de servicios.

COMENTARIOS. El seguimiento en el punto 3 (evaluación del Comité) no se manejó de manera periódica ni sistemática. No se aplicaron los mismos instrumentos que en la detección de necesidades, por lo tanto algunos rubros quedaron sin evaluar (por ejemplo el de recursos materiales y recursos humanos y las funciones que desempeñaban).

No se dió seguimiento a personas que tomaron el curso y que no se integraron como voluntarias al Comité.

En el capítulo siguiente se hace una exposición de los logros obtenidos, a pesar de las fallas realizadas en la intervención, como producto del proceso de capacitación.

5.1. EVALUACION DE LOGROS OBTENIDOS CON EL MODELO

Haciendo un análisis retrospectivo de la intervención dentro de la asociación, en este capítulo se destacan los logros del trabajo, desde el punto de vista de las necesidades institucionales y de la disciplina psicológica.

RELEVANCIA SOCIAL Y PARA LA DISCIPLINA.

Aplicar este modelo de capacitación en la educación sobre SIDA tuvo relevancia y trascendencia a corto, mediano y largo plazo:

- + Se determinaron las necesidades prioritarias dentro del Comité que se solucionaban con capacitación.
- + La evaluación de cada curso permitió ir implementando cambios, adaptaciones y estrategias de abordaje.
- + El curso de capacitación permitió abrir un espacio de actualización, conocimiento, autocuestionamiento, reflexión y enriquecimiento psico-educativo.
- + El curso sobre SIDA favoreció un proceso de enseñanza-aprendizaje que logró que el educando se

concientizara del problema, aprehendiera la información, revisara sus actitudes ante la enfermedad y el enfermo, la vida, la muerte, la sexualidad, los riesgos de adquirir el virus.

- + Este proceso al generar un cambio interno permitió que los participantes dejaran de sentirse ajenos al problema, y así se convirtieran en un agente de cambio en su comunidad, familia y sociedad.
- + Hubo adquisición de conocimientos sobre diferentes alternativas de autoprotección y estrategias de prevención en la diversidad sexual.
- + A lo largo de los cinco cursos impartidos, el nivel educativo de los participantes que se inscribieron al curso aumentó; al principio eran estudiantes con educación media superior, posteriormente asistieron profesionales que atendían ya a personas que vivían con VIH/SIDA o que realizaban actividades en SIDA, por ejemplo, enfermeras, psicólogos, médicos, trabajadoras sociales, maestros y químicos, entre otros.
- + A los voluntarios de CHECCOS les permitió capacitarse y actualizarse en torno a VIH/SIDA y así desempeñar

con mayor profesionalismo su trabajo; que a su vez, desembocó favorablemente en el cumplimiento de los objetivos planteados por CHECCOS, pues al tener mayor conciencia, mejor calidad y claridad en las tareas a realizar, se fortaleció y consolidó internamente la asociación.

- + CHECCOS fue el primer Organismo No Gubernamental (ONG's) de trabajo en SIDA, en Guadalajara, en donde se abrió un espacio continuo de capacitación, tanto a sus voluntarios, como al público en general.
- + Otras ONG's canalizaron a sus voluntarios para que se capacitaran a través de los cursos.
- + Durante toda la capacitación, se actuó de tal manera, que se cubrieron otras necesidades del Comité, previamente detectadas. Las acciones fueron:
 - Se promovió y difundió al Comité a través de folletos, trípticos, convocatorias, boletines de prensa, entrevistas en medios masivos, etc.
 - Se reclutó un mayor número de personas que ingresaron como voluntarios dentro del Comité.

- Se capacitó a multiplicadores de la información.
- Se concientizó del problema al público en general.
- Aumentó la productividad, tanto en calidad como en cantidad (número de servicios).
- Se captó a profesionales de la salud (psicólogos, médicos, enfermeras) que prestaron sus servicios de manera gratuita a los usuarios.

+ Finalmente y de manera principal, es importante destacar que la capacitación sobre VIH/SIDA contribuyó a cumplir con el objetivo de la educación sobre SIDA que es el de prevenir que más personas se infecten.

Este modelo educativo puede ser aplicado para dar capacitación a personas que viven con VIH/SIDA, y/o a familiares y convivientes.

De igual manera puede ser aplicado a personal de diferentes disciplinas o áreas de la salud (p. ejem., Psicología, Medicina, Odontología, etc., o psicólogos clínicos, psicólogos educativos, etc.).

De hecho, el contenido del curso de capacitación sobre SIDA ha servido como modelo para el desarrollo de programas comunitarios en el Estado de Jalisco.

Actualmente algunas personas que recibieron capacitación sobre SIDA, a través de los cursos impartidos en CHECCOS, (que para algunos fue su primer capacitación sobre SIDA, y para otros fue actualización), desempeñan cargos públicos dentro del Consejo Estatal Para la Prevención del SIDA en Jalisco (COESIDA, Jal., organismo responsable a nivel estatal de la prevención y control del SIDA); ocupando cargos como coordinadores de los Subconsejo de Prevención, de Derechos Humanos y de Investigación.

Han sido muchos los logros obtenidos, pero mucha tarea queda por hacer. Una Asociación Civil que presta sus servicios a la comunidad tiene el compromiso de actuar con profesionalismo y ser una alternativa más en la lucha contra el SIDA, donde la comunidad pueda dirigirse a solicitar un servicio, y encontrar un espacio donde se respeten los derechos fundamentales de las personas que viven con VIH o con SIDA.

5.2. SUGERENCIAS METODOLOGICAS

La capacitación favoreció, sí, el cumplimiento de los objetivos del Comité, atendiendo las necesidades prioritarias de capacitación encontradas en la etapa de detección de necesidades; pero falta personal, que de manera interdisciplinaria, intervenga metodológicamente para el fortalecimiento de las Asociaciones Civiles, sus actividades y su impacto en la sociedad.

Falta implementar un abordaje que logre un mayor impacto a nivel micro y macro, elaborando planes de trabajo de donde surjan proyectos que cubran las diferentes necesidades en la lucha contra el SIDA.

Faltan compañías de concientización en donde el profesional de la Psicología pueda intervenir evaluando campañas anteriores, sus mensaje, su impacto, sus efectos y de ahí, junto con especialistas en comunicación y mercadotecnia, entre otros, se logre conjuntar esfuerzos para lanzar una campaña con mejores resultados, claro está, evaluando y modelando dicha campaña.

Específicamente dentro de la capacitación, las siguientes sugerencias metodológicas pueden optimizarla:

- * Efectuar, para la detección de necesidades, un instrumento de evaluación específicamente sobre conocimientos, habilidades y actitudes, en torno a SIDA y diferentes aspectos que trastoca, retomando el perfil que debe cubrir la persona capacitada.

- * Involucrar a los directivos de la institución, desde la detección de necesidades, con el fin de sensibilizarlos y fomentar la cooperación.

- * Elaborar herramientas que tengan un índice de validez y confiabilidad, que cumpla con los objetivos que persigue y cuya información pueda manejarse estadísticamente.

- * Elaborar planes que tomen en cuenta a toda la institución y que ésta los rectifique o ratifique.

- * Hacer un estudio de costo/beneficio; es decir, un presupuesto y el costo real.

- * Hacer autofinanciable la capacitación.

* Definir objetivos de capacitación de manera tal que a los participantes les quede claro qué se espera de ellos; además, los objetivos deben servir a otros para poder elegir técnicas de aprendizaje adecuadas al grupo que se les va a impartir. Finalmente éstos deben proporcionar criterios para evaluar el aprendizaje.

* Establecer criterios para selección de participantes e instructores, tomando siempre en cuenta las políticas institucionales y las experiencias del capacitador.

* Diseñar recursos didácticos, acordes al grupo.

* Diseñar una campaña de promoción y difusión de la capacitación en un marco de respeto y solidaridad, invitando a la comunidad a que se integre a un compromiso personal y social, utilizando mensajes objetivos: "Curso de capacitación sobre SIDA", "Curso de actualización", etc.

* Llevar el seguimiento de la capacitación, aplicando en periodos establecidos (cada 3 meses, seis meses, etc., según sea conveniente), las herramientas utilizadas en la fase de detección de necesidades.

* Elaborar reporte final de la capacitación y de ser posible darlo a conocer públicamente, ya que muchos de los problemas de duplicidad de errores, se dan debido a que no existen antecedentes que guíen una mejor intervención dentro del marco de la prevención del SIDA.

* Los aciertos y logros hay que darlos a conocer para que se multipliquen.

6.1. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Dentro del campo de la salud pública, la educación sobre SIDA tiene como objetivo prevenir la infección del VIH.

Por la importancia de la capacitación como un vehículo para cumplir el objetivo de la prevención del SIDA, la capacitación debe considerar en conjunto, los problemas de las organizaciones, y tomarlos en cuenta como un medio para crear estrategias para resolverlos.

Si la capacitación responde a una necesidad real entonces podrán evaluarse los resultados, palpase los beneficios de la capacitación y encontrarse una relación entre la capacitación y los incrementos de producción, mejoramiento del personal, disminución en los desperdicios de recursos financieros y humanos, mejoría en las relaciones interpersonales, etc.

Es imposible saber cuál ha sido el impacto de la capacitación cuando la determinación de necesidades no es la correcta, ni está relacionada con los objetivos de la organización, ni se cuenta con un sistema de planeación de recursos humanos o no hay políticas definidas, ni se elaboran

objetivos conductuales en los programas y tampoco se hace un seguimiento de los capacitados.

Con la capacitación se pueden resolver problemas concretos en torno a VIH/SIDA. Y dirigida a personal voluntario resulta positiva en la lucha por controlar la epidemia, pues estimula a un mayor número de personas a conocer y transmitir la información sobre la protección de la salud: a encontrar mejores alternativas de apoyo para las personas que están viviendo en esta condición, así como a sus familiares, amigos y pareja; y además, a encontrar herramientas personales que les permitan identificar aquellos comportamientos que los ponen en riesgo de exposición al VIH, y así recurrir a la(s) técnica(s) de autocuidado que más se adapte(n) a sus necesidades. En la capacitación es necesario abrir un espacio de autoconocimiento, induciendo así a un comportamiento que los proteja a sí mismos y a los demás, fomentando una actitud responsable.

La capacitación sobre SIDA, al ser un proceso teórico-vivencial, psico-educativo; donde se revisan los aspectos mínimos considerados indispensables para cubrir el perfil de capacitador, posibilita que los resultados sean confiables. Con la capacitación se podrá ofrecer calidad y cantidad.

Ahora bien, la capacitación sobre SIDA dirigida a personas voluntarias, así como a posibles multiplicadoras de la información es una estrategia prioritaria en los programas de prevención de la epidemia pues, tal como pasó en CHECCOS, la capacitación los habilitó para el puesto, incrementando su productividad; se incrementó el número de instructores internos, lo que fortaleció los recursos humanos en el trabajo en SIDA, tanto a nivel de las necesidades organizacionales como estatales.

Cualquier persona puede ser voluntario. El personal de salud, por ejemplo un psicólogo capacitado en educación sobre SIDA, podrá ser de gran apoyo para la prevención de esta pandemia; además, podrá ayudar a las personas afectadas directa o indirectamente por el VIH/SIDA, las cuales, por enfrentarse a una enfermedad incurable hasta la fecha y rodeada de mitos y estigmas, atraviesan un proceso psicológico diferente al de otras personas con cualquier otra enfermedad que amenace la vida.

Esta pandemia está incrementándose día a día. Se necesitan profesionales interesados y sensibilizados a todo lo que conlleva esta enfermedad. El SIDA no sólo es un problema médico, es ya un problema de salud pública en la que diferentes disciplinas deben tomar cartas en el asunto.

Es un problema sí de consultorio, pero también de aulas, de hospitales, de medios masivos de comunicación y más.

Nuestra sociedad debe estar preparada para enfrentar esta pandemia, ya que poco a poco el número de casos va a rebasar todas las expectativas actuales.

El psicólogo, junto con otros profesionales, puede incidir a nivel micro y/o macro aportando elementos para trabajar organizadamente frente a la pandemia, creando estrategias de intervención: tierra fértil y no explotada en el campo de la psicología.

Considero que a lo largo de mis estudios profesionales recibí las bases teórico-metodológicas indispensables que han permitido que mi intervención dentro de la lucha contra el SIDA sea de gran trascendencia.

Por un lado los conocimientos adquiridos en el área de Psicología Educativa, así como también en Psicología Social, Psicología Clínica y Psicología Experimental, etc. me permitieron enfrentar una problemática donde inciden diferentes factores en que la Psicología tiene mucho que

aportar, tanto para el área preventiva, como en la de atención, investigación, intervención organizacional, etc.

Considero, retomando mi experiencia, que la Psicología de la Salud debe estar orientada a formar recursos humanos de un nivel más alto, capacitados para que profundicen y amplíen el conocimiento en favor de la salud individual y comunitaria, tal como es prioritario en la pandemia del SIDA.

El profesional de la psicología debe ser capaz de plantear estrategias e implementar modelos efectivos en el mantenimiento, promoción y recuperación de la salud desde una perspectiva multidisciplinaria e interdisciplinaria, teniendo como base las ciencias sociales y las ciencias biomédicas, a fin de aportar herramientas que ayuden a satisfacer necesidades, tanto a nivel micro como macro.

GLOSARIO

ADN:

Acido desoxirribonucléico.

ANTICUERPO:

Proteína formada por el cuerpo en respuesta a la presencia de un agente extraño o antígeno. Un anticuerpo particular sólo actúa sobre un antígeno particular.

ANTIGENO:

Sustancia que estimula la respuesta inmunológica. El sistema inmune reconoce estas sustancias como extrañas y produce anticuerpos para combatir las.

ANTIGENO p24:

Proteína componente del núcleo del VIH. La prueba del antígeno p24 mide la cantidad de esta proteína viral en la sangre. Un resultado positivo indica que está activa la replicación del VIH.

ANTIVIRAL:

Medicamento que suprime la replicación viral.

ARN:

Acido ribonucleico.

ASINTOMATICO:

Estado en el que no se sienten ni se muestran síntomas o signos externos de enfermedad.

AZT:

Azidotimidina, también llamada Zidovudina (Retrovir, por su nombre comercial). Análogo de la Timidina que suprime la replicación del VIH, fue el primer medicamento aprobado para tratar la infección del VIH.

BIOSIA:

Remoción y examen de un pequeño fragmento de tejido vivo del paciente, con el fin de establecer un diagnóstico.

CELULAS T:

Tipo de linfocito, también conocido como T4 o célula CD4, que cumple un importante papel ayudando al sistema inmune a combatir las infecciones. El VIH invade estas células y las destruye. Su recuento periódico ayuda a determinar el grado de severidad de la infección por VIH en un individuo.

CDC:

Centros para el Control de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention).

CD4:

Linfocitos T cooperadores, Células T.

COESIDA:

Consejo Estatal para la prevención del SIDA.

CONASIDA:

Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA.

CRS:

Complejo Relacionado al SIDA. Se utiliza para designar un cuadro clínico caracterizado por pérdida de peso, diarrea o linfadenopatía generalizada (persistente), que es sugestivo pero no diagnóstico de SIDA.

ELISA:

Ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas (enzyme-linked immunosorbent assay).

ENFERMEDAD O INFECCION OPORTUNISTA:

Enfermedad que se presenta en personas con un sistema inmune débil. Pueden ser peligrosas y aún mortales.

FACTOR DE RIESGO:

Factor, condición o circunstancia que incrementa el riesgo de infección. Por ejemplo, la presencia de enfermedades de transmisión sexual es un factor de riesgo para la infección con VIH, pues las lesiones que causan en la piel pueden ayudar a que el virus penetre al organismo.

LIQUIDOS DE RIESGO:

Aquellos líquidos potencialmente infectantes: sangre, líquido amniótico, líquido pericárdico, líquido peritoneal, líquido pleural, líquido sinovial, líquido cefalorraquídeo, semen, líquido preeyaculatorio, secreciones vaginales, líquido eyaculatorio femenino, leche materna.

OMS:

Organización Mundial de la Salud.

OPS:

Organización Panamericana de la Salud.

PRACTICAS DE RIESGO:

Actividades en las que existe la posibilidad de que se intercambien o compartan fluidos potencialmente infectantes.

PRACTICAS SEXUALES DE RIESGO:

Actividades como la penetración pene-vagina, pene-ano, pene-boca, intercambio de juguetes sexuales, roce vulva-vulva, vulva-boca, en donde exista intercambio de fluidos sexuales y que no se utilicen implementos de protección como el condón de latex o poliuretano (condón femenino), diques dentales, dedales, entre otros, para evitar el intercambio de secreciones sexuales o sangre.

PRECAUCIONES UNIVERSALES:

Medidas fundamentales que deben adoptarse para la prevención en los establecimientos de salud y entre el personal de salud, y personas que tengan contacto con sangre y sus componentes, órganos, tejidos, células germinales y cadáveres humanos, considerándolos potencialmente infectantes, se sepa o no de la condición de positividad.

PRUEBAS DE TAMIZAJE:

Pruebas de laboratorio para la detección de anticuerpos anti-VIH, en suero sanguíneo. Incluye metodologías como el ELISA y aglutinación.

PRUEBAS SUPLEMENTARIAS:

Pruebas de laboratorio que confirman presencia de anticuerpos anti-VIH en suero sanguíneo. Incluye metodologías como la Inmunoelectrotransferencia (Western Blot), la inmunofluorescencia y la radioinmunoprecipitación (RIPA).

SEROPOSITIVO:

Positivo en una prueba de sangre. Término empleado para designar a personas que viven con el VIH, porque la infección fue diagnosticada mediante una prueba que detecta los anticuerpos que se desarrollan ante la presencia del virus.

SEXO PROTEGIDO:

Prácticas sexuales en las cuales existe penetración, pero se utiliza algún implemento de protección como el condón de látex (condón masculino) o de poliuretano (condón femenino), para evitar el intercambio de secreciones sexuales o de sangre.

SEXO SEGURO:

Prácticas sexuales en las cuales no existe penetración ni intercambio de secreciones sexuales (semen, líquido preeyaculatorio, secreción vaginal y líquido eyaculatorio femenino) o de sangre.

SIDA:

Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida.

VIH:

Virus de la Inmunodeficiencia Humana, incluye al VIH-1 y al VIH-2. Virus que ocasiona el SIDA.

B I B L I O G R A F I A

- AIDSCOM.** SIDA: Disminuir la transmisión del VIH a través de la educación y la comunicación. Folleto. (s.a). 19 p.
- ALVAREZ-GAYOU** Juan Luis. Sexoterapia Integral. Ed. El Manual Moderno. México, D.F. (c. 1986) 430 p.
- BERNEDE**, Marianne. "Sexo sin angustia". en: Letra S, Número 11, Septiembre de 1995. México, D. F. **El Nacional**.
- BUSTILLOS**, Graciela., Vargas, Laura. Técnicas participativas para la educación popular. Ed. IMDEC. México, 1994. Tomo 1.
- CALZADA**, Jesús. "Sexo, mentiras y VIH". Consideraciones sobre la educación preventiva del SIDA. en: Lizarraga, X. (comp.). Algunos pre-textos, textos y sub-textos ante el SIDA. Colección Cuicuilco. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México. 1990. p. 77-84.
- CASTRO**, Roberto. "Aspectos psicosociales del SIDA: estigma y prejuicio". en: Salud Pública de México, 1988; No. 4; vol. 30. pp. 629-634.
- CASTRO**, Aura. El cartel sobre SIDA. México, 1994. 59 p. Tesis (Licenciatura en Diseño Gráfico) Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Escuela Nacional de Artes Plásticas (ENAP).
- COMITE ESTATAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (CEVE).** Boletín Mensual Epidemiológico VIH/SIDA. Sector Salud Jalisco. Octubre 1996.
- CONASIDA.** Guía para la Atención Psicológica de personas que viven con VIH/SIDA. México, 1994. 81 p.

CONASIDA-EPIDEMIOLOGIA. SIDA/ETS. (México). Noviembre 1995-
Enero 1996; Vol. 1. Núm. 3. 108 p.

_____. Situación Epidemiológica del SIDA. **SIDA/ETS.**
(México). Separata Noviembre 1995 - Enero 1996; Vol. 1.
Núm. 3: I-XVII.

_____. **SIDA/ETS.** (México). Agosto-October de 1996; Vol.
2. Núm. 3. 133 p.

_____. Situación Epidemiológica del SIDA. **SIDA/ETS.**
(México). Separata Agosto-October de 1996; Vol. 2. Núm.
3: I-XVI.

_____, **MCSC., et. al. SIDA, VIH, Derechos Humanos.**
Folleto. México, 1992.

"El SIDA en el mundo". **SIGLO XXI.** Guadalajara, Jal. 12 de
Febrero de 1997.

_____. Cuadernos del Instituto de Investigaciones Jurídicas. El
SIDA: Régimen Jurídico. México, UNAM, Sept.-Dic. 1989.
Año IV. No. 12. 473-645 p.

**DIVISION DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES
TRANSMISIBLES DE LA OPS.** Pautas para la atención clínica
de la persona adulta infectada por el VIH. Programa
Regional de SIDA y ETS. 1994.

_____. Vigilancia epidemiológica del SIDA en las
Américas. Programa Regional de SIDA/ETS Informe
trimestral. 10 de Diciembre de 1995. OPS/HCA/95.018.

DISCOVER. Cómo el virus toma el mando. Tr. AVE de México.
Dic. 1985.

ENTRE AMIGOS, A.C. Atención temprana de la enfermedad del
VIH. México, D.F. 1992, 88 p.

- JUAREZ, Luis Guillermo.** "Una visión en torno a la muerte". Ponencia presentada en el Primer Encuentro Nacional sobre SIDA, Sexualidad y Sociedad. (Encuentro), INAH. México, 27 de Agosto de 1990. pp. 6-7.
- LAPIERRE, Dominique.** Más grandes que el amor. Ed. Planeta/Seix Barral, México, 1990. 396 p.
- LIZARRAGA, Xabier.** "Investigación en torno a sexualidad y SIDA". en: Lizarraga, X. (comp.). Algunos pre-textos, textos y sub-textos ante el SIDA. Colección Cuicuilco. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México 1990. pp. 17-21.
- LIZARRAGA, Xabier., Juárez, Luis Guillermo.** "Contínuo Psicoafectivo en torno a SIDA: Un modelo". en: Lizarraga X. (comp.) Algunos pre-textos, textos y sub-textos ante el SIDA. Colección Cuicuilco. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México, 1990, 125 p.
- Manual: Estilos de vida y cuidados especiales para personas que viven con VIH.** Mexicanos Contra el SIDA, Confederación de Organismos no gubernamentales, A.C. (MCSC) México, Abril de 1993, 166 p.
- MEN'S FITNESS.** Tr. AVE de México. Abril de 1991. pp. 72-76, 100-102.
- MILLER, David.** Viviendo con SIDA y HIV. Ed. Manual Moderno. México, 1989, 142 p.
- MONTAGNIER, Luc.** SIDA. Los Hechos, la Esperanza. OMS. Instituto Pasteur. Barcelona, 1a. ed. en castellano, 1993. (c 1993). 64 p.
- Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.** (NOM-010-SSA2-1993). Diario Oficial de la Federación. México, 17 de Enero de 1995, pp. 37-51.
- PAPALIA, Diane.** Desarrollo humano. Ed. Mc Graw Hill. México, 1985. 753 p.

- FARRIS, Janey.** "Aprendizaje a través de la experiencia". en: **Acción en SIDA.** AHRTAG/Colectivo Sol. México, Abril-Junio 1993. Núm. 19. p. 2.
- PINTO, Roberto.** **Proceso de capacitación.** Ed. Diana, México, 1990, 192 p.
- POPULATION REPORTS.** Educación sobre el SIDA: Un buen comienzo. Serie L. No. 8 Septiembre 1989. Maryland USA.
- RODRIGUEZ, Mauro y Ramírez, Patricia.** **Administración de la capacitación.** Ed. Mc Graw Hill. México, 1991, 122 p.
- SHANTI.** **Manual de apoyo práctico.** Para Compañeros Voluntarios. s/a. 115 p.
- USAID** Guatemala, et. al. **SIDA el temor que ciega.** (Videocassette). Guatemala, 1993. 10 min.
- SOSA, Jorge.** "SIDA y Espiritualidad". Reflexión y amor. en: **Suplemento Sociedad y SIDA,** No. 31. Abril de 1993, México, D. F. **El Nacional.**
- SUE LAVER.** Inserto especial sobre técnicas de enseñanza y capacitación. en: **Acción en SIDA.** AHRTAG/Colectivo Sol. México, Abril-Junio 1993. Núm. 19. p. i-iv.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

- AGOSTO, Moisés.** "Educación en nuestra comunidad. Reevaluación y nuevas estrategias" en: **SIDAhora.** Ed 10 Primavera/1992. Ed. por Coalición de personas con SIDA. pp. 11-12
- AIDSCOM** Cara a Cara. Cómo proteger la privacidad de la gente con SIDA o con infección del VIH. Folleto editado por AIDSCOM. s/a.

- AMIGOS CONTRA EL SIDA.** Año 1, No. 3. Mayo de 1992. México.
64 P.
- AMIGOS CONTRA EL SIDA.** Vol. 1, No. 4, Septiembre 1992.
México, 64 p.
- CALZADA, Jesús.** "Sexo seguro: nuevo lenguaje amoroso", en:
Suplemento Sociedad y SIDA, No. 3. 1990, México, D. F.
El Nacional.
- "Educación sexual y SIDA". en: Lizarraga, X.
(comp.). **Algunos pre-textos, textos y sub-textos ante el SIDA.** Colección Cuicuilco. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México, 1990. pp. 61-67.
- "SIDA: La lógica y la estrategia del riesgo". en:
Lizarraga, X. (comp.). **Algunos pre-textos, textos y sub-textos ante el SIDA.** Colección Cuicuilco. Escuela Nacional de Antropología e Historia. México 1990
pp. 69-75.
- CANO, Carlos.** "¿Qué significa ser seropositivo al VIH?". en:
Amigos contra el SIDA. Año 1, No. 3. Mayo de 1992. Ed.
por Amigos contra el SIDA. México. pp 7-9.
- ESTRADA, Francisco.** "Sexo seguro: Alternativas para un nuevo
discurso amoroso". en: Lizarraga, X. (comp.). **Algunos
pre-textos, textos y sub-textos ante el SIDA.** Colección
Cuicuilco. Escuela Nacional de Antropología e Historia,
México. 1990. pp. 55-60.
- FORD, Michael.** ¿Qué onda con el SIDA?. Ed. Selector, México,
1993. 199 p.
- GALVAN, Jorge.** "La estabilidad emocional en situación de
VIH/SIDA". en: **Ser positivo.** SIDA, Ciencia y Cultura.
Año 1, No. 2, Marzo 1993. (Organo informativo mensual
del movimiento Abrazo A.C.). p 10.
- GUERRA, Angel.** "Pruebas básicas de laboratorio". **Amigos
contra el SIDA.** Año 1, No. 3, Mayo de 1992, México, pp.
10-17.

Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales. CONASIDA, Secretaría de Salud, México, 1996.

Guía de orientación para informadores. VIH/SIDA. CONASIDA. Secretaría de Salud. México, 1993. 48 p.

PIETERS, Stephen. *Fortaleza espiritual para sobrevivir.* (Folleto) Traduc. Turielle C. UFMCC AIDS Ministry E.E.U.U. 1989.

ROSSI, Luisa. "Necesidades psicológicas en el paciente infectado". *Boletín mensual SIDA.* (México) Año 4, No. 11, Noviembre de 1990, Ed. Dirección General de Epidemiología. pp. 1009-1013.

SER POSITIVO. SIDA ciencia y cultura. Año 1, No. 2, Marzo 1993. (Órgano informativo mensual del Movimiento Abrazo, A.C.) México. 16 p.

SIDA: manual de trabajo para capacitadores. Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología, México 1990.

WELLCOME. VIH. ¿Cómo trabajar junto con tu doctor para luchar contra el VIH?. s/a.

APENDICE A. FORMATOS MODELO PARA LA DETECCION DE NECESIDADES

FORMATO: CUESTIONARIO PARA LA ASOCIACION

INSTRUCCIONES: El siguiente cuestionario tiene como objetivo recabar información de su institución, con la finalidad de conocer ampliamente el contexto organizacional.

=====

CARACTERISTICAS DE LA ASOCIACION

1. Nombre de la asociación.

2. Tipo de asociación.

3. Origen y antecedentes.

Fecha en que se constituyó: _____

Motivos por la que fue creada: _____

4. Objetivos de la asociación. _____

5. Estructura.

Mesa directiva:

¿Quiénes la conforman? _____

¿Qué atribuciones tienen? _____

Socios:

¿Cuántos son? _____

¿Cuáles son sus atribuciones? _____

(...continuación)

6. Organización:

Organigrama básico. _____

7. Funcionamiento:

Funciones según el puesto. _____

Recursos humanos.

Requisitos de ingreso como socio. _____

Requisitos para ocupar algún puesto. _____

Recursos materiales y financieros.

Cómo obtienen sus recursos. _____

De qué manera distribuyen sus recursos

Comentarios adicionales sobre características de la
asociación _____

**FORMATO: GUIA PARA LA ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA A
INTEGRANTES DE LA ASOCIACION**

I. DATOS DEMOGRAFICOS

Nombre: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____
 Escolaridad: _____ Estado civil: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Religión: _____
 Domicilio: _____
 Teléfono: _____

II. DATOS PERSONALES

A. Salud. _____
 B. Trabajo. _____
 C. Familia. _____
 D. Actividades extras. _____

III. TRAYECTORIA EN SIDA

Capacitación en torno a VIH/SIDA:

Capacitación previa al ingreso a la asociación

Capacitación para el puesto (al ingresar a la
 asociación). _____

Actualizaciones:

Si () No ()

A través de que medios obtiene información:

- () Medios masivos de comunicación.
 () Cursos/talleres.
 () Conferencias.
 () Congresos.
 () Lectura de artículos.

Experiencia en torno a VIH/SIDA:

Tiempo de estar trabajando en SIDA. _____

Fecha de ingreso a la asociación actual. _____

Puesto y funciones que desempeña dentro de la
 asociación. _____

(...continuación)

Interés en recibir capacitación:

- () Muy interesado.
 () Poco interesado.
 () No interesado.

Tema(s) que incluiría dentro de la capacitación:

IV. PERCEPCION DE PROBLEMAS

- A. Organizacionales. _____
 B. Por áreas. _____
 C. Proceso grupal. _____
 D. Individuales. _____

FORMATO: FUNCIONES DEL PERSONAL

Volun- : Mesa di- : Coordinador : Tipo de : Actividades
 tario : rectoria : de área : voluntario :

Ejemplo:

1	Si	No	Periférico	Ninguna
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

FORMATO DE OBSERVACION DIRECTA

AMBIENTE LABORAL FISICO : Adecuado : Inadecuado

Edificio	:	:
Espacio	:	:
Limpieza	:	:
Ventilación	:	:
Luz	:	:

APENDICE B. CARTAS DESCRIPTIVAS

ORGANIGRAMA DE CHECCOS, A.C.	
OBJETIVO	INDICE TEMATICO
-Conocerán las características fundamentales de la asociación convocante (CHECCOS, A.C.)	:-Principales características. :-Origen y antecedentes. :-Objetivos de la asociación. :-Estructura. :-Organigrama. :-Funcionamiento.
TECNICA DIDACTICA	:-Técnica expositiva.
MATERIAL DE APOYO	:-Organigrama, diapositivas.
EVALUACION	:-Ninguna.
TIEMPO	:-45 min.
OBSERVACIONES	:-Ver parte 3, capítulo 3.1.
CONSULTAR	:-Acta constitutiva de la asociación. :-Documentos de la asociación convocante.

ENTENDIENDO AL SIDA	
OBJETIVO	INDICE TEMATICO
-Adquirirán la información básica sobre el SIDA	:-Qué es el SIDA. :-Agente causal del SIDA. :-Mecanismo de infección. :-Condiciones para la transmisión del VIH. :-Vías de transmisión del VIH. :-Alternativas de protección.
TECNICA DIDACTICA	:-Técnica expositiva.
MATERIAL DE APOYO	:-Diapositivas, proyector.
EVALUACION	:-Preguntas abiertas.
TIEMPO	:-1:00 hr.
OBSERVACIONES	:-Ver parte 2, capítulo 2.3 (puntos 2.3.1. y 2.3.1.1.)
CONSULTAR	:-Montagnier, Luc. SIDA. Los Hechos, la Esperanza... (ver bibliografía).

DINAMICA: "LA TELARAÑA"

=====

OBJETIVO : -Presentación, integración.

MATERIAL : -Una bola de cordel, hilaza, etc.

TIEMPO : -30 min.

DESARROLLO : -De pie, en círculo, a uno se le da el cordel y éste se presenta. Tomando la punta, y sin soltarla, lanza la bola a otra persona, quien a su vez se presenta y hace lo mismo que el anterior. La acción se repite hasta que todos quedan en una especie de telaraña.

Una vez que todos se han presentado, quien inició debe pasar por debajo de la telaraña, enrollando el cordel, caminando hacia la persona a la que le lanzó la bola, repitiendo los datos que éste proporcionó.

OBSERVACIONES : -Técnica útil para 20 participantes.

CONSULTAR : -Bustillos, G. *Técnicas participativas...*
: (ver bibliografía).

TRABAJO INTERDISCIPLINARIO

=====

OBJETIVO	:	INDICE TEMATICO
-Reconocerán que el trabajo interdisciplinario solidifica las acciones tanto en el campo de la prevención como en el de atención, investigación y los derechos humanos.	:	-Trabajo interdisciplinario. -Trabajo multidisciplinario. -Modelo de atención a enfermos terminales. -Ambito de competencia de algunas disciplinas relacionadas al trabajo en VIH/SIDA: área social, biomédica, psicológica y antropológica.

TECNICA DIDACTICA : -Técnica expositiva, promoción de ideas.

MATERIAL DE APOYO : -Rotafolio.

EVALUACION : -Prueba verbal: preguntas abiertas.

TIEMPO : -1:00 hr.

OBSERVACIONES : -Ver parte 2 capítulo 2.3 (puntos : 2.3.2.10. y 2.3.2.11.)

CONSULTAR : -Papalia, Diane. *Desarrollo Humano...*
: (ver bibliografía).

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

OBJETIVO	INDICE TEMATICO
-Describirán la Historia Natural de la Enfermedad.	-Definición de Historia Natural de la Enfermedad. -Etapas de la infección por el VIH (clasificación de la CDC de Atlanta). -Enfermedades oportunistas.
TECNICA DIDACTICA	-Técnica expositiva.
MATERIAL DE APOYO	-Diapositivas.
EVALUACION	-Preguntas abiertas.
TIEMPO	-1:00 hr.
OBSERVACIONES	-Ver parte 2, cap. 2.3 (punto 2.3.1.2.)
CONSULTAR	-División de prevención y control... y Pautas para... (ver bibliografía).

DETECCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

OBJETIVO	INDICE TEMATICO
-Conocerán la información básica sobre pruebas de detección y suplementarias, su significado; los lineamientos para el diagnóstico adecuado y alternativas de tratamiento a personas que viven con VIH/SIDA.	-Pruebas de detección. -Pruebas suplementarias. -Interpretación de resultados. -Lineamientos para el diagnóstico. -Objetivos de la atención clínica temprana. -Alternativas de tratamiento.
TECNICA DIDACTICA	-Técnica expositiva.
MATERIAL DE APOYO	-Diapositivas.
EVALUACION	-Preguntas abiertas.
TIEMPO	-1:00 hr.
OBSERVACIONES	-Ver parte 2, cap. 2.3 (punto 2.3.1.2.)
CONSULTAR	-División de prevención y control... y Pautas para... (ver bibliografía).

DINAMICA: "EL COHETE"

=====

OBJETIVO : -Análisis y reflexión de los propios valores
: y actitudes hacia personajes sociales.

MATERIAL : -Juego de papeles con personajes: sacerdote,
: prostituta, psicólogo, médico, mesero, monja
: y mujer embarazada; otro papel: seropositivo

TIEMPO : -1:00 hr.

DESARROLLO : -Equipos de 7 personas. A cada equipo se le reparte un juego de papeles. Cada persona toma un papel al azar y debe representarlo. Se les comunica que se ha recibido la noticia de que el planeta Tierra va a explotar y que cada equipo para salvarse cuenta con un cohete con cupo para tres personas. Cada uno debe argumentar dentro del equipo por qué razón debe salvarse. Tienen 15 min. para decidir, en equipo, quién se va. A los 10 min. a un voluntario de cada equipo se le da el papel de seropositivo, que también se toma en cuenta para la decisión. En plenaria se analizan y reflexionan los criterios de selección-exclusión, los valores y actitudes.

CONSULTAR: : -AVE de México, A.C.

ASPECTOS PSICOSOCIALES DEL SIDA

=====

OBJETIVO	INDICE TEMATICO
-Reflexionarán, conociendo la historia del SIDA, cómo se han desencadenado res-puestas de impacto a nivel psicosocial, tanto en las personas que viven con el VIH/SIDA como en la sociedad en general.	: -Aspectos históricos del SIDA. : -Impacto psicosocial y la res- puesta social que el SIDA ha despertado, desde su descubri- miento hasta la fecha. : -Estigma, prejuicios, discri- minación.

TECNICA DIDACTICA : -Técnica expositiva.

MATERIAL DE APOYO : -Rotafolio.

EVALUACION : -Prueba verbal: preguntas abiertas.

TIEMPO : -1:30 hr.

OBSERVACIONES : -Ver parte 2, capítulo 2.3 (puntos : 2.3.1.3. y 2.3.1.6.)

CONSULTAR : -Lapierre, Dominique. *Más grandes que el amor...* (ver bibliografía).

NORMAL-NATURAL

OBJETIVO	:	INDICE TEMATICO
-Analizarán objetivamente la definición, significación, uso y abuso de palabras y conceptos tales como Normal y Natural, y su influencia en la educación sexual y prevención del VIH/SIDA.	:	-Definición de Normal-Natural. :-Esquema: Campana de Gauss. :-Connotación de juicios valorativos. :-Definición de Normalidad, desde el punto de vista de la Sexología moderna. :-Parámetros de la educación sexual y prevención del SIDA.
TECNICA DIDACTICA	:	-Técnica expositiva.
MATERIAL DE APOYO	:	-Rotafolio.
EVALUACION	:	-Preguntas abiertas.
TIEMPO	:	-1:00 hr.
OBSERVACIONES	:	-Para iniciar se puede lanzar la pregunta ¿qué es normal?, ¿qué es natural?, esto favorece un ambiente participativo y de análisis.
CONSULTAR	:	-Alvarez-Gayou, J. L. <i>Sexoterapia integral...</i> (ver bibliografía).

DINAMICA: "SI/NO PARA MI"

OBJETIVO	:	-Intercambiar vivencias y puntos de vista de diferentes expresiones de la sexualidad.
MATERIAL	:	-Masking tape, hoja con un SI y otra un NO.
TIEMPO	:	-2:00 hrs.
DESARROLLO	:	-Se pega una tira de masking tape en el suelo, en línea recta, dividiendo el aula en dos partes. En una de ellas se coloca el papel SI y en la otra el NO. Se les hace preguntas que deben contestar desplazándose al lugar que corresponda a su respuesta (nunca sobre la línea). Criterios de respuesta: lo he hecho, lo hago, lo haría. En cada pregunta compartir, en plenaria, el porqué de su respuesta.
OBSERVACIONES	:	-Las preguntas pueden ser sobre masturbación, fidelidad, preferencia sexual, fetichismo.
CONSULTAR	:	-AVE de México. A.C.

CONCEPTOS BASICOS DE SEXUALIDAD HUMANA

OBJETIVO	: INDICE TEMATICO
-Reconocerán la importancia de una educación sexual objetiva en la prevención y control del VIH/SIDA, partiendo de la exposición de los conceptos básicos de sexualidad humana.	:-Definición Sexualidad-Sexo. :-Dimensiones de la sexualidad. :-Sexo de asignación. :-Identidad sexo-genérica, sexo erótica, rol sexual. :-Importancia de la educación sexual y prevención del SIDA.
TECNICA DIDACTICA	:-Técnica expositiva, lluvia de ideas.
MATERIAL DE APOYO	:-Rotafolio.
EVALUACION	:-Preguntas abiertas.
TIEMPO	:-1:30 hrs.
OBSERVACIONES	:-Puede combinarse la confrontación.
CONSULTAR	:-Lizarraga, Xabier. (comp.) <i>Algunos pre- textos...</i> (ver bibliografía).

PREFERENCIAS SEXUALES

OBJETIVO	: INDICE TEMATICO
-Identificarán a la Heterosexualidad, la Homosexualidad y la Bisexualidad como expresiones de la identidad sexo-erótica-afectiva del ser humano.	:-Tabla de Kinsey. :-Modificación a la tabla de Kinsey (X. Lizarraga). :-La identidad sexo-erótica y la prevención del SIDA.
TECNICA DIDACTICA	:-Técnica expositiva, papelógrafo.
MATERIAL DE APOYO	:-Diapositivas, rotafolio.
EVALUACION	:-Preguntas abiertas.
TIEMPO	:-1:30.
OBSERVACIONES	:-Puede presentarse algún testimonio.
CONSULTAR	:-Alvarez-Gayou, J. L. <i>Sexoterapia inte- gral...</i> (ver bibliografía).

DINAMICA: "MIS EXPRESIONES"

=====

OBJETIVO : -Experimentar sensaciones físicas y explorar
: el autoerotismo a través de los sentidos.

MATERIAL : -Palo de lluvia, aromas, uvas, música, vendas

TIEMPO : -1:30 hrs.

DESARROLLO : -Todos sentados en círculo, vendarles los
ojos. Poner música relajante y darles instrucciones que los
lleve a imaginarse en un espacio confortable. Decirles que se
percaten de las diferentes sensaciones que experimenta su
cuerpo. Dejar de hablarles e ir insertando al ambiente los
diferentes estímulos. El aroma debe pasar cerca de la nariz
de cada participantes. La uva debe frotar los labios
permitiendo que la persona la coma o la rechace. Al final se
les puede pedir que sin quitarse la venda exploren su propio
cuerpo. En plenaria se comparten las experiencias.

OBSERVACIONES : -Según se observe la resistencia o apertura
: de los participantes se les puede pedir que
: se levanten, busquen otras manos y exploren.

CONSULTAR : -AVE de México, A. C.

EXPRESIONES COMPORTAMENTALES DE LA SEXUALIDAD

=====

OBJETIVO	:	INDICE TEMATICO
-Describirán las diferentes expresiones de la sexualidad y su importancia dentro de las actividades preventivas en la lucha contra el SIDA.	:	-Definición y descripción de las expresiones comportamentales de la sexualidad. -Su importancia dentro de las actividades preventivas en la lucha contra el SIDA.

TECNICA DIDACTICA : -Técnica expositiva.

MATERIAL DE APOYO : -Diapositivas.

EVALUACION : -Preguntas abiertas.

TIEMPO : -1:30 hrs.

OBSERVACIONES : -Ligar teoría con la dinámica anterior.

CONSULTAR : -Alvarez-Gayou, J. L. *Sexoterapia inte-*
: *gral...* (ver bibliografía).

DINAMICA: "EL IMPEDIDO FISICO"

=====

OBJETIVO : -Experimentar algún impedimento físico con el
: fin de desarrollar empatía.

MATERIAL : -Vendas, comida, papeles con impedimentos.

TIEMPO : -50 min.

DESARROLLO : -Todos salen del aula, entran uno por uno y al hacerlo toman un papel y se les debe acondicionar para que lo representen, por ejemplo, si es invidente, venderle los ojos y ayudarle a que tome un lugar en la estancia. Cuando todos estén dentro se les dice que van a tener un convivio y que pueden pasar a la mesa. Se les da 20 min. En plenaria se comparten sentimientos y reflexiones. Se comenta la vivencia de personas con SIDA, en fase terminal, que se ven afectadas por algún impedimento de los representados en la dinámica.

OBSERVACIONES : -Los impedimentos: personas con ceguera,
: sordera, mutismo, cuadriplejia, sin un brazo
: o sin los dos, y parálisis de las piernas.

CONSULTAR- : -AVE de México, A. C.

CONTINUO PSICOAFECTIVO EN TORNO A SIDA

=====

OBJETIVO : INDICE TEMATICO

=====

-Describirán el proceso psicoafectivo que viven las personas impactadas directamente por el VIH/SIDA. : -Modelo de Kübler-Ross.
: -Continuo psicoafectivo en torno al SIDA: Un modelo.
: -Impacto ante algún impedimento físico.

TECNICA DIDACTICA : -Técnica expositiva.

MATERIAL DE APOYO : -Rotafolio.

EVALUACION : -Preguntas abiertas.

TIEMPO : -1:20 hrs.

OBSERVACIONES : -Ligar teoría con la dinámica anterior.
: -Ver parte 2, cap. 2.3 (punto 2.3.2.3.)

CONSULTAR : -Lizarraga, Xabier. (comp.) Algunos pre-
: textos... (ver bibliografía).

CUIDADOS DE ENFERMERIA

OBJETIVO	:	INDICE TEMATICO
-Conocerán en qué consisten las precauciones universales, así como los elementos básicos para el cuidado de un enfermo en casa.	:	-Definición y descripción de las precauciones universales. -Recomendaciones en el cuidado del enfermo en casa: ambulante y en fase terminal.
TECNICA DIDACTICA	:	-Técnica expositiva, videoanálisis.
MATERIAL DE APOYO	:	-Videocassette, T.V. videocassettera.
EVALUACION	:	-Preguntas abiertas.
TIEMPO	:	-1:20.
OBSERVACIONES	:	-Ver parte 2, cap. 2.3 (puntos 2.3.1.7. : 2.3.2.9., 2.3.2.10. y 2.3.2.11.).
CONSULTAR	:	-Norma Oficial Mexicana para la prevención... y USAID. SIDA, temor que ciega : (ver datos en la bibliografía).

PSICONEUROINMUNOLOGIA

OBJETIVO	:	INDICE TEMATICO
-Explicarán las bases teórico-prácticas de la psiconeuroinmunología en relación a la calidad de vida de las personas que viven con el VIH/SIDA.	:	-Definición. -Bases teóricas. -En qué consiste. -Relación entre la Psicología, Neurología y la Inmunología. -Cómo se aplica para fortalecer la calidad de vida.
TECNICA DIDACTICA	:	-Técnica expositiva.
MATERIAL DE APOYO	:	-Rotafolio.
EVALUACION	:	-Preguntas abiertas.
TIEMPO	:	-50 min.
OBSERVACIONES	:	-Ver parte 2, cap. 2.3 (punto 2.3.2.4.)
CONSULTAR	:	-Men's Fitness... (ver bibliografía).

DINAMICA: "MI VIVENCIA ANTE LA MUERTE"

=====

OBJETIVO : -Compartir una experiencia de muerte.

MATERIAL : -Hojas blancas, lápices, plumones, rotafolio.

TIEMPO : -1:30 hrs.

DESARROLLO : -En una hoja de rotafolio, se escribe como título la palabra 'Muerte'. Cada participante debe pasar al frente y colocar una palabra que describa un sentimiento que les despierta la muerte. Al final, en hojas blancas, deben escribir una vivencia personal ante la muerte, utilizando todas las palabras escritas en el rotafolio. En plenaria de manera voluntaria cada uno hace la lectura de su escrito. Al final se pueden formar equipos y compartir reflexiones y aprendizajes de lo vivido en la técnica.

OBSERVACIONES : -Es conveniente que esta técnica sea
: conducida por una persona que tenga
: experiencia psicoterapéutica con el fin de
: que ayude a los participantes en el proceso
: de catarsis, ya que se movilizan sentimien-
: tos y emociones que deben ser elaborados en
: el mismo proceso de la dinámica.

MUERTE Y MORIR

=====

OBJETIVO : **INDICE TEMATICO**

-Reconocerán lo que a nivel individual, familiar, social y cultural significan los conceptos: vida-muerte, así como el proceso de vivir-morir.

: -Qué es la muerte y la vida.

: -El proceso de morir y vivir.

: -El duelo de la separación.

: -Los derechos del moribundo.

:

TECNICA DIDACTICA : -Técnica expositiva.

MATERIAL DE APOYO : -Rotafolio.

EVALUACION : -Preguntas abiertas.

TIEMPO : -1:00 hrs.

OBSERVACIONES : -Ver parte 2, cap. 2.3 (punto 2.3.2.9.)

CONSULTAR : -Juárez, L. G. Una visión en torno a la
: muerte... y Miller, D. Viviendo con
: SIDA... (ver bibliografía).

DINAMICA: "POLICIAS Y LADRONES"

=====

OBJETIVO : -Animación.
 MATERIAL : -Masking tape.
 TIEMPO : -15 min.

DESARROLLO : -Se divide al grupo en dos equipos. Se pega una tira de masking tape en el suelo, en línea recta, dividiendo el aula en dos partes. Los equipos se colocan, uno de cada lado de la línea y cada integrante debe quedar frente a uno del otro equipo; deben estirar sus brazos de manera que la punta de sus dedos toque a los de la persona de enfrente. Uno de los equipos es de policías y el otro es de ladrones. Se les dice que cada equipo tiene su territorio y un número de integrantes, que va a haber una lucha entre los equipos y que ganará el que al final tenga más integrantes. La línea recta divide el territorio. Instrucciones: "van a mantener sus brazos estirados. Cuando diga 'policías' éstos deben atrapar a los ladrones quienes tratarán de salvarse. Si digo 'ladrones' las indicaciones se invierten. Si alguno de los integrantes pisa el territorio del otro equipo entonces pasará a ser parte de éste"

OBSERVACIONES : -Aplicarla después del tema de muerte.

DERECHOS HUMANOS

=====

OBJETIVO	:	INDICE TEMATICO
-Conocerán los derechos fundamentales de las personas que viven con VIH/SIDA.	:	-Aspectos legales del SIDA. -Qué son los Derechos Humanos. -Cartilla de derechos humanos.

TECNICA DIDACTICA : -Técnica expositiva.

MATERIAL DE APOYO : -Rotafolio.

EVALUACION : -Preguntas abiertas.

TIEMPO : -1:50 hrs.

OBSERVACIONES : -Ver parte 2, capítulo 2.3 (punto : 2.3.1.4. y 2.3.2.8.).

CONSULTAR : -Cuadernos del Instituto de... y : CONASIDA, MCSC. et. al. SIDA, VIH, : derechos... (ver bibliografía).

RELACION FAMILIAR

OBJETIVO	INDICE TEMATICO
-Analizarán el papel que juega la familia dentro del proceso físico y psicológico de la persona con VIH/SIDA.	:-El papel de la familia. :-Proceso de adaptación ante la notificación.
TECNICA DIDACTICA	:-Técnica participativa y expositiva.
MATERIAL DE APOYO	:-Hojas, cartulina, crayolas o plumones.
EVALUACION	:-Preguntas abiertas.
TIEMPO	:-1:00 hr.
OBSERVACIONES	:-El participante dibuja su familia. En plenaria se describe y comparte lo que significa, para sí mismo, su núcleo; se reflexiona sobre las actitudes que ésta tendría si él viviera con VIH o SIDA. :-Ver parte 2, cap. 2.3 (punto 2.3.2.5.)
CONSULTAR	:-CONASIDA. Guía para la atención psicológica... (ver bibliografía).

DINAMICA: "MI EXPERIENCIA"

OBJETIVO	:-Compartir testimonio sobre VIH o SIDA.
MATERIAL	:-Dos sillas.
TIEMPO	:-1:00 hr.
DESARROLLO	:-Se colocan las sillas frente al público y se simula una entrevista en la cual, de manera cálida, a la persona que vive con VIH o con SIDA se le van haciendo preguntas sobre su vivencia, su impacto, su aprendizaje. Al final, si la persona entrevistada lo permite, el público puede hacer preguntas y compartir sus emociones.
OBSERVACIONES	:-Debe acordarse con el entrevistado el tipo de preguntas que se le pueden hacer diciéndole que si alguna de ellas no la quiere contestar no está obligado a hacerlo. :-Nota: En una persona que da testimonio sobre VIH o SIDA puede ser necesario brindarle apoyo emocional después de haber compartido vivencia ante público.

RELACION TERAPEUTA-PACIENTE

OBJETIVO	:	INDICE TEMATICO
-Conocerán los objetivos, elementos y ética de la consejería previa y posterior a la realización del examen de anticuerpos anti-VIH.	:	-Definición, objetivos y elementos de la consejería. -Impacto ante la notificación. -Ética profesional de la persona que da consejería.
TECNICA DIDACTICA	:	-Técnica expositiva.
MATERIAL DE APOYO	:	-Rotafolio.
EVALUACION	:	-Preguntas abiertas.
TIEMPO	:	-1:00 hr.
OBSERVACIONES	:	-Ver parte 2, capítulo 2.3 (puntos 2.3.2.1. y 2.3.2.2.).
CONSULTAR	:	-CONASIDA. Guía para la atención psicológica... (ver bibliografía).

APOYO ESPIRITUAL

OBJETIVO	:	INDICE TEMATICO
-Describirán las alternativas de apoyo para fortalecer la calidad de vida, respetando el proceso espiritual y las creencias religiosas de la persona con VIH o SIDA.	:	-Diferencia entre religión y espiritualidad. -Alternativas de apoyo a nivel espiritual. -Trascendencia a partir de la vivencia.
TECNICA DIDACTICA	:	-Técnica expositiva.
MATERIAL DE APOYO	:	-Ninguno.
EVALUACION	:	-Preguntas abiertas.
TIEMPO	:	-1:20 hrs.
OBSERVACIONES	:	-Ver parte 2, cap. 2.3 (puntos 2.3.2.6. y 2.3.2.10.).
CONSULTAR	:	-Sosa, J. <i>SIDA y Espiritualidad...</i> y Pieters, S. <i>Fortaleza espiritual...</i> (ver bibliografía).

TALLER DE EROTIZACION DE SEXO SEGURO

OBJETIVO	INDICE TEMATICO
-Conocerán diferentes alternativas para el autocuidado en la prevención de la infección por VIH a través de la vía sexual.	:-Lineamientos del Sexo seguro y sexo protegido. :-Lamentación: reconocer de qué manera el SIDA ha trastocado la vida sexual personal. :-Afirmación: variedad de alternativas de protección en la diversidad sexual: abstinencia, fidelidad mutua, sexo seguro y sexo protegido. :-Utilización adecuada de implementos de protección sexual. :-Erotización: disfrute en las prácticas seguras y protegidas. :-Negociación de la protección. :-Verbalización de aprendizaje.
TECNICA DIDACTICA	:-Técnica vivencial, demostración física de objetos reales, escenificación.
MATERIAL DE APOYO	:-Condomes, lubricantes, dedales, dildos, guantes de látex, rotafolio, plumones.
EVALUACION	:-Preguntas abiertas, pruebas de práctica y de actitudes.
TIEMPO	:-5 hrs.
OBSERVACIONES	:-Los pasos a seguir se aplicaron de acuerdo a la guía elaborada por AVE de México, A.C., para el desarrollo óptimo del taller. :-Ver parte 2, capítulo 2.3 (puntos 2.3.1.1., 2.3.1.7. y 2.3.2.7.).
CONSULTAR	:-AVE de México. Taller de Erotización de Sexo Seguro. México, D.F. (s/a)

APENDICE C. FORMATOS MODELO PARA EL CURSO DE CAPACITACION

FORMATO MODELO DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES POR ETAPA

ETAPA No. 1

FECHA: _____

TIEMPO TOTAL: 5 hrs.

HR. /TIEM:	TEMA O ACTIVIDAD	TITULAR:	MATERIAL	EQUIPO
09:00/15'	-Registro de parti : cipantes.	:	-Hojas de : registro.	:
	:	:	-Gafetes.	:
	:	:	-Plumones.	:
	:	:	-Carpetas.	:
09:15/30'	-Evaluación previa	:	-Cuestiona- : rios.	:
	:	:	-Bolígrafos.	:
09:45/15'	-Bienvenida.	:	:	:
	: Presentación del	:	:	:
	: personal.	:	:	:
	: Presentación del	:	-Temario.	:
	: curso.	:	:	:
	: -Justificación.	:	-Carta des- : criptiva.	:
	: -Objetivos.	:	:	:
	: -Contenido.	:	:	:
	: -Lineamientos.	:	:	:
10:00/30'	-Dinámica de pre- : sentación: "la : telaraña"	:	-Hilaza.	:
	:	:	:	:
10:30/45'	-Organigrama de : CHECCOS, A.C.	:	-Organigrama: : -Plumones.	:
	:	:	-Cartulinas.	:
11:15/15'	-Descanso.	:	:	: Cafetera
	:	:	:	: Azúcar.
	:	:	:	: Galletas
	:	:	:	: Servi-
	:	:	:	: lletas.
	:	:	:	: Vasos.
	:	:	:	: Cucharas
11:30/60'	-Entendiendo al : SIDA.	:	-Diapositi- : vas.	: Proyec- : tor.
12:30/15'	-Descanso	:	:	: Pantalla
12:45/60'	-Trabajo Interdisci- : plinario	:	-Rotafolio.	:
	:	:	:	:
13:45/15'	-Cierre de sesión	:	-Hojas de	:
	: -Evaluación de etapa	:	: evaluación.	:
	: -Lectura de reflexión:	:	: -Hoja a leer:	:
	: -Comentario final	:	:	:

FORMATO MODELO DE CONVOCATORIA

=====

CURSO DE CAPACITACION SOBRE SIDA

Les invitamos a formar parte del conjunto de personas interesadas en informarse y capacitarse en actividades preventivas y/o asistenciales sobre SIDA.

En el curso analizaremos aspectos Bio-Psico-Sociales, culturales, económicos y sexuales en:

- a) Las personas que viven con VIH/SIDA.
- b) En la familia.
- c) En la pareja.
- d) En el equipo de salud.
- e) En la sociedad.

DATOS DEL EVENTO

FECHA: El curso se desarrollará en ocho etapas consecutivas (únicamente los sábados). Inicia el 13 de Febrero de 1993 y concluye el 03 de Abril de 1993.

HORARIO: De 9:00 a 14:00 hrs.

SEDE DEL EVENTO: Av. de las rosas # 553-B Altos, Col. Chapalita, Guadalajara, Jal.

CUOTA DE RECUPERACION: N\$ 25.00 por etapa o bien N\$ 15.00 a estudiantes con credencial. Si cubren el costo total del curso al inscribirse se les hará un descuento de N\$25.00.

INSCRIPCIONES

Las inscripciones se harán en la sede del evento a partir del día 01 de Febrero de 1993. Horario de atención: de Lunes a Viernes de 10:00 a 14:00 hrs. Mayores informes al 6-21-70-54. Las personas que radican fuera de la Cd. de Guadalajara, pueden inscribirse, vía telefónica. CUPO LIMITADO.

(...continuación)

- 6.- Te han obligado a hacerte la prueba de ELISA para VIH (para SIDA)?
- a) Sí, ¿Quién o dónde? _____
- b) No.
- 7.- El resultado de la última prueba del SIDA que te hiciste, fue:
- a) Negativo.
- b) Positivo.
- c) No me lo han entregado.
- d) No quise saberlo.
- e) Nunca me he hecho la prueba.
- 8.- Es lo mismo ser seropositivo para VIH que tener SIDA?
- a) Sí.
- b) No.
- c) No sé.
- 9.- Consideras que deberían hacerse "La prueba del SIDA" (puedes marcar más de una opción):
- a) Todo el mundo.
- b) Las parejas antes de casarse.
- c) Hombres homosexuales y bisexuales.
- d) Lesbianas.
- e) Prostitutas/os.
- f) Los/as clientes de las/os prostitutas/os.
- g) Usuarios/as de drogas intravenosas.
- h) Turistas antes de viajar.
- i) Aquellos en que médicamente se sospeche SIDA.
- j) Otro (especifica) _____
- k) Nadie no preparado para aceptar un resultado positivo.
- l) Absolutamente nadie.
- 10.- Los únicos sin riesgo de contraer el SIDA sexualmente son (puedes marcar más de una opción):
- a) Las parejas heterosexuales monogámicas realmente fieles desde más de 10 años.
- b) Las parejas homosexuales monogámicas realmente fieles desde más de 10 años.
- c) Hombres exclusivamente heterosexuales.
- d) Mujeres exclusivamente heterosexuales.
- e) Lesbianas.
- f) Niños/as.
- g) Deportistas.
- h) Otros (especifica) _____
- i) Nadie.
- j) Los que se abstienen de tener relaciones sexuales

(...continuación)

- 11.- Si te dijeran los médicos que tienes SIDA, ¿qué harías? (puedes marcar más de una opción):
- a) Seguir con mi vida de siempre.
 - b) Confiar que se descubrirá a tiempo un tratamiento y esperar.
 - c) Buscar ayuda espiritual.
 - d) Acudir al psicólogo.
 - e) Aislarme de mis seres queridos.
 - f) Abstenerme de tener relaciones sexuales.
 - g) Suicidarme.
 - h) No lo he pensado.
 - i) He pensado en ello y no sé que haría llegado el caso.
 - j) Otro (especifica) _____
- 12.- Si un querido familiar tuyo (padre, madre, hermano/a, hijo/a, primo/a, sobrino/a, etc.) tuviera SIDA, tú no, ¿qué harías? (puedes marcar más de una opción, utilizando los paréntesis de la columna izquierda):
- a) Apoyarlo/a en todo menos sexualmente. ()
 - b) Apoyarlo/a en todo incluso sexualmente. ()
 - c) Apartarme inmediatamente. ()
 - d) Alejarme de él/ella, una vez que esté en manos de especialistas. ()
 - e) Ayudarle a suicidarse si me lo pidiera. ()
 - f) Mantenerlo en secreto si me lo pidiera. ()
 - g) Ocultárselo a los demás aunque no me lo pidiera. ()
 - h) Lo he pensado y no sé qué haría llegado el caso. ()
 - i) Otro (especifica) _____ ()
- 13.- Si tu pareja tuviera SIDA y tú no, ¿qué harías? (Las opciones son las mismas que en la pregunta anterior. Nota: responde en los paréntesis de la columna de lado derecho colocados en la pregunta 12).
- 14.- Gran parte de tus conocimientos sobre SIDA te fueron proporcionados por (puedes marcar más de una opción):
- a) CONASIDA (Consejo Nacional).
 - b) COESIDA (Consejo Estatal).
 - c) Grupos civiles (especifica) _____
 - d) Provida.
 - e) Iglesias.
 - f) Otro/s (especifica) _____
 - g) No fue ningún tipo de grupo o asociación.

(...continuación)

- 15.- La información y/o las campañas de "Lucha contra el SIDA" que más te han ayudado han sido de (puedes marcar más de una opción):
- a) El sector salud.
 - b) Homosexuales.
 - c) Feministas.
 - d) Grupos civiles.
 - e) Iglesias.
 - f) Escuela.
 - g) Medios masivos de comunicación: Prensa__ Radio__ T.V.__
 - h) Otras (especifica)_____
- 16.- Las políticas oficiales del Sector Salud, en relación a SIDA, las consideras:
- a) Efectivas y suficientes.
 - b) Efectivas, pero insuficientes.
 - c) Regulares.
 - d) Amplias, pero inefectivas.
 - e) Totalmente inadecuadas.
 - f) Otras (especifica)_____
- 17.- Para combatir el SIDA consideras que hablar libremente y con confianza de la sexualidad con familiares, amigos, grupos de estudio o en el trabajo es:
- a) Imprescindible.
 - b) Simplemente útil.
 - c) No ayuda ni estorba.
 - d) Puede ser contraproducente.
 - e) Otra (especifica)_____
- 18.- Tu actitud frente a personas enfermas de SIDA es o crees que puede ser la de (puedes marcar más de una opción):
- a) Buscar la forma de ayudarla.
 - b) Apartarme.
 - c) No actuar socialmente diferente por eso.
 - d) Notificar a salubridad.
 - e) Notificar a la policía.
 - f) Notificar a su centro de trabajo, escuela, etc.
 - g) Otra (especifica)_____
- 19.- Las autoridades laborales o escolares al saber que un/a empleado/a o alumno/a tiene SIDA, deberían (puedes marcar más de una opción):
- a) Despedirle (sin indemnización en el caso laboral)
 - b) Despedirle (con indemnización en el caso laboral)

(continúan las opciones...)

(...continuación)

- c) () No despedirle pero aislarle de los demás.
 d) () No despedirle ni aislarle de los demás.
 e) () No despedirle, sí aislarle y facilitarle tratamiento.
 f) () No despedirle, no aislarle y facilitarle tratamiento.
 g) () Otro (especifica) _____
- 20.- Existe algún tratamiento efectivo (cura) para el SIDA?
 a) () Si, especifica cuál _____
 b) () No.
 c) () No sé.
- 21.- Consideras que el VIH puede transmitirse por (puedes marcar más de una opción):
 a) () Contacto social (saludar, abrazar, estar juntos).
 b) () Utilizar baños públicos y sanitarios.
 c) () Transfusiones sanguíneas.
 d) () Transplante de órganos.
 e) () Relaciones heterosexuales.
 f) () Relaciones homosexuales.
 g) () Embarazo y/o lactancia.
 h) () Vía aérea.
 i) () Piquete de mosquito.
 j) () Saliva.
 k) () Sudor.
 l) () Lágrimas.
 m) () Otra/s (especifica) _____
- 22.- Tienes temor de "contraer el SIDA"?
 a) () Si, ¿por qué? _____
 b) () No, ¿por qué? _____
- 23.- Te consideras expuesto/a a infectarte por el VIH y llegar a SIDA?
 a) () Mucho, ¿por qué? _____
 b) () Regular, ¿por qué? _____
 c) () Poco, ¿por qué? _____
 d) () Nada, ¿por qué? _____
- 24.- Conoces o conociste a alguien con SIDA?
 a) () Si, ¿cuántos? _____
 b) () No, que yo sepa.
 c) () No estoy seguro/a.

(...continuación)

25.- Qué otra pregunta crees que deba estar incluida en este cuestionario?

26.- Qué pregunta deberíamos quitar del cuestionario?

27.- Comentarios al presente cuestionario:

*** MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACION ***

Nota: A sugerencia de los participantes se agregaron las siguientes preguntas:

28.- En qué te gustaría trabajar en la lucha contra el SIDA?

- a) () Pláticas informativas.
- b) () Distribución de condones.
- c) () Elaboración de material didáctico.
- d) () Cursos de capacitación.
- e) () Talleres de Sexo Seguro.
- f) () Visitas a hospitales.
- g) () Cuidados de enfermería.
- h) () Apoyo a familiares.
- i) () Distribución de despensas.
- j) () Grupos de apoyo.
- k) () Defensa de Derechos Humanos.
- l) () Promoción del Comité.
- m) () Enlace con instituciones.
- n) () Patrocinar eventos.
- ñ) () Recaudar fondos económicos.
- o) () Aportar donativo económico.
- p) () Apoyo en el área administrativa.
- q) () Elaboración de proyectos.

29.- Cuáles son tus expectativas con respecto a este curso?

FORMATO MODELO DE EVALUACION DE LA REACCION

EVALUACION

PRIMER ETAPA

FECHA _____

ASIGNA CALIFICACION ANOTANDO UN NUMERO EN CADA CUADRO.

TEMA	EVALUACION TEMA (0 al 10)	EVALUACION PONENTE (0 al 10)	EVALUACION MAT. DID. (0 al 10)
1. Organigrama de de CHECCOS, A.C.	:	:	:
2. Entendiendo al SIDA	:	:	:
3. Trabajo inter- disciplinario	:	:	:
4. Dinámica de presentación	:	:	:

COMENTARIOS _____

FORMATO MODELO DE ACTITUDES HACIA EL SEXO SEGURO

CRUZA EL CIRCULO ADECUADO.

SI POSIB. NO

A. ¿Consideras que el taller cambió tus ideas sobre el Sexo Seguro?	0	0	0
B. ¿Crees que esta orientación te ayudará a mejorar tu vida sexual?	0	0	0
C. ¿Piensas que podrás comprometerte, de ahora en adelante, con el Sexo Seguro?	0	0	0
D. ¿Recomendarías el Taller a un(a) amigo(a)?	0	0	0

FORMATO MODELO DE EVALUACION FINAL

=====

EVALUACION DE CONOCIMIENTOS

PUNTOS A DESARROLLAR

- 1.- ¿Qué es el SIDA?
- 2.- ¿Cuál es la causa del SIDA?
- 3.- Características del virus.
- 4.- Mecanismos de transmisión.
- 5.- ¿Cómo se realiza la infección dentro del cuerpo?
- 6.- ¿Cuáles son las etapas de la enfermedad?
- 7.- Historia Natural de la Enfermedad.
- 8.- ¿Qué significa un resultado positivo en la prueba de ELISA?
- 9.- ¿Qué significa un resultado negativo en la prueba de ELISA?
- 10.- ¿Qué significa un resultado falso positivo en la prueba de ELISA?
- 11.- ¿Qué significa un resultado falso negativo en la prueba de ELISA?
- 12.- Menciona 4 signos y síntomas de la enfermedad.
- 13.- Normas para reducir el riesgo de contagio.
- 14.- Consejos generales para fortalecer el sistema inmunológico.
- 15.- Continuo psicoafectivo en torno a SIDA.
- 16.- Relación entre SIDA y sexualidad.
- 17.- Implicación de los roles sexuales en SIDA.
- 18.- Explica 3 expresiones comportamentales de la sexualidad.
- 19.- Relación entre SIDA y la identidad sexo-erótica.
- 20.- Principios de la Psiconeuroinmunología.

EVALUACION GRUPAL-PERSONAL

- 1.- ¿Cómo sentiste tu propia participación dentro del curso?
- 2.- ¿Qué propuestas tienes para mejorar el curso?
- 3.- Propuestas para la área educativa de CHECCOS.
- 4.- Propuestas para la área asistencial de CHECCOS.
- 5.- Propuestas para la área administrativa de CHECCOS.
- 6.- ¿En qué área o sub-área te gustaría participar y por qué razón?
- 7.- ¿Qué habilidades tienes para desempeñarte en esa área?
- 8.- ¿Cuáles de tus características personales crees que te obstaculizarían el buen desempeño dentro de esta área?
- 9.- ¿Qué te hizo "descartar" la posibilidad de estar en las otras áreas?
- 10.- ¿En qué días y horas podrías dedicarle tiempo al Comité?
- 11.- ¿En qué día y hora prefieres que se hagan las reuniones?
- 12.- Comentarios

FORMATO MODELO DE EVALUACION DEL CURSO

FECHA _____

CRUZA UN SOLO CIRCULO DE ACUERDO CON TU OPINION.

¿Cómo consideraste...? EXC. BUE. REG. MAL.

	EXC.	BUE.	REG.	MAL.
1.- La organización del curso	0	0	0	0
2.- Las actividades y discusiones	0	0	0	0
3.- La secuencia/progresión de actividades	0	0	0	0
4.- Los materiales de apoyo	0	0	0	0
5.- La preparación de los instructores	0	0	0	0
6.- El entusiasmo de los instructores	0	0	0	0

¿Puedes ayudarnos a continuar con nuestra labor educativa...?

- 1.- () Económicamente -Por favor deposita tu cooperación en la alcancía.
- 2.- () Ayudando con un donativo económico mensual.
- 3.- () Como voluntario.
- 4.- () De otra manera ¿cómo? _____

Si aceptaste colaborar como voluntario, te rogamos anotar tus datos:

NOMBRE: _____ EDAD: _____

DIRECCION: _____

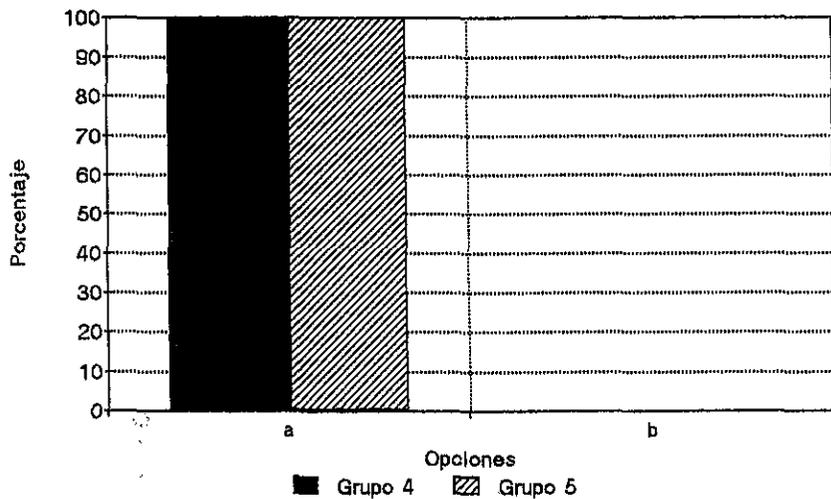
TELEFONO(S): _____ HORARIO _____

COMENTARIOS Y SUGERENCIAS _____

APENDICE D. GRAFICAS DE RESULTADOS DE EVALUACION INICIAL

¿HAS OIDO HABLAR DEL SIDA?

Pregunta 1



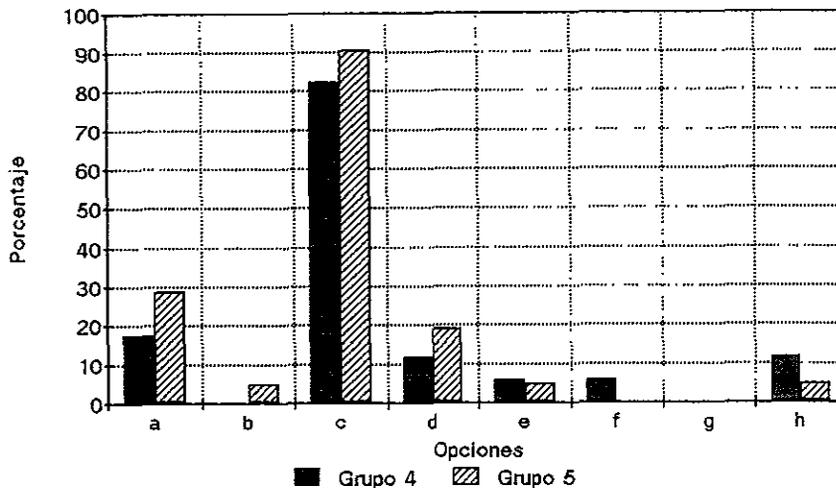
Opciones:

- a) Si.
- b) No.

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
21 personas en el Grupo 5 (100%)

CONSIDERAS QUE EL SIDA ES:

Pregunta 2



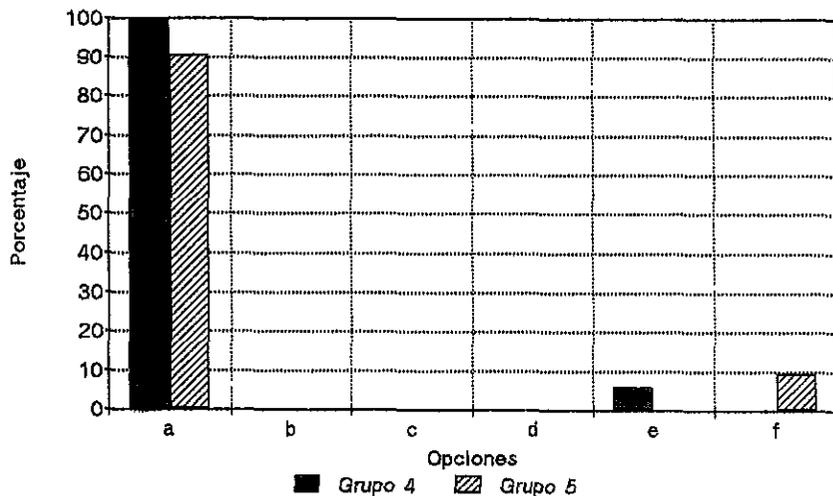
Opciones:

- a) Un tipo de cáncer.
- b) Un castigo de Dios.
- c) Un padecimiento que deprime el aparato inmunitario.
- d) Una consecuencia de la libertad sexual.
- e) Producto del aumento en el número de homosexuales.
- f) Una estrategia de la guerra bacteriológica.
- g) No existe, es un mito.
- h) Otro.

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
21 personas en el Grupo 5 (100%)

Nota: en esta pregunta se admitieron varias opciones de respuesta. La sumatoria de los porcentajes de todas las opciones no es de 100%.

EL SIDA LO CAUSA:
Pregunta 3



Opciones:

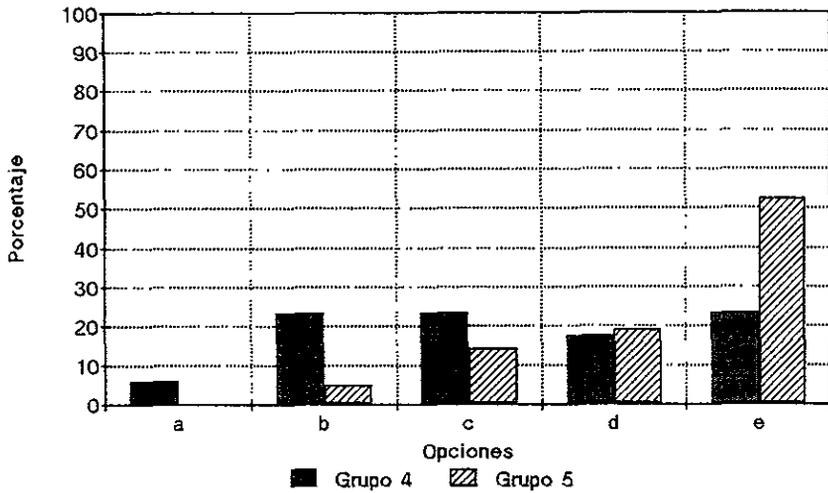
- a) Un virus.
- b) Una bacteria.
- c) Hongos.
- d) La contaminación ambiental.
- e) Otros.
- f) No sé.

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
21 personas en el Grupo 5 (100%)

Nota: en esta pregunta se admitieron varias opciones de respuesta. La sumatoria de los porcentajes de todas las opciones no es de 100%.

HAN DISMINUIDO TUS RELACIONES SEXUALES

Pregunta 4

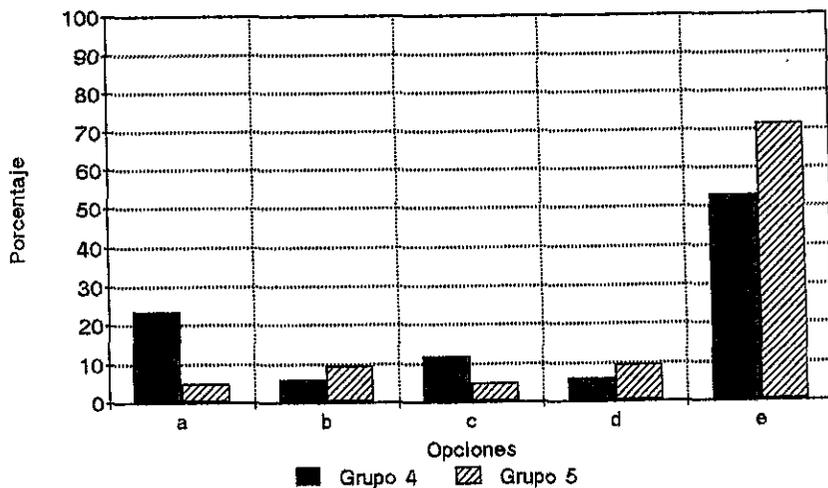


Opciones:

- a) Totalmente (he dejado de tener relaciones).
- b) Bastante.
- c) Un poco.
- d) Nada.
- e) Nunca he tenido relaciones.

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
 21 personas en el Grupo 5 (100%)

TE HAS HECHO VOLUNTARIAMENTE LA PRUEBA
Pregunta 5



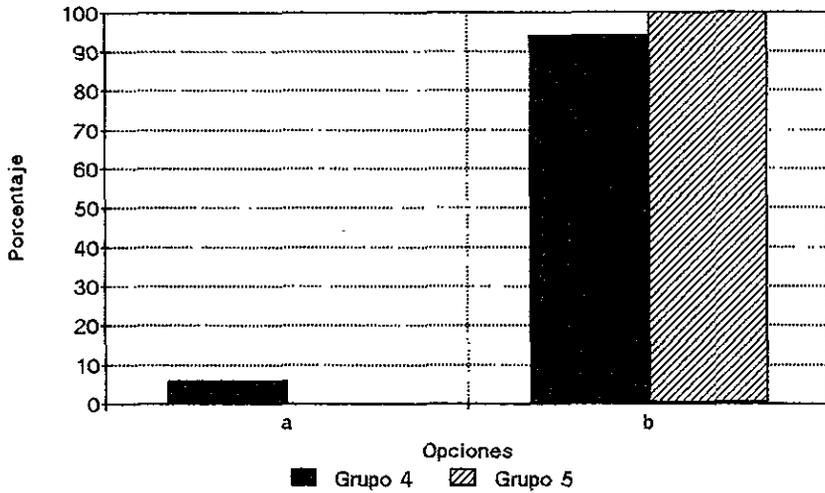
Opciones:

- a) Una vez.
- b) Dos veces.
- c) Tres veces.
- d) Más de tres veces.
- e) Nunca me la he hecho.

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
21 personas en el Grupo 5 (100%)

¿TE HAN OBLIGADO A HACERTE LA PRUEBA?

Pregunta 6

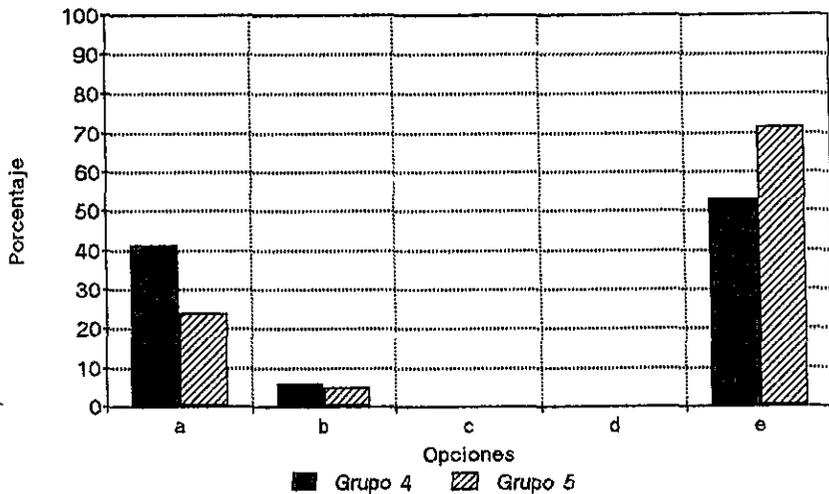


Opciones:

- a) Si.
- b) No.

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
21 personas en el Grupo 5 (100%)

EL RESULTADO DE TU ULTIMA PRUEBA FUE:
Pregunta 7



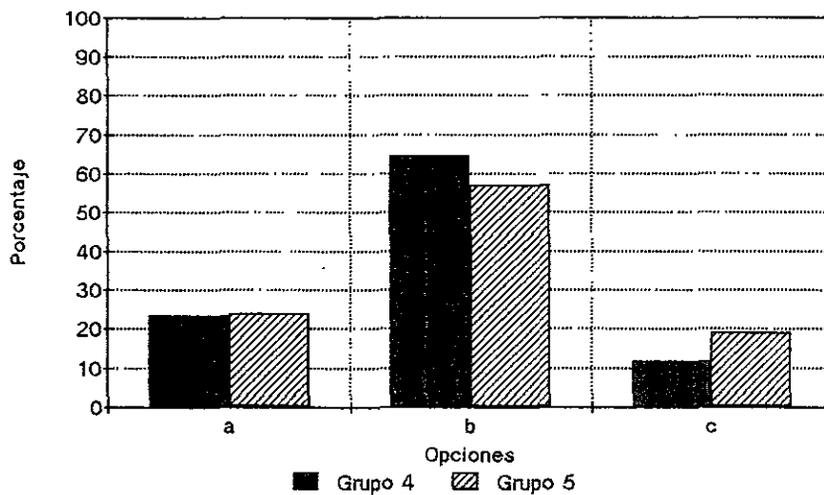
Opciones:

- a) *Negativo.*
- b) *Positivo.*
- c) *No me lo han entregado.*
- d) *No quise saberlo.*
- e) *Nunca me he hecho la prueba.*

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
21 personas en el Grupo 5 (100%)

¿ES LO MISMO SEROPOSITIVIDAD Y SIDA?

Pregunta 8



Opciones:

a) Sí.

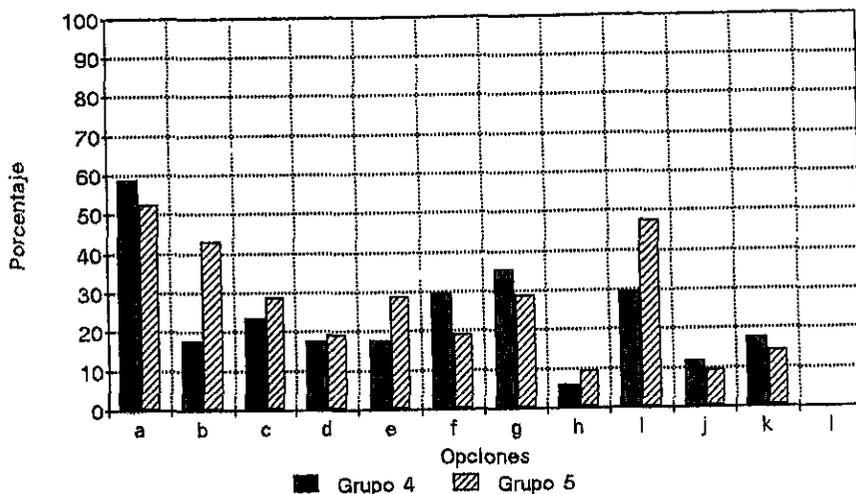
b) No.

c) No sé.

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
21 personas en el Grupo 5 (100%)

¿QUIENES DEBERIAN HACERSE LA PRUEBA?

Pregunta 9

**Opciones:**

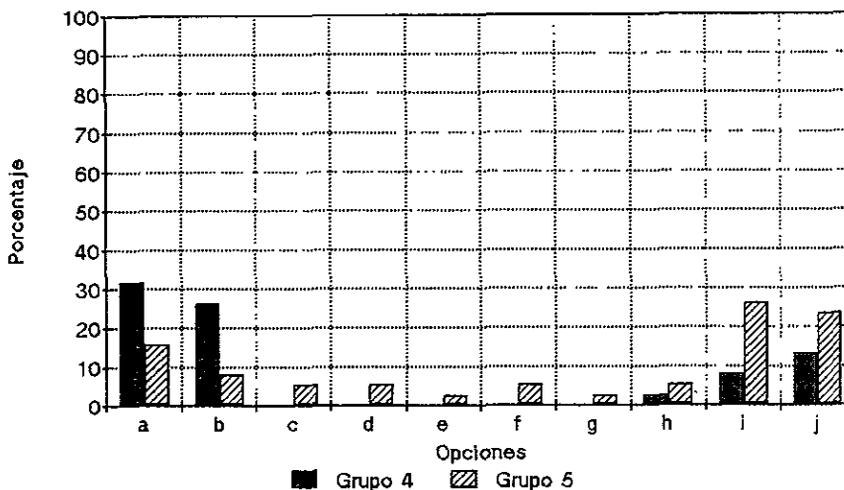
- a) Todo el mundo.
- b) Las parejas antes de casarse.
- c) Hombres homosexuales y bisexuales.
- d) Lesbianas.
- e) Prostitutas/os.
- f) Los/as clientes de las/os prostitutas/os.
- g) Usuarios/as de drogas intravenosas.
- h) Turistas antes de viajar.
- i) Aquellos en que médicamente se sospeche SIDA.
- j) Otro.
- k) Nadie no preparado para aceptar un resultado positivo.
- l) Absolutamente nadie.

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
 21 personas en el Grupo 5 (100%)

Nota: en esta pregunta se admitieron varias opciones de respuesta. La sumatoria de los porcentajes de todas las opciones no es de 100%.

ESTAN SIN RIESGO DE ADQUIRIR EL SIDA

Pregunta 10



Opciones:

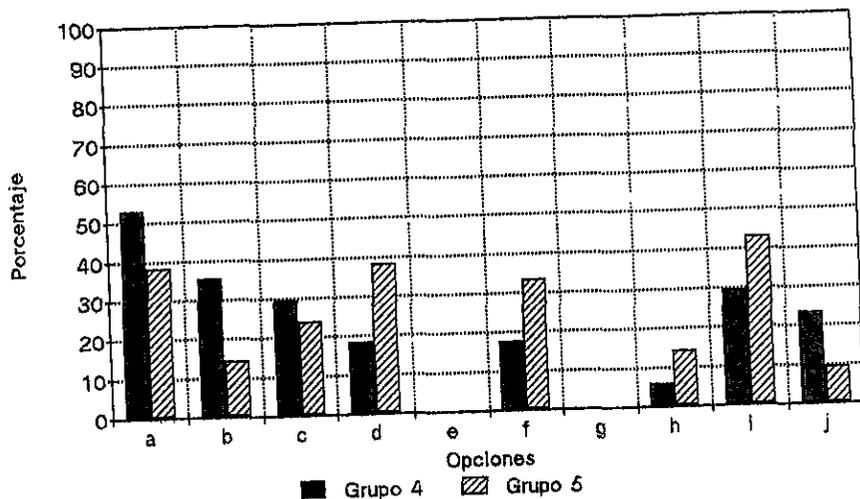
- a) *Las parejas heterosexuales monogámicas realmente fieles desde más de 10 años.*
 b) *Las parejas homosexuales monogámicas realmente fieles desde más de 10 años.*
 c) *Hombres exclusivamente heterosexuales.*
 d) *Mujeres exclusivamente heterosexuales.*
 e) *Lesbianas.*
 f) *Niños/as.*
 g) *Deportistas.*
 h) *Otros.*
 i) *Nadie.*
 j) *Los que se abstienen de tener relaciones sexuales.*

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
 21 personas en el Grupo 5 (100%)

Nota: en esta pregunta se admitieron varias opciones de respuesta. La sumatoria de los porcentajes de todas las opciones no es de 100%.

¿SI TUVIERAS SIDA, QUE HARIAS?

Pregunta 11

**Opciones:**

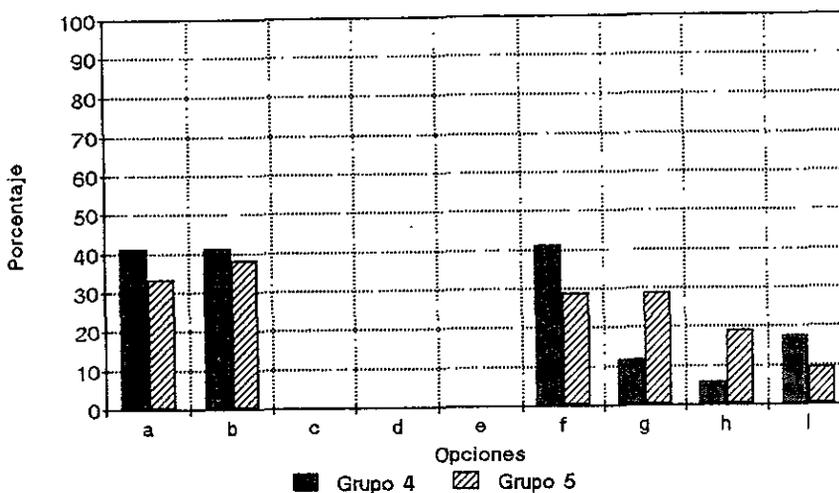
- a) Seguir con mi vida de siempre.
 b) Confiar que se descubrirá a tiempo un tratamiento y esperar.
 c) Buscar ayuda espiritual.
 d) Acudir al psicólogo.
 e) Aislarme de mis seres queridos.
 f) Abstenerme de tener relaciones sexuales.
 g) Suicidarme.
 h) No lo he pensado.
 i) He pensado en ello y no se que haría llegado el caso
 j) Otro.

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
 21 personas en el Grupo 5 (100%)

Nota: en esta pregunta se admitieron varias opciones de respuesta. La sumatoria de los porcentajes de todas las opciones no es de 100%.

UN FAMILIAR TIENE SIDA, ¿QUE HARIAS?

Pregunta 12

**Opciones:**

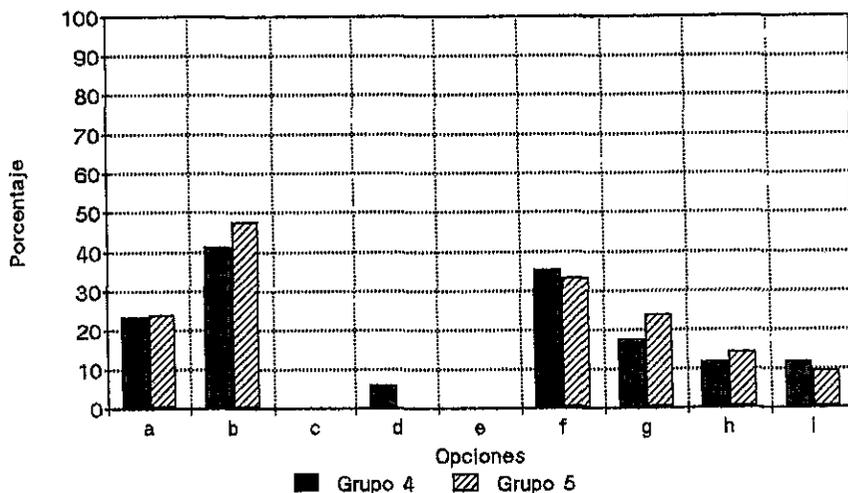
- a) Apoyarlo/a en todo menos sexualmente.
- b) Apoyarlo/a en todo incluso sexualmente.
- c) Apartarme inmediatamente.
- d) Alejarme de el/ella, una vez que esté en manos de especialistas.
- e) Ayudarle a suicidarse si me lo pidiera.
- f) Mantenerlo en secreto si me lo pidiera.
- g) Ocultárselo a los demás aunque no me lo pidiera.
- h) Lo he pensado y no se que haría llegado el caso.
- i) Otro.

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
 21 personas en el Grupo 5 (100%)

Nota: en esta pregunta se admitieron varias opciones de respuesta. La sumatoria de los porcentajes de todas las opciones no es de 100%.

TU PAREJA TIENE SIDA TU NO, QUE HARIAS

Pregunta 13

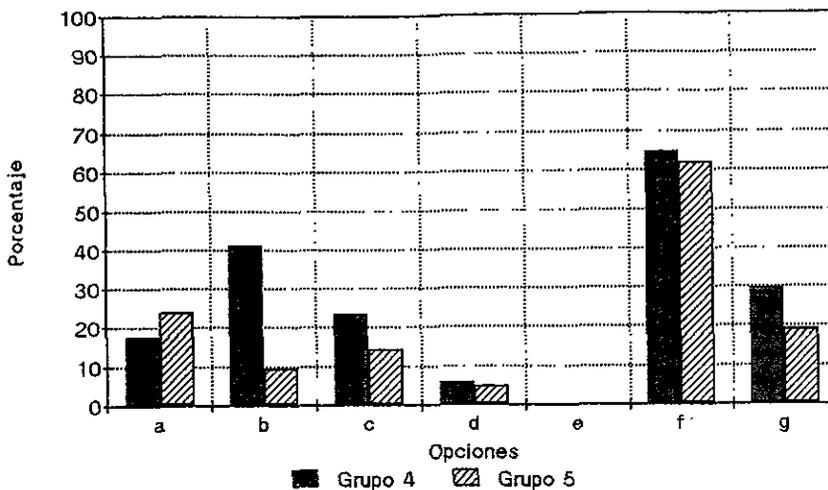
**Opciones:**

- a) Apoyarlo/a en todo menos sexualmente.
- b) Apoyarlo/a en todo incluso sexualmente.
- c) Apartarme inmediatamente.
- d) Alejarme de el/ella, una vez que esté en manos de especialistas.
- e) Ayudarle a suicidarse si me lo pidiera.
- f) Mantenerlo en secreto si me lo pidiera.
- g) Ocultárselo a los demás aunque no me lo pidiera.
- h) Lo he pensado y no se que haría llegado el caso.
- i) Otro.

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
 21 personas en el Grupo 5 (100%)

Nota: en esta pregunta se admitieron varias opciones de respuesta. La sumatoria de los porcentajes de todas las opciones no es de 100%.

TUS CONOCIMIENTOS LOS ADQUIRISTE EN:
Pregunta 14



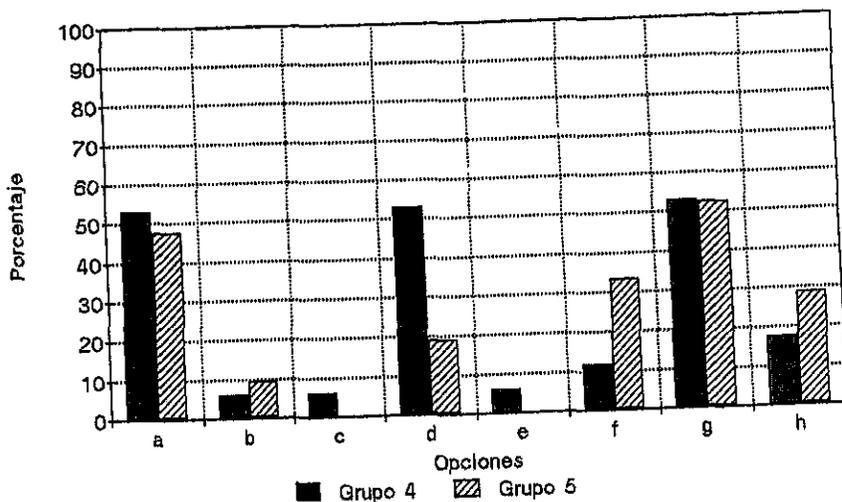
Opciones:

- a) CONASIDA (Consejo Nacional).
- b) COESIDA (Consejo Estatal).
- c) Grupos civiles.
- d) Provida.
- e) Iglesias.
- f) Otro/s.
- g) No fue ningún tipo de grupo o asociación.

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
21 personas en el Grupo 5 (100%)

Nota: en esta pregunta se admitieron varias opciones de respuesta. La sumatoria de los porcentajes de todas las opciones no es de 100%.

QUE CAMPAÑAS TE HAN AYUDADO MAS
Pregunta 15



Opciones:

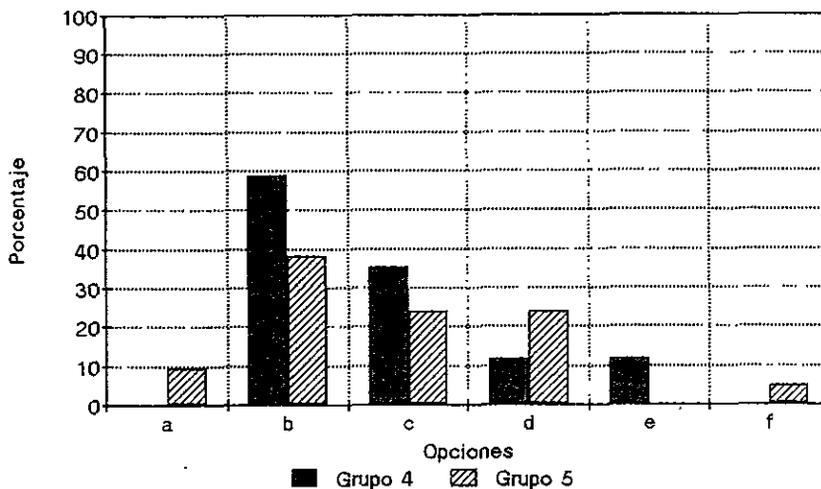
- a) El sector salud.
- b) Homosexuales.
- c) Feministas.
- d) Grupos civiles.
- e) Iglesias.
- f) Escuela.
- g) Medios masivos de comunicación
- h) Otras.

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
21 personas en el Grupo 5 (100%)

Nota: en esta pregunta se admitieron varias opciones de respuesta. La sumatoria de los porcentajes de todas las opciones no es de 100%.

LAS POLITICAS OFICIALES LAS CONSIDERAS

Pregunta 16



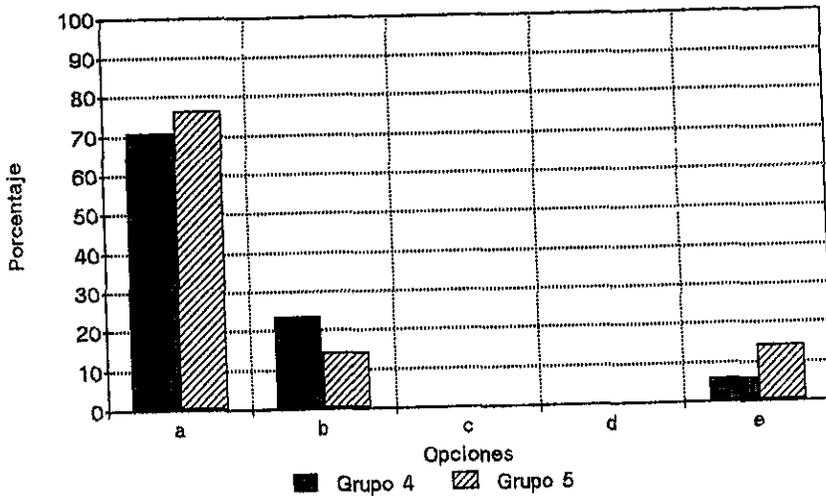
Opciones:

- a) *Efectivas y suficientes.*
- b) *Efectivas, pero insuficientes.*
- c) *Regulares.*
- d) *Amplias, pero inefectivas.*
- e) *Totalmente inadecuadas.*
- f) *Otras.*

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
 21 personas en el Grupo 5 (100%)

Nota: en esta pregunta se admitieron varias opciones de respuesta. La sumatoria de los porcentajes de todas las opciones no es de 100%.

HABLAR DE SEXUALIDAD ES:
Pregunta 17



Opciones:

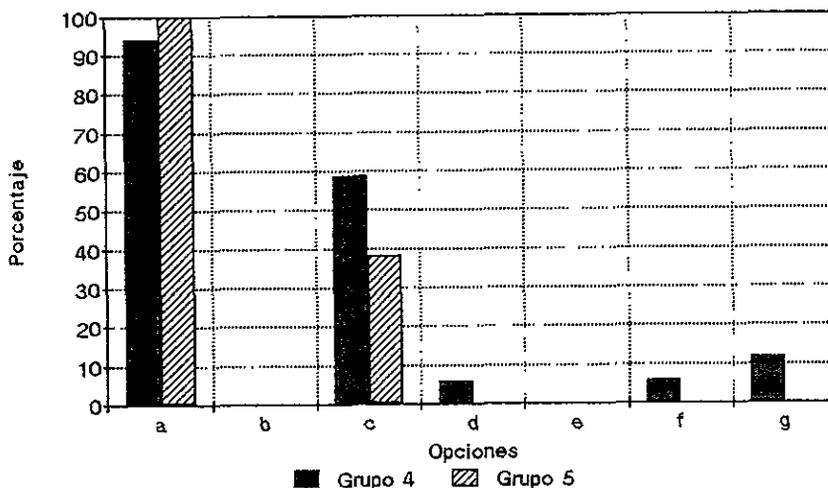
- a) *Imprescindible.*
- b) *Simplemente útil.*
- c) *No ayuda ni estorba.*
- d) *Puede ser contraproducente.*
- e) *Otra.*

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
21 personas en el Grupo 5 (100%)

Nota: en esta pregunta se admitieron varias opciones de respuesta. La sumatoria de los porcentajes de todas las opciones no es de 100%.

TU ACTITUD HACIA PERSONAS CON SIDA ES:

Pregunta 18



Opciones:

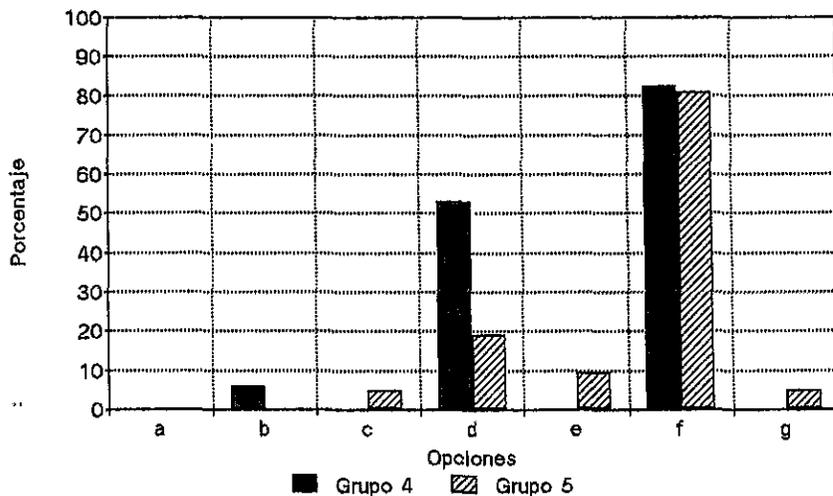
a) *Buscar la forma de ayudarla.*b) *Apartarme.*c) *No actuar socialmente diferente por eso.*d) *Notificar a salubridad.*e) *Notificar a la policía.*f) *Notificar a su centro de trabajo, escuela, etc.*g) *Otra.*

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
 21 personas en el Grupo 5 (100%)

Nota: en esta pregunta se admitieron varias opciones de respuesta. La sumatoria de los porcentajes de todas las opciones no es de 100%.

A EMPLEADOS O ALUMNOS CON SIDA SE DEBE

Pregunta 19

**Opciones:**

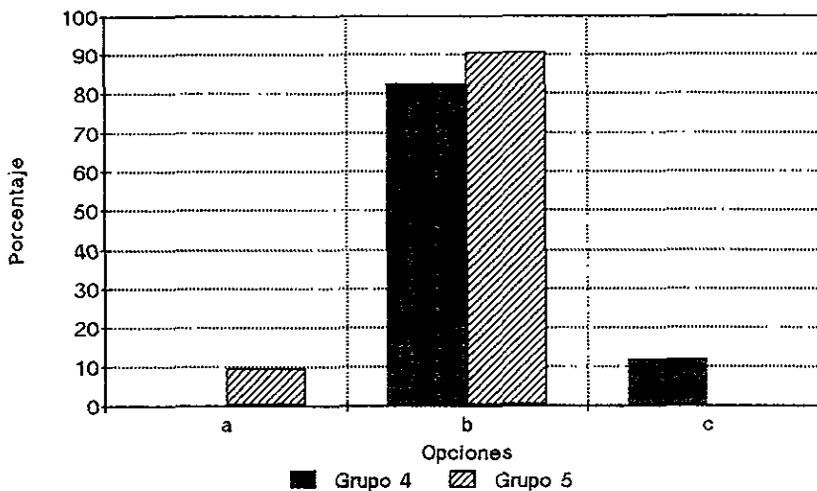
- a) Despedirle (sin indemnización en el caso laboral).
- b) Despedirle (con indemnización en el caso laboral)
- c) No despedirle pero aislarle de los demás.
- d) No despedirle ni aislarle de los demás.
- e) No despedirle, sí aislarle y facilitarle tratamiento.
- f) No despedirle, no aislarle y facilitarle tratamiento.
- g) Otro

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
 21 personas en el Grupo 5 (100%)

Nota: en esta pregunta se admitieron varias opciones de respuesta. La sumatoria de los porcentajes de todas las opciones no es de 100%.

EXISTE TRATAMIENTO (CURA) PARA EL SIDA

Pregunta 20

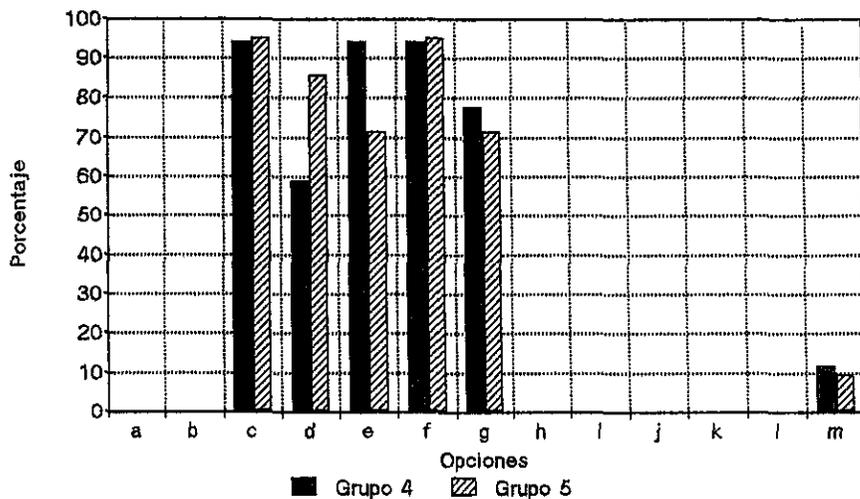
**Opciones:**

- a) *Si.*
- b) *NO.*
- c) *No sé.*

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
21 personas en el Grupo 5 (100%)

EL VIH PUEDE TRANSMITIRSE A TRAVES DE:

Pregunta 21

**Opciones:**

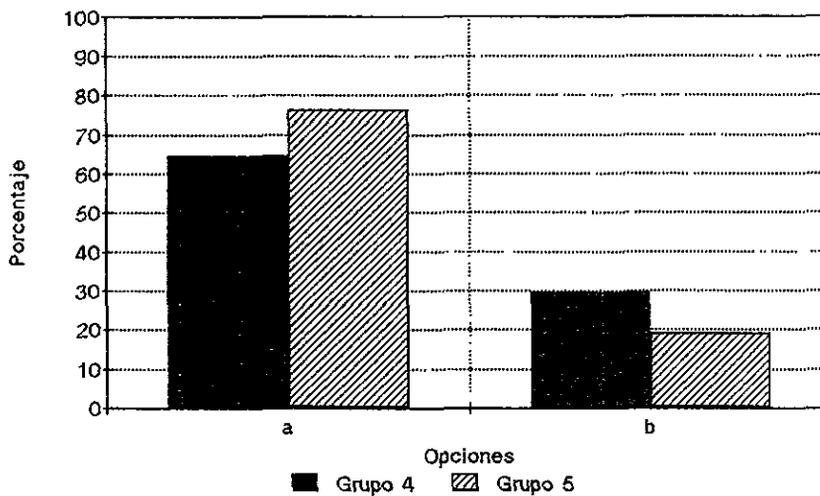
- a) Contacto social (saludar, abrazar, estar juntos, etc.)
- b) Utilizar baños públicos y sanitarios.
- c) Transfusiones sanguíneas.
- d) Transplante de órganos.
- e) Relaciones heterosexuales.
- f) Relaciones homosexuales.
- g) Embarazo y/o lactancia.
- h) Vía aérea.
- i) Piquete de mosquito.
- j) Saliva.
- k) Sudor.
- l) Lágrimas.
- m) Otra/s.

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
 21 personas en el Grupo 5 (100%)

Nota: en esta pregunta se admitieron varias opciones de respuesta. La sumatoria de los porcentajes de todas las opciones no es de 100%.

¿TIENES TEMOR DE CONTRAER EL SIDA?

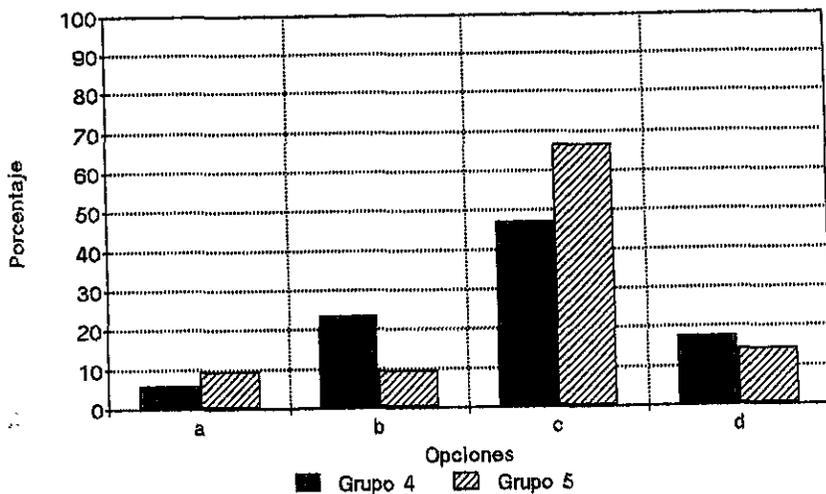
Pregunta 22

**Opciones:**a) *Sí.*b) *No.*

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
21 personas en el Grupo 5 (100%)

¿TE CONSIDERAS EXPUESTO A INFECTARTE?

Pregunta 23



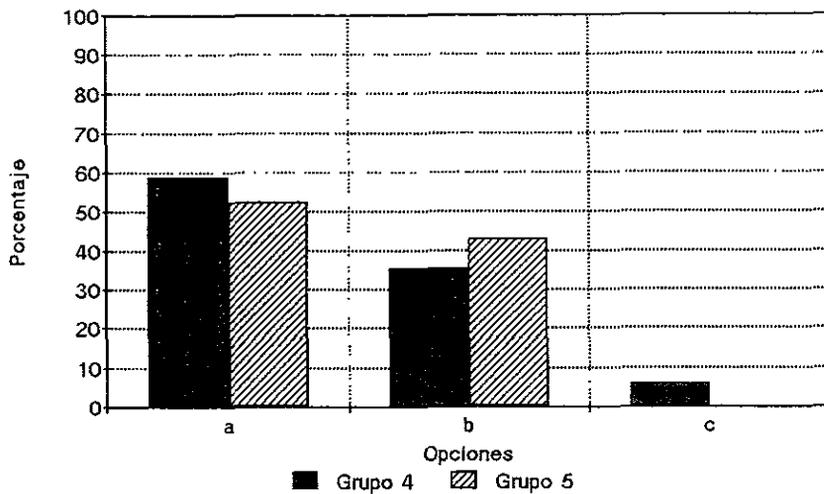
Opciones:

- a) Mucho.
- b) Regular.
- c) Poco.
- d) Nada.

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
21 personas en el Grupo 5 (100%)

CONOCES O CONOCISTE A ALGUIEN CON SIDA

Pregunta 24

**Opciones:**a) *Si.*b) *No, que yo sepa.*c) *No estoy seguro/a.*

Población = 17 personas en el Grupo 4 (100%)
21 personas en el Grupo 5 (100%)

APENDICE E. COMENTARIOS DE LOS ASISTENTES AL CURSO

COMENTARIOS DE LOS ASISTENTES AL 3er. CURSO DE CAPACITACION
=====

PRIMER ETAPA:

- Me gustó mucho como expusieron y espero siga igual.
- Me parece muy interesante todo lo que plantean y realmente creo que mucha gente se los va a agradecer y hay que difundir más esta información. Gabriela.
- Me gustó mucho esta primera etapa, es muy interesante conocer tantas cosas acerca del SIDA. Alguna sugerencia es que hubo algunos cartelones que no se veían.
- Me pareció muy completa la información que se nos facilita, sólo que hubo un detalle de coordinación entre los expositores. En concreto la situación del virus VIH y el hábitat que soporta.
- Me parece muy abierta la forma de exponer los temas, y bastante clara, aunque me gustaría más material para nosotros y poderlo compartir.
- Me pareció muy bien la plática, y me hizo comprender la gravedad a la que nos estamos enfrentando ante esta enfermedad. Yo pienso que sí hay una gran esperanza. Eric.
- Estoy muy satisfecho con los temas que vimos y como los explicaron. Me está ayudando mucho a tener otra perspectiva mejor sobre el tema.
- Yo pienso que es una excelente labor la que está haciendo esta organización CHECCOS, ya que gracias a ellos, la sociedad toma conciencia de lo que la enfermedad SIDA es en realidad.
- El organigrama debería tener el nombre de las personas que ocupan las funciones para conocerlas.
- Me gustó mucho la forma en que hoy aprendí cosas nuevas. Ahora comprendo un poco más y mejor este tema tan importante e interesante. Karla.
- Se me hizo que todo lo que expusieron y dijeron es muy interesante y muy bueno, ya que a nosotros los jóvenes nos hacía falta la información completa y el conocimiento del tema.
- Es muy entendible la manera de exponer.
- En cuanto a la expositora me parece que lo hace de todo corazón y en ella se nota la lucha contra el SIDA, en cuanto al curso igual creo que me ayudará a mí, y yo quiero que de lo que aprendí, pueda ayudar a los demás.

(...continuación)

SEGUNDA ETAPA:

- Estuvo muy bien, las exposiciones, explicaciones, material y todo en sí, lo que me sacó mucho de onda y me hizo reflexionar fue lo de la dinámica, ya que es imposible saber quién sirve mejor o quién puede dar mejores servicios o puede servir de diferentes aspectos. Todos valen igual y no es justo la discriminación. Estuvo muy bien, sólo fue eso y pienso en que todos valen igual.
- Las tres ponencias me parecieron muy importantes y aprendí cosas nuevas de las mismas.
- El día de hoy aprendí todavía más. La dinámica, en lo personal, me gustó mucho. Creo que fue una forma de reflexionar acerca de nosotros mismos y del mundo que nos rodea. Esta sesión nos sirvió mucho y creo que sigue con la misma calidad que la vez pasada. Karla.
- Todos los temas han sido de mucha utilidad, sobre todo para las personas que como yo no han tenido un conocimiento de lo que es el SIDA. Felicito a todos los expositores.
- Me pareció muy bien, ya que considero que el aprendizaje fue amplio, nutritivo, positivo y más que nada de real conciencia.
- El último tema me pareció muy interesante, pero, hizo falta tiempo para que se pudiera extender la plática.
- La dinámica estuvo padrísima, y aunque estuvo más largo valió la pena. Sigue estando igual de bien desde la vez pasada.

TERCERA ETAPA:

- Me gustó mucho este día, pues descubrí más mi sexualidad y la de mis demás compañeros.
- En cuanto al material didáctico, que no sea muy esquematizado, falta a mi manera de ver, diapositivas o ejemplos más contundentes. Paco.
- Excelentes exposiciones, muy didácticas y amenas.
- Me gustaría que se respetara el tiempo.
- Esta ha sido la sección que más me ha gustado. Estuvo de poca madre la dinámica porque todos nos dimos a conocer tal como somos y con mucho respeto y confianza, y la verdad estuvo muy bien. Me gustó demasiado todo ya que hay mucho por reflexionar de lo que vivimos, de lo que hoy aprendí.

(...continuación)

- Me pareció muy buena la forma como se manejaron los conceptos y la dinámica, sólo en "Normal" me pareció que falló un poco el no haber un término total para todo el grupo.
- Por favor que comiencen y terminen a tiempo.
- Las dos ponencias están interesantes "Felicidades", las dinámicas estuvieron super y me ayudaron a reafirmar mi manera de pensar y sentir.
- Considero que los temas de hoy han servido para cuestionarme acerca de mi sexualidad.
- Respeten horario.

CUARTA ETAPA:

- Pienso que puedo ayudar en la lucha contra el SIDA comentando y educándome sobre cómo ayudarme y ayudar a dar información y valorar todo y tratar con tacto ciertos temas. Raúl.
- Me pareció excelente, porque me dí cuenta de muchas cosas que existen en mí, y que no había descubierto, sinceramente: GRACIAS.
- La dinámica me gustó mucho, en lo personal siento que me ayudó, "me puso a pensar en qué es lo que me a mí me gusta, me causa placer"
- Sinceramente es una pena para mí no haber estado antes y poder terminar este provechoso curso. Agradezco la atención de todos ustedes, a nombre de mi asociación gracias. Gustavo, de APPES, A.C. (Asociación Potosina Pro Enfermos de SIDA en S.L.P)
- Muy bien manejados cada uno de los temas, aunque me gustaría que ampliaran un poco más, pero estoy en desventaja porque vengo de fuera. Hoy aprendí a tener un poco más de respeto y comprensión hacia mi trabajo, especialmente para cada uno de mis pacientes. Espero poder estar con ustedes el próximo sábado. Psic. Norma, de APPES.
- Me pareció muy bueno el tema, además de bien tratado. La dinámica excelente.
- La dinámica estuvo muy padre, aunque hubo algunas cosas que no me gustaron, como que me tocaran, creo que las diapositivas estuvieron muy bien, ya que ayudan y facilitan a la comprensión del tema.
- Esta plática me ha ayudado a conocerme más a mí misma y es algo importante para mi crecimiento como persona. Gracias.
- Las dinámicas están muy buenas y muchas gracias porque con esto puedo ayudar a los demás. Paco.
- Únicamente tratar de mejorar las diapositivas.

(...continuación)

- Los temas de hoy me han servido para conocerme aun más en cuanto a mi sexualidad, cuestionarme mis gustos y disgustos para asimismo respetar las formas de ser o expresarse de los demás.
- Fue una etapa muy importante, para conocer las preferencias de cada persona y aceptarlas.
- Los temas cada día están más interesantes y me ayudan a conocerme y así aceptar a los demás tal como son. Gracias.

QUINTA ETAPA:

- Estuvo muy bien el tema de Morir y Vivir, fue una reflexión muy padre, y el tema de Derechos Humanos fue expuesto muy bien.
- Me gustó muchísimo la dinámica, ya que todos o la gran mayoría estábamos tensionados. Ojalá hayan más talleres o seminarios de este tipo. Paco.
- Sesión igual de interesante que la anterior, además de proporcionarnos recursos para reconocernos y evaluarnos, así como para mejorar el apoyo dentro y fuera del SIDA. Gracias por compartir sus conocimientos con cada uno de nosotros. Norma.
- Creo que son buenos temas y ponentes excelentes, sólo que los temas propician por su esencia la intervención de la visceralidad de los expositores y el auditorio.
- Los temas de este día me han conmovido y tengo mucho que reflexionar acerca de ellos. Gracias por la información que nos dieron respecto a los Derechos Humanos.
- Los temas de hoy me han movido un poco más a la reflexión acerca de mi forma de vida y la necesidad de cambiar algunos aspectos en mí, para poder ayudar.
- Buenísimo. Raúl.
- El tema Muerte y Morir me pareció excelentemente tratado. Me hizo reflexionar bastante. Muy bueno.
- Excelentes temas y asimismo sus ponentes.
- Me pareció esta sesión excelente, muchas felicidades por el ponente y muy buena dinámica.
- La dinámica muy buena para comprender el tema de muerte y morir.

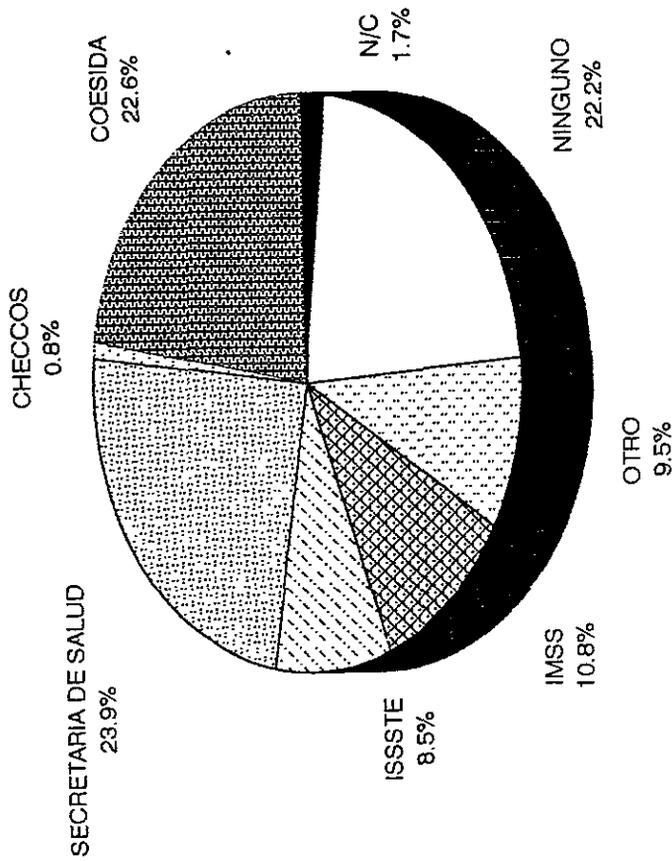
SEXTA ETAPA:

- Juanita: Yo también te voy a dejar una tarea o más bien un favor, ve la película de El Doctor, me dices si te gustó o no y tus comentarios.
- El video refuerza el 100%. Es muy padre contar con material de éste tipo, enriquece.

(...continuación)

- Juanita:
De todo solamente puedo decirte una palabra:
EXCELENTE Gloria.
- Me gustó mucho el cierre y las dinámicas. Felicidades a CHECCOS y les deseo mucha suerte en su futuro.
- Estuvo muy bien llevado el tema, divertido y sobre todo, recibí información muy importante de una manera clara y precisa. Ojalá que continúen así y muchas felicidades, sobre todo a ti Juanita, y síguete echando los kilos del mundo.
- El curso estuvo excelente bastante práctico. Felicidades Juanita, con personas como tú los problemas se comprenden mejor.
Los objetivos fueron completamente cumplidos.
- Todo lo que aprendí a través del curso fue estupendo y el taller estuvo muy bien. Sinceramente felicito a Juanita y a la organización CHECCOS y los exhorto a que sigan transmitiendo la información a través de cursos posteriores ya que siento que todos los que estuvimos en el mismo aprendimos mucho y si nos invitan de nuevo vendremos. Gracias por todo. Con cariño: Mary.
- Felicidades a CHECCOS por los temas y manejo del mismo, a Juanita porque nos hizo sentir libres de prejuicios, saber respetar los sentimientos de cada uno de nosotros y no sólo Juanita sino todos los ponentes y compañeros. Que tengan suerte en la lucha contra el SIDA y que pronto tengan una respuesta en COESIDA para que los planes y programas sean efectivos. AMOR CON SIDA.
- En caso de tener que dar una calificación en escala de 0 a 10 definitivamente es 10, puesto que las dinámicas, así como las palabras utilizadas fueron idóneas para lograr los objetivos planteados. Margarita B.
- Agradezco a CHECCOS la oportunidad brindada a este curso. Especialmente a Juanita por su paciencia y tolerancia a cada uno de nosotros. Por demás está felicitarla por sus conocimientos y manejo excelente de información durante el curso.
En San Luis Potosí -APPES- esperamos seguir contando con su apoyo. Norma.
- El proceso que hoy concluye ha cambiado mis actitudes de vida, tengo conocimientos reales sobre la enfermedad, con la seguridad de que al transmitir la información con mi familia, amigos, pareja y personas a quienes sirvo va a ser de una manera adecuada. Gracias. Felicidades
- Me parece que es muy productivo, ya que en base a la información se asimila y existe aprendizaje, y por consecuencia debe haber un cambio de conducta.
Felicidades. Atte: Elia C.

¿QUE ORGANISMO DE GOBIERNO O PARTICULAR ESPECIALIZADO EN EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DEL SIDA CONOCE?



n=482

FUENTE: Centro de Estudios de Opinión
Universidad de Guadalajara.
Noviembre de 1993.