



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“Diagnóstico de los Programas de VIH/SIDA
en el Distrito Federal y el Estado de Morelos”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A ,

AGUILAR FLORES ADRIANA

DIRECTORA: DRA. MARIA FATIMA FLORES PALACIOS

REVISORA: LIC. OFELIA REYES NICOLAT



FACULTAD
DE PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

ENERO DE 2006.

m350807

AGRADECIMIENTOS

- ✓ Dra. Fátima Flores Palacios

Gracias a la dirección para la realización de esta tesis, pero sobre todo por su participación y compromiso durante su elaboración, al igual la disposición y sensibilidad para escuchar y ayudarme a encauzar mis ideas, con lo que resulto en una experiencia verdaderamente formativa en aprendizaje y amistad.

- ✓ Mtra. María Eugenia Martínez C.

Gracias por su dedicación y compromiso al trabajo académico así como el apoyo prestado en la presente investigación con sus respectivos planteamientos metodológicos.

- ✓ Lic. Jorge Álvarez Martínez

Gracias por todo el apoyo brindado en los últimos semestres de la carrera, así como en el servicio social y en la presente, lo que ha representado para mi una agradable experiencia en mi vida.

- ✓ Mtra. Ofelia Reyes Nicolat

Gracias por sus comentarios atinados en la presente tesis.

- ✓ Dr. Rolando Díaz-Loving

Gracias por el interés y tiempo otorgado a la presente, así como el aprendizaje indirecto en sus investigaciones.

- ✓ Lic. Lourdes Medina

Infinitamente gracias por las correcciones de la presente.

- ✓ DGAPA con sus proyectos PAPIIT

Gracias por la aceptación de mi solicitud como becaria sin la cual no hubiera sido posible la realización de la presente tesis, esperando que sea útil según el interés y la necesidad de quien la consulte.

- ✓ A tod@s mis maestr@s no importa lo que hayan hecho, todo es funcional.

- ✓ A todos los participantes de la presente investigación, por su tiempo y su saber compartido.

- ✓ UNAM, invaluablemente gracias por mi formación profesional.

GRACIAS

- ✓ **Mamá** porque me enseñaste a luchar por las cosas que deseamos con tu ejemplo cotidiano, por tu fuerza interior, por tu amor y por estar ahí siempre.
- ✓ **Veró** por compartir momentos de alegría, tristeza, enojo, pero sobretodo por ser mi hermana.
- ✓ **Claudia** mi compañera por su amor solidario, su incansable paciencia y su constante búsqueda del conocimiento.
- ✓ **Tere y Víctor** por hacer más fácil el camino del éxito académico.
- ✓ **Olivia** por el reencuentro cálido que me permite valorar a la familia que tengo
- ✓ **Eduardo** con el deseo de tener momentos de encuentro.
- ✓ **Ismael** por ser el sacrificado de la familia y así modificar nuestro mundo (tu presencia es permanente).
- ✓ **Tía Julia** por brindarme en su momento la oportunidad de crecer.
- ✓ **Eve** ejemplo en mi adolescencia y por mostrarme una realidad diferente.
- ✓ **Sobrin@s** por el pequeño momento compartido y que sea un ejemplo en su vida.
- ✓ **Ana Chapa** por su apoyo interminable y sus acertados comentarios en esta investigación.
- ✓ **Equipo SIDA** por la experiencia compartida y la posibilidad de crecer y complementarnos (Ana, Alde, Julio, Natalia, Raúl y Ruth)
- ✓ **Compañer@s** de vida y por extensión
Ivette, Fabi, Silverio, Hortensia, Lucia, Luis, Viri, Fabián, Adri y Lety.
- ✓ **Silvia M.** por su bondadoso corazón.
- ✓ **tod@s** los que compartieron en algún momento experiencias laborales, académicas y terapéuticas.
- ✓ Ausente padre, ¿dónde te encuentras?
- ✓ Los integrantes de las brigadas de Protección Civil e Intervención en Crisis de la UNAM.

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2

Capítulo 1 Características del VIH/SIDA

1.1 <i>Cronología del VIH/SIDA</i>	5
1.2 <i>Etiología del VIH</i>	12
1.3 <i>Aspectos biológicos</i>	15
1.3.1 ¿Qué es un virus?	16
1.3.2 Características morfológicas del virus	17
1.3.3 Historia Natural del VIH	18
1.3.4 Manifestaciones clínicas	21
1.3.5 Pruebas de detección	22
1.3.6 Tratamiento	23
1.4 <i>Aspectos psicológicos</i>	26
1.4.1 Proceso de duelo	27
1.5 <i>Aspectos Sociales</i>	30
1.6 <i>El VIH/SIDA en México</i>	31
1.6.1 Transmisión sexual	32
1.6.2 Transmisión sanguínea	34
1.6.3 Transmisión perinatal	35
1.6.4 El VIH/SIDA en el Distrito Federal y otras entidades federativas	36

Capítulo 2 Evaluación de Programas

2.1 <i>Investigación evaluativa</i>	41
2.2 <i>Conceptos básicos de evaluación de programas</i>	42
2.3 <i>Funciones de la evaluación</i>	44
2.4 <i>Enfoques en la evaluación de programas</i>	45
2.5 <i>Técnicas de recolección en evaluación de programas</i>	48
2.5.1 Entrevista	49
2.5.2 Análisis de documentos	49
2.6 <i>Tipos de evaluación</i>	51
2.6.1 Etapas en el diseño de una evaluación	53

Capítulo 3 Programas de VIH/SIDA

3.1 <i>Clasificación de los programas</i>	55
3.1.1 Programas de prevención primaria	56
3.1.2 Programas de prevención secundaria	56
3.1.3 Programas de prevención terciaria	57
3.2 <i>Investigación y programas</i>	57
3.3 <i>Prevención del VIH/SIDA en México</i>	59
3.3.1 Acciones gubernamentales	59
3.3.2 Acciones de organizaciones no gubernamentales	66

Capítulo 4 Método

4.1 Planteamiento del problema	69
4.2 Justificación	70
4.3 Objetivos	71
4.4 Supuestos teóricos	72
4.5 Muestra	72
4.6 Tipo de estudio	73
4.7 Diseño	74
4.8 Instrumentos	74
4.9 Escenario	74
4.10 Procedimiento	75
4.11 Desarrollo del proceso de evaluación	77
4.12 Análisis de datos	78

Capítulo 5 Resultados

5.1 Descripción de los programas de organizaciones no gubernamentales	81
5.2 Alceste y organizaciones no gubernamentales	88
5.2.1 Universo Afectivo	89
5.2.2 Atención al enfermo	95
5.2.3 Población callejera	104
5.2.4 Necesidades en poblaciones	117
5.3 Descripción de los programas gubernamentales	126
5.4 Alceste y la institución gubernamental	129
5.4.1 Experiencia médica	131
5.4.2 ...del papel a la práctica	133
5.5 Alceste y experto	136
5.5.1 El quehacer cotidiano	138
5.5.2 Descifrando el sistema de salud	141

Capítulo 6 Discusión 147

Conclusiones	157
Limitaciones, Alcances y Sugerencias	158

Referencias 160

Anexos

Anexo 1 Guía de entrevista (organizaciones no gubernamentales)	
Anexo 2 Guía de entrevista (instituciones gubernamentales)	
Anexo 3 Transcripción de las entrevistas	

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo evaluar el proceso de diseño, implementación y resultados en los programas de VIH/SIDA del Distrito Federal y el Estado de Morelos para así tener un diagnóstico de los mismos.

Se realizaron 10 entrevistas semiestructuradas a informantes claves (7 de Organizaciones no Gubernamentales, 2 Instituciones gubernamentales y 1 investigador), además de considerar los documentos escritos de cada programa. Referente al análisis de datos, se utilizó el método de Análisis Lexical de Co-ocurrencias de Enunciados Simples de un Texto (AICESTE) complementado con un análisis de contenido tradicional. A partir del análisis de los datos se continuó con el proceso de evaluación conformado así por cuatro categorías: diseño-conceptualización, implementación, resultados y propuestas. Cada una con su respectivo eje temático.

Entre los principales resultados se encuentran: La innovación de los programas de prevención a nivel organización no gubernamental e institución gubernamental que impactan de manera considerable a las distintas poblaciones a través de sus estrategias empleadas. En lo referente al diseño-conceptualización se identifica en todos los programas una relevancia ante la problemática del VIH/SIDA así como una constante búsqueda por nuevas herramientas para trastocar lo subjetivo del ser humano.

En la implementación se observa una exitosa efectividad en cada programa a nivel preventivo. El impacto de las estrategias coinciden todas en que se debe evaluar a largo plazo, aunque no garantizan la permanencia. Finalmente las propuestas giran en torno a la prevención temprana como una respuesta eficaz ante la problemática del VIH/SIDA, además de contextualizar cada estrategia de prevención. En los programas de atención con el tinte asistencialista deja de lado la innovación de los mismos, sin embargo desde su trinchera están aportando algo a la disminución del rechazo y discriminación de los infectados.

Para concluir, la inserción de la psicología en esta área de evaluación es fundamental para identificar, diseñar e implementar programas eficaces para mitigar esta epidemia.

Introducción

- El por qué de esta tesis

El incremento acelerado del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha repercutido de manera considerable en el contexto social, económico, cultural y de políticas públicas en torno a la salud generando respuestas a nivel nacional como internacional formulando decretos que es necesario cumplir como país. Sin embargo, poco se ha investigado referente a la evaluación de programas tanto a nivel de las Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) e Instituciones gubernamentales (Ig) lo cual impide saber el impacto de las estrategias y en ese caso como se explicaría el incremento diario de jóvenes, mujeres, migrantes, entre otros, en otras palabras, cómo se diseñan, implementan y evalúan los programas. Este cuestionamiento se responderá a lo largo de la presente investigación.

A finales del 2004, se estimaba que en todo el mundo 39.4 millones de adultos y niños vivían con el VIH/SIDA y que se habían producido unas 3.1 millones de defunciones por esta enfermedad y que 4.9 millones eran los casos recientes.

No obstante, el aprendizaje que se ha tenido en todas las áreas sobre la prevención del VIH es variada. Las investigaciones son fundamentales para este conocimiento, así diversos estudios provienen de la evaluación, revisión de programas, documentación de buenas prácticas ya existentes (ONUSIDA, 1999), metaanálisis, revisiones realizadas y de observaciones de trabajadores sobre terreno, de organizaciones no gubernamentales y de profesionales médicos del fomento a la salud.

Por consiguiente, todas estas fuentes de intervención han demostrado su utilidad a la hora de identificar las intervenciones más apropiadas y prometedoras. Proporcionando diferentes tipos de información (por ejemplo, indicando cambios en la prevalencia y en la incidencia de la infección, cambios observados en el comportamiento, aumentos en el uso de los servicios ofrecidos o en la venta de

preservativos; o un aumento en los conocimientos teóricos y prácticos, las creencias y las actitudes relacionadas con el VIH), cada una de las fuentes de información contribuye a nuestros conocimientos sobre lo que puede “funcionar” en la prevención del VIH (ONUSIDA, 2000).

Así el reto de los investigadores sociales es identificar a partir de la evaluación de los programas enfoques innovadores para continuar la misma línea y disminuir la epidemia. Por ello como señala Toro-Alfonso (2001), es importante un acercamiento a la epidemia del SIDA con una perspectiva global e interdisciplinaria.

El estado, las organizaciones no gubernamentales, los profesionales de la salud, las personas viviendo con el virus, el sector religioso y las personas en la investigación de la conducta y las ciencias sociales tienen la responsabilidad de hallar en conjunto una solución a lo que se considera como el mayor problema de salud en nuestro hemisferio.

En este sentido, la epidemia del VIH/SIDA le presenta a la psicología, una oportunidad para expandir la investigación sobre necesidades de personas infectadas y afectadas, evaluación de programas, acercamientos culturalmente apropiados para llenar las necesidades de estas poblaciones y sobretodo el esfuerzo para transferir los hallazgos de dichas investigaciones a intervenciones en la comunidad, recuperando así el compromiso de colaboración social.

- El contenido

La presente investigación se divide en seis capítulos. En el primer capítulo se aborda el fenómeno del VIH/SIDA en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

En el capítulo dos, reseña lo referente a la evaluación de los programas, la importancia de los mismos, la recolección de datos, las perspectivas, el proceso de evaluación, entre otros temas, justificando así la realización de este trabajo.

El siguiente capítulo gira en torno a los programas de VIH/SIDA partiendo de la clasificación de los programas enfocados al tema, así como cuestionamientos acerca de la investigación en evaluación de programas y finalmente con la prevención del VIH/SIDA en México desde lo gubernamental y no gubernamental.

El capítulo cuatro, detalla el procedimiento empleado en la realización de la presente. Se señala la muestra, el tipo de estudio, las técnicas empleadas, entre otros aspectos.

En el capítulo cinco se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de ALCESTE complementado con un análisis contenido tradicional, que se obtuvieron de las entrevistas realizadas a los informantes de las Instituciones Gubernamentales y las Organizaciones No Gubernamentales, asimismo se consideró el discurso del experto.

Finalmente, el capítulo seis retoma los resultados obtenidos para analizarlos dentro del marco de evaluación de programas, VIH/SIDA y respuestas gubernamentales y no gubernamentales.

De igual manera se presentan las conclusiones, límites, alcances y sugerencias de dicha investigación.

Capítulo 1

VIH/SIDA

“la epidemia continúa yendo por delante de la respuesta mundial”.
Peter Piot¹

1.1 Cronología del VIH/SIDA

La primera referencia que se tiene de esta enfermedad, la da a conocer el New York Times en junio de 1981, y habla de una rara enfermedad que consume a sus víctimas en poco tiempo. Fue así como se iniciaron las primeras acciones tecnológicas para conocer el agente causal de la enfermedad, descubriéndose, dos años después que el Virus de Inmunodeficiencia Humana era el agente causal, pues debilitaba el sistema inmunológico o a las defensas del organismo. Sin embargo, esto se dio cuando ya miles de personas estaban infectadas, sin saberlo. El virus había avanzado sigilosamente sin ser detenido (Letra S, 2001).

Como ya se mencionó, en 1981 se identifican los primeros casos poco comunes de deficiencias del sistema inmunitario en varones homosexuales de Estados Unidos. Al mismo tiempo, los medios de comunicación lo llaman “cáncer rosa”. Respecto a números, se dice que había alrededor de mil casos de SIDA en todo el mundo. El siguiente año se registran casos entre heroinómanos, hemofílicos y haitianos, además de homosexuales, por lo que se habla del “club de las 4 haches” y comienza a utilizarse el término desafortunado “grupos de riesgo”. De la misma manera, en África se detecta una epidemia de la enfermedad, pero en heterosexuales, lo cual lleva a identificar las tres vías de transmisión: *sexual, sanguínea y perinatal*. El departamento de Salud de Estados Unidos establece el término oficial de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El número estimado de casos se eleva a 1 millón.

Las investigaciones en todo el mundo continúan, en 1983, el francés Luc Montagnier logra aislar el agente causal del SIDA y lo denomina virus de la linfadenopatía (LAV). Por su parte, la jerarquía católica habla de “castigo divino” a los “pervertidos” (homosexuales, drogadictos y prostitutas). Los primeros en

¹ Director Ejecutivo de ONUSIDA en prensa@medicmundi.es

responder a la epidemia son las organizaciones gay, realizando la primera Caminata Nocturna Silenciosa en San Francisco. En México se detecta el primer caso en el Hospital "Salvador Zubirán". Las cifras continúan en aumento: en Estados Unidos rebasan los 3 mil casos, mientras que, a nivel mundial se estima cerca de un millón y medio.

Otro científico, Roberto Gallo, anuncia que ha logrado aislar el virus que causa el SIDA y lo llama HTLV-III, con lo cual se establecen diferencias entre éste y Luc Montagnier, ya que hay dinero de por medio ante tal descubrimiento. Mientras esto sucede, fallece de SIDA el filósofo francés Michel Foucault. Para entonces, el registro se estima en 2 millones 100 mil. Otro año más tarde aparecen las pruebas diagnósticas bajo el nombre de ELISA y Western Blot, en las que se ve una esperanza a esta pandemia; pero, a pesar de eso, no se logra disminuir la cifra, sino al contrario se eleva a 3 millones de casos. Este mismo año se realiza la primera Conferencia Mundial sobre SIDA en Atlanta, Estados Unidos. En nuestro país, el nuncio, Giralamo Prignione califica el SIDA como lo había hecho la jerarquía católica años antes, es decir, como "castigo divino" y el condón "instrumento del demonio".

En 1986, después de un acuerdo internacional, se denomina al agente causal del SIDA como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y los casos ascienden a 4 millones (*Letra S, 2001*). Al siguiente año, se logra un acuerdo entre los gobiernos de Francia y Estados Unidos sobre la patente del test serológico, concluyendo que son codescubridores del virus (Gallo y Montagnier). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el Programa Especial sobre SIDA que posteriormente se llamará Programa Mundial del SIDA. Respecto a los medicamentos para combatir el virus, la Federal Drug Administration (FDA) aprueba el uso de zidovudina (AZT), como primer fármaco antirretroviral.

La sociedad civil comienza a organizarse y se funda la Organización Act p, en Estados Unidos, cuyos miembros se caracterizan por ser combativos, originales y radicales, y se pronuncian contra la apatía gubernamental y la codicia de las farmacéuticas.

En México, una acción realizada para combatir la epidemia, es la prohibición de comercializar la sangre; después de un escándalo sobre el número de donadores renumerados, infectados en los bancos de sangre privados. En este año sucedieron dos sucesos importantes: la primera Caminata Nocturna Silenciosa y, por otra parte, el Primer Congreso Nacional de SIDA. Mientras tanto, las cifras se elevan a 5 millones de personas infectadas nivel mundial.

En 1988, comienzan a reunirse los Ministros de Salud de todo el mundo, para abordar el problema del VIH/SIDA en la ciudad de Londres. Por su parte, en México se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA ahora CENSIDA) por decreto presidencial. La cifra asciende a 7 millones. Al siguiente año, el 1 de diciembre se establece el Día Mundial de Lucha contra el SIDA. Respecto a los medicamentos, descienden sus costos hasta un 20%, en el AZT. En nuestro país, se crea como respuesta de la sociedad civil, el *organismo mexicanos contra el SIDA*. En esa misma línea, CONASIDA lanza una campaña en pro del condón como medio preventivo, pero la respuesta de los de ultraderecha es más fuerte que la del gobierno, así que deciden retirarla. El conteo es 9 millones 500 mil casos (Letra S, 2001).

Dos años después, el avance de la medicina logra aprobar el fármaco antirretroviral, llamado didanosida o ddI. En el mundo de la música, fallece a consecuencia del SIDA el cantante Freddy Mercury, vocalista de Queen, por lo cual se crea el listón rojo, como símbolo de solidaridad con las personas afectadas por el SIDA. En este mismo ámbito, el deportista Magic Johnson declara tener VIH. En nuestro país se aprueba el uso de AZT, para mitigar el impacto de la enfermedad, pero los casos se incrementan a 14 millones y medio. El siguiente año, se aprueba el tercer medicamento antiviral, llamado ddC, y se menciona que los tratamientos deben ser combinados (dos antivirales). En México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), junto con algunos organismos de lucha contra el SIDA, publican la Cartilla de Derechos Fundamentales de las Personas que Viven con VIH/SIDA. La cifra se incrementa a 17 millones de casos.

En México, en el año de 1993 muere el filósofo, periodista y activista Francisco Galván Díaz, fundador del suplemento *Sociedad y SIDA*. La cifra crece

a 20 millones de casos mundiales. El siguiente año se aprueba la venta del cuarto medicamento: el d4T. También se observa que el uso de AZT durante el embarazo, logra disminuir en más de 60% la transmisión materno-infantil del virus. En la República Mexicana se agrava el problema, ya que el SIDA se convierte en la cuarta causa de muerte, en varones de 25 a 34 años de edad. El conteo es de 24 millones de personas infectadas.

En 1995, se aprueba el saquinivir, primer inhibidor de la proteasa. Mientras, en Europa oriental se detecta un brote de VIH entre los consumidores de drogas intravenosas. En nuestro país, se publica la Norma Oficial Mexicana para el Control de la Infección por el VIH, en el Diario Oficial de la Federación. Hay más de 27 millones de personas con el virus en el mundo.

Un logro importante se da en 1996, cuando se crea el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA), que en la actualidad es uno de los más efectivos para esta lucha, pues ofrece líneas para combatir la epidemia. Paralelamente otros medicamentos son aprobados, entre ellos el indinavir y la nevirapina. En la XI Conferencia Internacional sobre SIDA, llevada a cabo en Vancouver, se da a conocer el famoso "cóctel antiviral", combinación de tres medicamentos que logra desacelerar el avance del virus dentro del organismo. Del mismo modo, se establece la prueba de la carga viral, como un indicador útil para determinar el avance del virus dentro del organismo. En México, se crea el Frente Nacional de Personas Infectadas por el VIH (FrenpaVIH), para luchar por el acceso universal a los costosos medicamentos. La estimación de infecciones llega a los 30 millones 500 mil casos.

En América Latina, en 1997, Brasil es el primer país en desarrollo que aprueba dar tratamientos a todas las personas afectadas a través de su sistema público de salud. La respuesta inmediata de nuestro país, por parte de la Iglesia católica es lanzada por Norberto Rivera, quien propone que la envoltura de los condones incluya la leyenda: "Este producto es nocivo para su salud". Por otro lado, la presión que ejerce el FrenpVIH en el Centro Médico Nacional, para exigir acceso a los medicamentos, concluye que el siguiente mes se publique, en el Diario Oficial de la Federación, la inclusión de los inhibidores de proteasa

(indinavir, saquinavir y ritonavir) en el catálogo de Medicamentos del IMSS. Las cifras se elevan a 33 millones de personas.

Con lo que respecta a la creación de vacunas para el VIH, el Aids Vax es la primera en ser experimentada en humanos. En 1998, se lleva a cabo la XII Conferencia Internacional de SIDA, donde se discutieron temas como: la subestimación de los medicamentos, las fallas terapéuticas, el desarrollo de resistencias virales, el elevado costo de los medicamentos entre otros problemas. En México, la UNAM y la SSA crean el Fonsida A.C. con el fin de recabar fondos privados para la compra de medicamentos, pero no funcionó y se deshizo en el 2000. Respecto a las cifras en el mundo se estima que 6 mil personas contraen el virus diariamente. Al siguiente año, informan que crece la transmisión de virus resistente a los medicamentos, por lo que se decreta la enfermedad como desastre mundial. El conteo sigue su curso: 36 millones de infecciones y 16 millones de decesos.

En el año 2000, los gobiernos de Brasil y Sudáfrica se enfrentan a las grandes compañías farmacéuticas por su política de producir los medicamentos sin respeto a las patentes. Crece la presión mundial para reducir sus precios en los países pobres. En septiembre de ese año, el Banco Mundial puso en marcha el Programa Multinacional de Lucha contra el VIH/SIDA en África. El Programa proporcionó financiamiento rápido y flexible, cuya cantidad inicial fue US\$500 millones a países africanos, para ayudarlos a intensificar las actividades nacionales de lucha contra el VIH/SIDA. Un año después, compañías farmacéuticas rebajaron sus precios en África y América Latina. Respecto a las vacunas, aproximadamente 80 se han experimentado en seres humanos, sin tener todavía resultados satisfactorios. De la misma forma, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), realiza una sesión extraordinaria sobre VIH/SIDA, en la cual se crea el compromiso para detener la epidemia. En México, *Letra S, salud, sexualidad y SIDA*, gana el Premio Nacional de Periodismo e Información 2001. El conteo al final del año es: 40 millones de casos y 20 millones de defunciones (Letra S, 2001).

En ese mismo año, en México se crea el Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2001-2006, como resultado de una consulta pública nacional que incluyó la participación de las instituciones del sector salud (IMSS, ISSSTE), programas estatales de VIH/SIDA, Servicios Estatales de Salud, expertos, académicos, organizaciones de la sociedad civil, personas que viven con VIH/SIDA y el público en general.

En el 2002, se crea el Programa Mundial de Lucha contra el SIDA, con apoyo del Banco Mundial, para hacer frente a la pandemia del VIH/SIDA, desde una perspectiva lo más amplia posible (como intervenciones en educación, redes de protección social, transporte y otras esferas de vital importancia). El programa ofrece información sobre lo aprendido a nivel mundial, e intercambio de conocimientos en cuanto a los mejores medios de hacer frente al VIH/SIDA. Una de las funciones esenciales del Programa, es encabezar las actividades de vigilancia y evaluación que realizan los asociados en el ONUSIDA (el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA), de todos los países miembros. Respecto a las cifras a nivel mundial, a finales del 2002 las personas con VIH/SIDA en el mundo son 42 millones de nuevas infecciones, 5 millones de muertes acumuladas, 28 millones de muertes tan sólo en 2002. Además hay 3.1 millones de gasto estimado en prevención y tratamientos en los países de bajos y medianos ingresos, y 3 mil millones de dólares para continuar con la prevención y tratamientos en los próximos años; 6,500 millones de dólares en 2003; 10,500 en 2005, y 15 mil en 2007 (Letra S, 2003).

Para el 2003 en México, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal (ALDF), otorgó 5 millones de pesos en el paquete financiero de ese año como recurso adicional al programa de VIH/SIDA, etiquetado específicamente para la atención y prevención de la infección del VIH en la población de Hombres que tienen sexo con otros Hombres (HSH), estos recursos eran administrados por el programa de VIH/SIDA del Gobierno del Distrito Federal. En el mundo, fue aprobado por la FDA un nuevo test para el VIH ; el "*Celera Diagnostics*", fue diseñado para detectar mutaciones del VIH que crean resistencia a ciertos medicamentos, y ayudará a estandarizar el procedimiento de pruebas genéticas

para pacientes con VIH. En el ámbito farmacéutico, Boehringer-Ingelheim lanza al mercado un nuevo inhibidor de la proteasa, llamado tipranavir; con la esperanza de que estuviera disponible a partir de ese año, mediante un programa de uso compasivo (Letra S,2003). La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO, por sus siglas en inglés) publican en febrero, el manual de nutrición *Vivir mejor con el VIH/SIDA*. El texto responde a la necesidad de ofrecer consejos sobre alimentación a los aproximadamente 42 millones de personas que viven con VIH/sida (PVVS), puesto que la nutrición equilibrada refuerza el sistema inmune y puede retardar el desarrollo de la infección. "Durante mucho tiempo se han ignorado los aspectos nutricionales del VIH/sida. La atención se dirigía siempre a los tratamientos farmacológicos", comentó al respecto William Clay, de la División de Alimentos y Nutrición de la FAO (Letra S,2003).

En el 2004, muere quien acompañara a decenas de personas en su tránsito hacia la muerte, Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra y autora de múltiples libros(La ruleta de la vida). Ella falleció en su casa de Arizona, el 25 de agosto del presente, a los 78 años de edad, debido a una serie de ataques cerebrales. En México, por tercera ocasión, la Lotería Nacional respalda las actividades de sensibilización en torno al Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, ya que se reprodujo el cartel oficial de la Secretaría de Salud con un tiraje de 50 mil billetes sorteados el 16 de noviembre del 2004. Finalmente, por primera vez, un Presidente de la República preside la reunión del CONASIDA, siendo Vicente Fox Quesada, quien ratifica el compromiso de su gobierno para ofrecer atención y promover la no discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA (Letra S, 2004).

En febrero del 2005, se anuncia la aparición de un tipo de VIH más "agresivo", en la ciudad de New York (mismo lugar donde inició); aparentemente, es una cepa de VIH que 8 semanas después de infectarse por VIH desarrolla la enfermedad; aunque aún no se ha hablado más de este caso. Al respecto hay opiniones encontradas; por un lado, mencionan que se debe guardar la calma y usar preservativos en cada relación, mientras que, por otro lado, restan

importancia al asunto y consideran que esto es sólo una campaña a favor de la homofobia, por lo cual desean promover la abstinencia (Letra S, 2005).

Esta cronología nos permitió visualizar la manera en que se detecta, se documenta y se va tratando esta epidemia.

1.2 Etiología del VIH

Según la literatura, el origen del VIH se puede englobar en supuestos que, por una parte, se ubicarían desde el sentido común. En este sentido Moscovici se refiere al *universo consensuado*, como un universo de significados que adquieren los objetos cuando son aprehendidos por los grupos, como la constelación de conocimientos sobre nuestra realidad; es decir, lo que la gente cree, siente y piensa sobre el tema, sin tener un hallazgo verídico del mismo. Por otra parte, desde el punto de vista "científico", de la misma manera lo refiere Moscovici, esto es, el *universo reificado*, como un universo que no es asequible a los grupos; se quedaría en un nivel del conocimiento tipificado por la ciencia (Moscovici, citado en Flores,1993). Pero es fundamental señalar también, que se han realizado estudios de genética viral, tamizaje serológico de diferentes poblaciones y análisis retrospectivos de sueros congelados y de casos clínicos, lo cual le ha permitido a la ciencia formular algunas hipótesis sobre el origen de la epidemia y la evolución de los retrovirus (Gómez,1993).

En primer lugar, Master y Jonson 1995, manejan la hipótesis que comenzó en África central; a partir de los monos verdes que padecen una infección por el retrovirus VIS, el cual pudo generar el VIH. Se supone que la infección pasa al hombre por penetración de la sangre, a través de efracciones de la piel. Desde este lugar de origen, algunos inmigrantes llevaron el virus a Estados Unidos y a Europa (Sepúlveda, 1989). Hay que considerar que la transmisión del VIH en África, desde sus comienzos fue predominantemente heterosexual, y esta vía es menos efectiva que la homosexual, por lo que su diseminación ocurrió en un principio de una manera lenta y larvada. Después de la Segunda Guerra Mundial, la epidemia pudo acelerar su expansión, aunque de forma igualmente silenciosa,

asociada con los siguientes factores: rápido crecimiento de los centros urbanos, ruptura de la familia tradicional, migración urbana de la fuerza de trabajo masculina, movimientos de las fuerzas armadas, incremento de la prostitución femenina, deficiencias de los servicios de salud y aumento en la frecuencia local de medicación parental e intravenosa (Gómez, 1993).

Hasta ahora, lo anterior no sugiere que sea verdad, simplemente es una hipótesis sin mayor relevancia pues no han encontrado una similitud entre el VIS y el VIH, pero sí en cuanto a los factores para su diseminación. Otro de los supuestos es que los distintos tipos de VIH como las cepas del virus del SIDA, que infectaron a los monos, descienden de un ancestro vírico común ya que VIS y el VIH-2 son muy parecidos (Cohen, Sande y Volberding, 1990).

Según Torres, Alfaro y Díaz (1994) señalan: “a nivel popular también la gente habla del VIH, dice que es un virus creado en el laboratorio y que por error humano se introdujo en el ambiente, o que fue procesado en un laboratorio, para ser usado como arma biológica”. Y finalmente está el supuesto acerca del tráfico de Plasma, como lo refiere la Dra Patricia Volkow en una entrevista dada a Alejandro Brito, en *Letra S* (julio, 2004) quien afirma que la transmisión sexual es un factor insuficiente para explicar la explosividad de su propagación por todo el mundo.

Ella sugiere que los inicios del tráfico de plasma se pueden observar después del fallecimiento de un periodista nicaragüense, cuando una multitud se manifestaba frente al Centro de Plasmaféresis de Managua, del cual el dictador Somoza era socio. El edificio es destruido y tiempo más tarde, ésta se desplaza a Honduras y a África Central (regiones que años después resultaron las más afectadas por la epidemia).

La doctora Volkow menciona que en el Hospital PEMEX fue donde escuchó el término “donador pagado”, persona que acudía hasta cinco veces a la semana, a los centros de plasmaféresis para vender su plasma. Este proceso consiste en separar la parte amarilla de la sangre y, posteriormente reinyectar los glóbulos rojos al “donador”; pero en sí, eso no era el problema sino las condiciones no higiénicas del proceso ya que el material (jeringas) era reutilizado y compartido

con otros donadores. Una vez obtenida la materia prima, los centros de plasmaféresis, que eran de compañías biológicas mexicanas, la exportaban a Estados Unidos y a España, donde la industria farmacéutica lo procesaba para elaborar productos derivados tales como el factor antihemofílico, las gammaglobulinas, el antiRho, la albúmina y la vacuna de la hepatitis B. Lo anterior no sólo sucedía en México, sino en todos los centros de plasmaféresis del mundo y resulta claro que, en México, más de la mitad de los donadores de plasma remunerados se infectaron en unos cuantos meses. En 1986 una de las acciones del gobierno mexicano fue la prohibición de comercio de sangre y cerró esos centros.

La transmisión sexual del VIH no es una explicación viable para su diseminación rápida y eficaz por el mundo, según la doctora Volkow, pues una persona que recibe una unidad de sangre o de plasma contaminada, tiene más de 90% de probabilidades de quedar infectada, mientras el riesgo de transmisión sexual es del 0.003%. Esto significa que hay mecanismos de transmisión de virus más eficientes que otros.

También, explica, Zaire necesitaba dinero debido a la baja del precio mundial del cobre, entonces vender plasma fue la manera fácil de conseguir divisas. Este país fue el proveedor de plasma más importante del mundo. De la misma forma, África se convirtió en la fuente principal de este material ya que ahí era más barato y biológicamente cumplía los requerimientos necesarios (la hepatitis proliferaba por todo el mundo). Así, los donadores de Zaire se les pagaba entre 2 y 5 dólares por unidad de plasma, mientras que en Estados Unidos lo mismo costaba en 30 dólares. En Haití sucedió algo semejante, pues la población estaba sin empleo y pobre, por lo que vendía su plasma o emigraba al sur de Florida a hacerlo.

Asimismo, Volkow afirma que la población de homosexuales y hemofílicos compartieron algo en común en 1978 y 1982, recibieron productos derivados del plasma comercial. Pero fue entre los homosexuales de Estados Unidos, donde se inicia el primer proyecto de vacuna contra la hepatitis B, producida con suero humano. Los primeros homosexuales fueron inyectados en 1978, en el Greenwich

Village, un barrio de Nueva York muy frecuentado por gays. Dos años después, se repite el ensayo en San Francisco, Los Ángeles, Denver, Chicago y San Luis, Missouri.

De tal forma que, cualquiera que sea el origen del VIH/SIDA, es necesario cuestionarnos hacia dónde va y cómo podemos disminuir su impacto, en lugar de presentar hipótesis de su etiología, porque actualmente, ha rebasado los límites del individuo mismo y se ha insertado dentro de la sociedad como un problema de salud pública universal.

1.3 Aspectos biológicos

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, cuyas consecuencias económicas, psicológicas, sociales, culturales y físicas han movilizadado a la sociedad, desde el nivel informativo, hasta la atención, ya que hoy por hoy, la mayoría de los individuos conocen, por lo menos, las siglas; por eso es necesario entender las características y así tener herramientas para combatirlo.

En primer lugar, se desglosan las siglas de SIDA que, de acuerdo con Fernández (1999), son:

SÍNDROME: Condición caracterizada por un grupo de signos y síntomas que se presentan simultáneamente (Signo, es la manifestación objetiva de una enfermedad y síntoma es la manifestación subjetiva de una alteración). En el caso del SIDA, los signos son: ganglios crecidos, fiebre, tos y adelgazamiento entre, otras; los síntomas son: fatiga, náuseas, diarrea, dolor estomacal y de cabeza, y finalmente falta de aire. (Valle,1999).

INMUNO: Se refiere a la capacidad de defensa que tiene o desarrolla nuestro cuerpo contra agentes extraños (agentes infecciosos: virus, bacterias, hongos y parásitos) o contra el sistema inmunológico.

DEFICIENCIA: Indica falta o carencia de algo, es decir, tenemos muy poco de algo que necesitamos; por ejemplo, en el SIDA, al debilitarse el sistema inmunológico, este no puede defender al organismo de las infecciones oportunistas.

ADQUIRIDA: Se refiere a algo que adquirimos u obtenemos después de la fecundación, o sea, no es una condición genética. Así, en el SIDA la inmunodeficiencia no es hereditaria, sino que se adquiere en algún momento del desarrollo (Vizconde, 1997).

Por lo tanto, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es el conjunto de signos y síntomas causados por el virus de Inmunodeficiencia Humana que debilita al sistema inmunológico (defensas del cuerpo) a través de los glóbulos blancos y es así como pueden contraer diferentes tipos de infecciones u otras enfermedades también llamadas “oportunistas”.

1.3.1 ¿Qué es un virus?

Según Sepúlveda (1989), los virus son organismos vivos, diminutos, poco aptos para autosatisfacer sus necesidades, por lo que sus formas de vida son muy elementales: son incapaces de reproducirse, a menos que cuenten con la ayuda de otras células y que puedan vivir dentro de ellas aprovechando sus sistemas enzimáticos y órganos celulares; luego entonces presenta las tres características de los organismos vivos: reproducción, variación y supervivencia selectiva.

Para sobrevivir, los virus recurren a dos estrategias:

1. Adaptabilidad genética
2. Habilidad para transmitirse a otros huéspedes

El VIH aplica tales estrategias, pues es un retrovirus que se introduce en las células T del sistema inmunológico y utiliza para reproducirse la información genética de ellas, específicamente el ADN (ácido desoxirribonucleico). De hecho,

convierte su ARN (ácido ribonucleico) en ADN, lo cual se conoce como transcripción reversa (Sepúlveda, 1989).

El VIH puede vivir dentro de las células por muchos años, por eso la sangre y los líquidos corporales que poseen glóbulos blancos, tales como el esperma y las secreciones vaginales, son excelentes vectores del virus. Sin embargo, éste posee una envoltura rica en lípidos (grasas), y, por ello, puede ser fácilmente destruido fuera del organismo (Sepúlveda, 1989).

1.3.2 Características morfológicas del virus

Entre las principales características de un virus, según el doctor Montagnier y Velásquez (1993) son:

- La estructura del virus es esférica y tiene de 90 a 120 nanómetros de diámetro. Sus componentes son: una envoltura externa, una capa proteica interna y un nucleocápside, también conocido como núcleo central.
- La envoltura externa está formada en un 5 a 10% por componentes propios del virus (proteínas ricas en azúcares, llamadas glicoproteínas) y el resto entre 90 y 95% son componentes de origen no viral, procedentes de la célula donde se originó el virus.
- La capa proteica tiene una forma icosaédrica, localiza por debajo de la envoltura a muy corta distancia y forma parte del nucleocápside.
- El nucleocápside está formado por tres tipos de subunidades proteicas diferentes; tiene una forma que asemeja una estructura tubular hueca y en su interior se encuentran dos copias idénticas de ácido ribonucleico (ARN).

Con todo esto, el VIH pertenece a la familia de los retrovirus, lo cual significa que la información genética está contenida en una molécula de ARN, en vez de una de ADN, como es habitual en la mayoría de los seres vivos. También, el VIH es una estructura muy simple, constituida por material genético y enzimas

esenciales, rodeados por una cubierta proteica, contenida en una envoltura viral. Una vez que el VIH se introduce en un linfocito, puede tomar de éste su material genético y convertirlo en una fábrica productora de más virus. Entonces, el linfocito invadido destruido libera los virus recién producidos, que van a infectar más células; entre más virus se libere, mayor será el número de linfocitos que se infecten. Los linfocitos infectados que no sean destruidos por el VIH directamente, pueden ser destruidos por otros linfocitos del sistema inmunológico. Por lo tanto los síntomas surgen cuando hay suficiente daño al sistema inmunológico (Zozaya, 1999).

1.3.3 Historia Natural del VIH

Los investigadores dedicados a descubrir la historia natural del VIH hasta llegar al SIDA, han podido distinguir ésta en cuatro etapas: 1) Infección aguda 2) Infección asintomática, 3) Linfadenopatía generalizada y 4) SIDA

1. Infección aguda. Después de que las personas han contraído la infección, desarrollan anticuerpos dentro de las primeras seis semanas posteriores a ésta, sin manifestar alguna manifestación clínica, pero sí pueden presentar molestias de corta duración como: fiebre, ardor de garganta, cansancio, diarrea, dolor abdominal, las cuales desaparecen de forma espontánea en un lapso menor a tres semanas. Por consiguiente, no se presentan cambios inmunológicos detectables por medio de una prueba de laboratorio, pues los anticuerpos empiezan a generarse alrededor de los 3 a 6 meses después de que la persona estuvo en contacto con el virus; a este lapso se le denomina *período de seroconversión o período de ventana*.
2. Infección asintomática. Se caracteriza por no presentarse ninguna manifestación clínica de la persona infectada, pero en este periodo el VIH continúa multiplicándose en el tejido linfoide, destruyendo poco a poco el sistema inmunológico. El tiempo en el que se puede permanecer sano en

esta etapa, es muy variable y depende de diversas circunstancias, entre ellas, del estilo de vida de la persona seropositiva.

3. Linfadenopatía generalizada o complejo relacionado al SIDA. En este periodo comienzan las manifestaciones clínicas que se conocen como síndrome de desgaste, los síntomas principales: cansancio y dolores en distintas partes del cuerpo; los signos: fiebre recurrente, tos, diarrea frecuente, sudoraciones nocturnas, baja de peso, inflamación de ganglios (cuello, axilas e ingles) y su duración es mayor a tres meses.
4. SIDA. Es la fase terminal de la infección caracterizada por manifestaciones clínicas específicas: neumonía debida al *pneumocystis carinii*, infecciones por *citomegalovirus*, candidiasis en esófago, traquea y/o bronquitis, tuberculosis, sarcoma de Kaposi, herpes simple, neumonía recurrente y cáncer cervical. Estas infecciones oportunistas aparecen cuando el conteo de linfocitos CD4 es menor a 200/ml.

Otra forma de clasificar la historia natural de la infección por VIH, es según la *Guía para la Atención Médica de Pacientes con Infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitales*, elaborada por CONASIDA (2001) la cual menciona que se divide en estadios que son:

I. Transmisión viral. El modo de transmisión o adquisición del virus, se refleja en la velocidad de progresión de la enfermedad; el tiempo promedio desde la seroconversión hasta el desarrollo del SIDA, es de cerca de 7 años para aquéllos que adquirieron la infección mediante transfusión y de 8 a 12 años para quienes se hayan infectado por relación sexual.

II. Infección primaria. En este estadio, implica las manifestaciones asociadas al episodio de replicación viral inicial. La presencia de síntomas durante esta etapa, se asocia a una propagación rápida de la enfermedad. Generalmente la sintomatología se presenta entre dos y cuatro semanas después de la adquisición de la infección, pero a veces el período de incubación puede ser hasta de 10 meses.

III. Seroconversión. Se refiere al desarrollo y detección de anticuerpos en contra del virus en suero o plasma; ocurre de 3 a 12 semanas después del evento de transmisión, aunque más de 95% de los pacientes lo presentan dentro de los primeros seis meses.

IV. Período estable inicial. Ocurre por lo regular 6 meses después de la transmisión del VIH; implica la estabilización de la carga viral y de la cuenta de linfocitos CD4, como consecuencia de la respuesta inmune y de la virulencia de la cepa viral adquirida. Los niveles de carga viral y de células CD4 en este período, se correlacionan con el pronóstico de desarrollo del SIDA en los siguientes seis años.

V. Infección sintomática. Es el período considerado antes de la latencia, en el cual se encuentra una constante actividad viral y un equilibrio entre producción y destrucción celular.

VI. Infección sintomática temprana. En este estadio se incluyen las manifestaciones clínicas, que se presentan como consecuencia de la destrucción celular y el inicio de la inmunodeficiencia.

VII. SIDA. Es la consecuencia de la destrucción de linfocitos CD4 y la presencia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida manifestada por infecciones oportunistas y neoplasias secundarias.

VIII. Infección avanzada. Se presenta en pacientes con <50 células CD/ml, cuya expectativa de vida es de 12 a 18 meses y que, generalmente fallecen como consecuencia de condiciones relacionadas al VIH.

Por lo anterior, cualquiera que sea la historia natural de la infección, lo que se puede observar es que existe un periodo de ventana y manifestaciones clínicas hasta desarrollar SIDA, pero en todo este proceso se puede tener una calidad de vida mejor si conocemos la información necesaria, además de los medicamentos, ya que, siendo profesionales de la salud, nos corresponde atender la salud emocional del individuo como un factor principal para retrasar su evolución.

1.3.4 Manifestaciones clínicas

Como se ha observado, dependiendo de los estadios o de las etapas de la historia natural del VIH, se pueden ir presentando infecciones oportunistas, ya que, después de la entrada del VIH en el organismo, se produce SIDA y ataca el sistema inmunitario y expone el organismo a múltiples y diferentes enfermedades.

Las manifestaciones más frecuentes de la enfermedad son: cutáneas, pulmonares, neurológicas, digestivas y neoplásticas, entre otras (Martínez García,1987; López,1991). A continuación se presenta la sintomatología más común del VIH hasta llegar al SIDA:

Físicas

- Infecciones pulmonares (problemas respiratorios), como la neumonía, provocada por *Pneumocystis Carinii*.
- Infecciones del intestino, como la *Candidiasis*, también llamada como algodoncillo, causada por el microorganismo *Candida Albicans*.
- Diarreas, originadas por el microorganismo *Cryptosporidium*.
- Herpes genital, que es una ulceración grave en la región anal.

Neurológicas

- Encefalitis subaguda, enfermedad del sistema nervioso que causa pérdida gradual de las funciones intelectuales hasta ocasionar la demencia grave.
- *Cryptococcus* capaz de producir meningitis, y se caracteriza por la inflamación de las membranas que cubren el cerebro y fiebre persistente, además de fotofobia.
- Toxoplasmosis cerebral que causa crisis convulsivas, cefaleas, somnolencia y debilidad en uno o varios miembros.
- Citomegalovirus, que puede inflamar la retina de uno o ambos ojos, lo cual trae como consecuencia la retinitis (deteriora la visión hasta ocasionar ceguera).
- Sarcoma de Kaposi, es una forma de cáncer cutáneo, en la etapa inicial se presentan de color rosa o violáceo; la primera lesión aparece en el paladar.

La detección oportuna y un adecuado tratamiento facilitarán que la persona con SIDA tenga mejor calidad de vida durante todo el proceso de la enfermedad, pues, según la UNICEF(1998), los padecimientos infecciosos son la causa inmediata de muerte en más del 90% de los pacientes con avance del VIH, pero, también, mencionan que por razones desconocidas, el patrón de enfermedades oportunistas difiere de una región a otra. Por ejemplo, la *pneumocysti Carinni* es común entre personas con VIH/SIDA en los Estados Unidos y Europa, ocasionalmente encontrada en América Latina y Asia, aunque rara en África.

1.3.5 Pruebas de detección

Una vez que el individuo ha decidido realizarse una prueba de VIH, encontrará en primera instancia, una que se llama ELISA y la confirmación Wester Blot. Sin embargo también verá que en el mercado ya hay otras más sensibles (cuantificación de antígeno, conteo de linfocitos DC4), utilizadas en casos especiales, aunque las más "comerciales" son éstas, y permiten detectar anticuerpos contra el VIH.

Las pruebas serológicas confirmatorias más comunes son:

- 1 La técnica de ELISA (del inglés Enzyme-Linked Inmuno-Sorbent Assay; valoración de inmunoabsorbencia ligada a enzima), aprobada por la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) en febrero de 1985, (Daniels, 1994), fue perfeccionada y comercializada por los laboratorios Abbott a finales de 1986 (Feregrino,1993). ELISA reacciona a la presencia de anticuerpos en la sangre del donador, mostrando un color más intenso cuanto mayores sean las cantidades de anticuerpos en el suero. Esta prueba detecta las estructuras del virus, posterior a los 3 o 6 meses de haber adquirido el VIH. Entre las ventajas que tiene esta prueba están:
 - Se emplea como primera técnica para el estudio de la sangre en "población de riesgo" y población en general, así como con el propósito de efectuar estudios epidemiológicos.

- El método no tiene especificidad para algún antígeno del virus en particular, sino que la respuesta es común a todos.
- Permite una gran sensibilidad, confiabilidad y reproducción práctica.
- Los resultados positivos o negativos son excepcionales.²

Si la prueba es positiva, se aplica una segunda prueba como confirmación final y, para descartar cualquier posible error, la llamada Western Blot (mancha occidental).

2 Inmunofluorescencia o Western Blot.- Detecta células T infectadas, y da información más específica sobre los anticuerpos, producidos particularmente contra los múltiples antígenos VIH (Daniels,1994). En la actualidad, ofrece una elevada sensibilidad y resulta pertinente y adecuada para los antígenos presentes en la membrana de células vivas. La unión de antígeno-anticuerpo se reconoce por medio de una antiglobulina humana, marcada con fluorescencia en forma de "emparedado".

Es importante mencionar la diferencia entre portador de VIH y tener SIDA. En el primer caso, es un individuo que está infectado por el VIH, pero que no presenta sintomatología física y puede permanecer así durante años; el otro caso, es cuando ya presenta manifestaciones clínicas de ésta, aunado (sintomatología física) con enfermedades oportunistas.

1.3.6 Tratamiento

Hasta el día de hoy, no se ha encontrado un tratamiento que sea eficaz, eficiente de bajo costo y que disminuya el deterioro del sistema inmunológico de la persona, en cambio, hay medicamentos que permiten que dicho proceso se lentifique y la calidad de vida de las personas sea mejor.

Para determinar los medicamentos adecuados para cada paciente, es necesario llevar a cabo dos exámenes:

² Rossi, L (1997). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA. Aspectos psicológicos. México: Facultad de Psicología. UNAM.

1. Conteo de células. Determina la cantidad de células CD4 que hay por milímetro cúbico de sangre en el enfermo, su resultado indica cuánto daño ha causado el VIH (parámetro normal 500 a 1200 células).
2. Carga viral. Cuantifica las partículas virales localizadas en la sangre, indica así el daño que ha causado el virus y permite predecir cuán rápido avanzará la enfermedad y qué tan pronto morirá el paciente (SIDA, HOY, 1997).

Por consiguiente, el estadio clínico de la infección es esencial para decidir el tratamiento antirretroviral o antiviral, ya sea en pacientes asintomáticos o en sintomáticos, pero esto depende de lo avanzado de la misma, aunque en el caso de las personas asintomáticas (portador de VIH), se debe hablar con el médico a fin de resaltar los beneficios y riesgos de la iniciación del tratamiento, así como de la adherencia terapéutica.

En la actualidad la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos, sigla en inglés) ha aprobado más de quince medicamentos diferentes que interfieren el proceso de replicación viral al interior de las células y es posible, en un futuro cercano que se enriquezca aún más el arsenal terapéutico contra el virus. Dependiendo del sitio de acción, los medicamentos se dividen en inhibidores de transcriptasa e inhibidores de proteasa. Tales medicamentos no eliminan por completo el virus del organismo, pero reducen significativamente su número y la velocidad a la cual se está replicando. Esto se traduce en menor número de linfocitos infectados y, por lo tanto, en un mejor nivel de defensas orgánicas que retardarán la aparición de enfermedades oportunistas o la gravedad de las mismas.³

³ Carpenter CJ, Fischl M. , Hammer, et al. . "Antiretroviral Therapy for HIV infection in 1996. Recommendations of an International Panel". JAMA, July 10, 1996, Vol 276, No 2: 146-154 citado en Luque N. El SIDA en primera persona, 2001. Editorial Panamericana, Colombia.

Entre los medicamentos comúnmente usados se encuentran (ver tabla 1)

Tabla 1 MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE SIDA

Inhibidores de transcriptasa	Inhibidores de proteasa
Nucleósidos	SQV Saquinvir (Fortovase)
ZDV Zidovudina (Retrovir o AZT)	IDV Indinavir (Crixiván)
ddl Didanosina (Videx r)	RTV Ritonavir (Norvir)
DdC Zalcitabina (Hivid)	NFV Nelfinavir (Viracept; Agouron)
3TC Lamivudina (Epivir)	APV Amprenavir (Agenerase)
d4T Stavudina (Zerit) Abacavir (Ziagen) Emtriva (Emtricitabina) ^α	Lopinavir/ Ritonavir (Kaletra)
No nucleósidos	
Delavirdina (Rescriptor)	
Nevirapina (Viramune)	
Efavirenz (Stocrin. Sustiva)	

En la combinación de los medicamentos, lo que ahora se llama “cóctel antiviral”, se debe considerar dependiendo de varios factores como nivel de defensas orgánicas, carga viral, adherencia terapéutica, costo de medicamentos y efectos secundarios, pero siempre es necesario hablar con el médico para conocer, como ya se ha mencionado, los beneficios y riesgos.

Casi siempre se recomienda la combinación de, por lo menos, tres medicamentos, para evitar la posible aparición de resistencias e iniciar tempranamente la terapia, evitar con ello el deterioro progresivo del sistema inmunológico (Luque, 2001).

^α Es una nueva formulación pediátrica del antirretroviral, de solución oral y de una toma diaria. Este es el primer antirretroviral especialmente indicado para niños en una sola toma diaria, con o sin alimentos, en forma de jarabe y sabor agradable; además permanece activa en el organismo durante 39 horas según la compañía farmacéutica Gilead Sciences (Leira S, 2005).

1.4 Aspectos psicológicos

El VIH/SIDA como cualquier otra enfermedad, trae consecuencias psicológicas diversas; por lo regular emociones negativas, tanto individuales como colectivas, dentro de la familia y la sociedad. En un artículo de Manuel Zozaya(1999), titulado *Frente al vacío: los impactos del diagnóstico*, dice: "Entre la esperanza desmedida, la depresión aguda e incluso el suicidio, las reacciones ante una notificación de seropositividad al virus del SIDA, pueden ser tan variadas como los seres humanos que la reciben. Si bien era común, al principio de la epidemia, identificar el resultado con una condena a muerte inevitable e inmediata, en la actualidad, la experiencia de casi dos décadas, con el desarrollo de potentes terapias que detienen el progreso de la enfermedad, nos permite percibir de otra manera el significado de ser portador del virus o estar indirectamente afectado".

Por consiguiente, las emociones negativas después de un resultado positivo o negativo dependen directamente de la personalidad y la información que cada individuo o la misma familia tengan de dicho tema. Sin embargo, el proceso por el cual pasa el individuo e incluso su familia o pareja afecta al sistema inmunológico del paciente y así genera el desarrollo de la enfermedad, en forma acelerada. Las respuestas ante una prueba pueden brindar satisfacción, si el resultado es negativo, o descontrol, que lleva a una crisis, si es positivo.

El SIDA, por ser una enfermedad viral con un mal pronóstico, sin posibilidad alguna real terapéutica y de transmisión, no sólo sanguínea y materno-filial, sino también sexual, hace que tenga repercusiones muy complejas a nivel emocional y conductual, mismas que no sólo tienden a alterar el comportamiento de quien la padece, sino también muy frecuentemente, el de los seropositivos asintomáticos e impactados emocionales (familiares, amigos, parejas...) (Juárez y Lizárraga, 1990, citado en Luna).

Más adelante, se verá cómo Elizabeth Kübler-Ross(1969), a través de todo su trabajo con enfermos terminales (específicamente con enfermos de SIDA) en su última fase, menciona que el individuo pasa por una serie de etapas

emocionales, que le permite elaborar el duelo ante una pérdida, cualquiera que ésta sea.

1.4.1 Proceso de duelo

Toda persona con una situación que le significa una pérdida, para poder enfrentarla, pasa por diferentes fases emocionales que le permiten elaborar su duelo; según Elizabeth Kübler-Ross(1969) son:

1. Negación
2. Ira o coraje
3. Regateo
4. Depresión
5. Aceptación

Negación

Después de un resultado positivo, el individuo inicia su proceso de duelo negándolo. Esta fase, como señala Kübler Ross (1969), "funciona como un resorte que permite volver en sí al paciente y con el tiempo movilizar otras defensas menos radicales; es utilizada por casi todos los pacientes, no sólo durante las primeras etapas de la enfermedad, sino también más adelante en posteriores ocasiones". Por lo regular, en esta fase el paciente se dice a sí mismo "no puede ser cierto", "yo no tengo nada" y en consecuencia, es común que no se cuide y que empiece a actuar como si no le pasara nada. La angustia surgida ante un hecho, quizá irremediable, es tan intensa, que la persona tiende a borrarlo de su mente para evitar el dolor que ocasiona su conocimiento. Esta negación puede perdurar durante mucho tiempo, aún cuando haya manifestaciones clínicas indicativas de la enfermedad; y mucho más, si no existen estas manifestaciones (Salame,1996).

Ira o Coraje

“Cuando la negación no se puede mantener más, es reemplazada por sentimientos de ira, rabia, envidia y resentimiento (Kübler Ross, 1969). Durante esta fase, es común escuchar decir al paciente: “¿por qué a mí, qué he hecho para merecerlo?” Ante estos cuestionamientos, Salame (1996), menciona que en el fondo está enojado consigo mismo y siente que se ha cometido una terrible injusticia con él. Es también durante esta fase, cuando la persona puede tener intensos sentimientos de culpa, o bien puede responsabilizar a los demás o a alguna fuerza mágica o sobrenatural como responsable de lo que le pasa.

Esto significa que, aún continúa la negación, pues al mismo tiempo, al individuo le vienen sentimientos y emociones de injusticia, culpa, resentimiento, y la ira es desplazada hacia los otros.

Regateo o Negociación

El regateo es, más bien, un intento de posponer la muerte, el cual debe incluir un precio que se paga “un buen comportamiento”. Se marca un límite para llegar a morir e incluye una promesa implícita, en la que el paciente no pedirá más, si esta promesa se le cumple. La mayoría de los regateos se hacen con Dios y usualmente son guardados en secreto, o mencionados entre líneas o en la oficina privada de un capellán. Psicológicamente, las promesas pueden ser asociadas con una culpa callada (Kübler Ross, 1969).

De la misma manera, Salame (1996) afirma: “...esta fase, sin embargo, le permite a la persona darse cuenta de que la vida sigue y que, si bien hay que replantear y modificar una serie de cosas, hay tiempo para lograr objetivos anhelados”.

Depresión

Esta fase, menciona Kübler-Ross (1969), viene “cuando un paciente terminal es forzado a someterse a más cirugías y hospitalizaciones, cuando empieza a tener más síntomas o comienza a estar más débil o delgado, cuando ya no puede

sonreír más; su estoicismo y adormecimiento, su rabia e ira pronto serán reemplazados por un sentimiento de gran pérdida”. La autora señala también que existen dos tipos de depresión: la depresión reactiva que es el resultado de una pérdida pasada, y la depresión preparatoria, que es aquella capaz de permitir que la persona vaya enfrentando su situación, como respuesta a una pérdida inminente.

Finalmente, señala Salame (1996), dicha depresión es el duelo preparatorio al que el paciente terminal se somete para prepararse a sí mismo para su separación de este mundo.

Aceptación

Es una de las fases más difíciles, ya que en ella el paciente logra aceptar su condición, le encuentra sentido a su vida y lo que resta de ella. Asimismo el paciente contemplará su cercano final con cierto grado de quieta expectación, y es aquí en la cual la familia necesita más ayuda, entendimiento y apoyo que el mismo paciente (Kübler Ross, 1969).

Para concluir Salame (1996), indica:

“Si bien es cierto que estar infectado por el VIH no implica necesariamente el desarrollo de SIDA y por tanto la muerte de manera inmediata, hemos podido observar que la mayoría de las personas infectadas, al igual que sus familiares, amigos y/o pareja, pasan por estas mismas etapas. Es importante señalar que estas fases son vividas de manera diferente por cada persona y que tienen una intensidad y duración variables, dependiendo de cada caso en particular pues están matizadas por la historia personal y por las fantasías que cada quien elabora entorno a la enfermedad, en función a sus propias experiencias de la vida.

Por otra parte, debemos considerar que estas etapas no son estáticas, ni siguen siempre un orden determinado, pueden fluctuar y volverse a presentar una vez que se creían superadas”.

Como se ha visto, la manera en que enfrentemos la infección dependerá, la mayoría de las veces, cómo se dé el desarrollo de la misma y sus consecuencias, ya que pueden empeorar. Las redes sociales son importantes en los pacientes

con VIH o SIDA, pues de alguna manera les darán fuerzas para seguir viviendo o los contagiarán del amor a la vida.

1.5 Aspectos Sociales

Después de pasar por un proceso individual y familiar, se tiene que pasar a otro mucho más complejo, Luque 2001, lo llama **la tercera epidemia**, etapa constituida por el conjunto de reacciones que despierta esta enfermedad en la sociedad y las repercusiones del miedo al SIDA. Éstas se manifiestan por la agresión contra aquellos que, por su estilo de vida o conductas sexuales, los señalan como "sospechosos" de tener el virus. Un síntoma de este malestar lo constituye el pánico con el que viven algunas personas, pues han tenido conductas de riesgo y no saben a dónde acudir o no tienen en quién confiar, por temor a verse expuestas o ser rechazadas.

Por otro lado, como menciona Bayés (citado por Izazola, et al. 1999) "...de esta manera el SIDA ha dejado al descubierto la vulnerabilidad de la condición humana, lo cual se observa durante la evolución que tiene la enfermedad al construir una modificación determinante en la vida del paciente, ya que mientras más evidentes son los síntomas, se enfrenta al constante rechazo y asilamiento por parte de la sociedad quién se ha caracterizado por encontrar culpables y chivos expiatorios de las grandes epidemias, debiéndose esto a diferentes razones de tipo social y cultural".

De la misma manera, Luque 2001, señala que, con frecuencia, el SIDA ofrece el pretexto para manifestar prejuicios largamente sostenidos por la sociedad. Se tiende, por ejemplo, a negar el derecho que tienen niños y adolescentes a recibir información sobre aspectos de su sexualidad. La intolerancia también se manifiesta cuando se señala y culpabiliza a las personas que pertenecen a sectores minoritarios de la población, o se margina a las personas que han adquirido el virus. Estas repercusiones sociales, con las que se define la tercera epidemia, se han hecho presentes, sin excepción, en todos los países y comunidades donde se ha detectado el virus.

Para concluir, es importante resaltar que el estigma y la discriminación, en algunos casos, son más dolorosos que la propia enfermedad, ya que en una sociedad como la mexicana, sin educación sexual y más en torno al VIH/SIDA y/o con el manejo de la doble moral, tratan a los individuos de forma “inhumana”. Incluso, los propios profesionales de la salud mantienen esa actitud por miedo al “contagio”.

1.6 El VIH/SIDA en México

En México, al igual que en el resto de países del mundo, el SIDA se ha convertido en un problema de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud (Magis, 2000). El ONUSIDA ha propuesto tipologías sobre esta epidemia que son: generalizada, concentrada e incipiente. México se clasifica con una epidemia concentrada, la cual se caracteriza por una prevalencia de infección por VIH en una minoría de la población, pero aún no está presente en la población en general.

Por consiguiente, el SIDA tiene mayor incidencia entre la población masculina, ya que por cada cinco casos acumulados de VIH/SIDA en hombres, se ha observado un caso en mujeres, de 5:1. En México, la prevalencia de VIH/SIDA es de 0.3% entre la población adulta, y lo ubica en el lugar 77, en el mundo. En la región de América Latina y El Caribe, México ocupa el lugar 23 de 48, es decir, México se encuentra entre los países con menor prevalencia en la región, muy por debajo de la prevalencia que muestran otras naciones como Brasil, Honduras y Belice. Aunque, si se habla de regiones, estamos dentro de la tercera, con mayor casos de VIH/SIDA.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 1999, de acuerdo con el número total de casos reportados de VIH/SIDA, ubicó a “México en el tercer lugar en el continente americano de casos de SIDA, después de Estados Unidos y Brasil, sin embargo, considera la tasa de incidencia anual, ocupó el decimocuarto

sitio en el continente americano y el sitio setenta y dos a nivel mundial" (CONASIDA, 2001).

En un boletín de CONASIDA 2004, mencionan que en México los casos acumulados de SIDA, desde el inicio de la enfermedad, en 1983, hasta el 30 de junio de ese año, son: 76, 311 personas en total, acumuladas en el 100%, cuyo desglose es: menores de 15 años⁴ con 1,802-2.4%; hombres adultos 62,603-82.9%; mujeres adultas 11,093-14.7% y edad desconocida⁵ con 813-(1.1%). Pero las cifras dadas el 15 de noviembre del 2004 mencionan que el total de casos es de 90,043 con el 100%, dividiéndose en menores de 15 años 2,191 con 2.5%, mayores de 15 años con 86,875 con 97.5% y edad ignorada 977 con (1.1%). Lo anterior nos indica que en un lapso muy corto las cifras se elevaron, contando aún los descensos por muerte.

También en otros lugares del mundo, como en México, la principal vía de infección es predominantemente la sexual, posteriormente la vía sanguínea y finalmente la perinatal. Enseguida, se abordarán las categorías de transmisión que prevalecen a nivel país y a nivel entidad federativa.

1.6.1 Transmisión sexual

En México, de cada 100 casos acumulados de VIH/SIDA, 92 se han originado por **transmisión sexual**, seis por **vía sanguínea** y dos por vía **perinatal**⁶(SSA,2004). De acuerdo con estos datos, en México, la principal vía de transmisión del VIH/SIDA es la sexual y se concentra fundamentalmente en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). En la siguiente tabla (ver 2) se observan las categorías de transmisión en México.

⁴ CONASIDA, asegura que se utilizó el criterio internacional que distingue los casos pediátricos (menores de 15 años de edad) de los casos de SIDA en población adulta (hombres y mujeres de 15 ó más años de edad).

⁵ CONASIDA, también menciona que los casos de SIDA de edad desconocida fueron excluidos de la suma de porcentajes, sin embargo, dicha cifra se muestra entre paréntesis para conocer su magnitud.

⁶ Sin embargo, como resultado de las estrategias impulsadas y de las disposiciones legales implementadas desde 1986, durante los últimos seis años no se han presentado casos de diagnóstico debido a transfusión sanguínea y, además, se han reducido en forma importante casos perinatales(SSA.2004).

Tabla 2. CATEGORÍAS DE TRANSMISIÓN

<i>Categorías</i>	<i>%</i>
<i>Sexual</i>	91.4
<i>Homo y bisexual</i>	49.1
<i>Heterosexual</i>	42.3
<i>Sanguínea</i>	6.1
<i>Transfusión</i>	4.2
<i>Sanguínea</i>	0.5
<i>Hemofílico</i>	0.7
<i>Donador</i>	0.7
<i>Drogas I.V</i>	<0.1
<i>Perinatal</i>	2.1
<i>Otras (Tanto homo-drogas)</i>	0.4
<i>Se desconoce</i>	(40.9)
<i>Total</i>	100

En la tabla 2, se observa que hasta el 15 de noviembre del 2004, la vía principal es la transmisión sexual con un 91.4%, los que se desglosan primordialmente en homosexuales y bisexuales con 49.1% y 42.3% heterosexuales, y nos indican que la población "heterosexual", específicamente las mujeres que trabajan en el hogar y fuera de él, en muy poco tiempo serán las más vulnerables a esta epidemia en México. Continuando con la tabla, vemos que, la vía sanguínea es la segunda vía de infección, principalmente la transfusión⁷, pero, como se había aclarado desde 1986, el doctor Sepúlveda prohíbe la comercialización de la sangre, según no se ha registrado, aunque no se refleje en la tabla. Finalmente la perinatal con un 2.1%.

Por todo lo anterior, hay factores que determinan que la vía sexual sea la principal vía de infección del VIH/SIDA, como es la sangre, el semen y las secreciones vaginales, que son intercambiados durante las relaciones sexuales

^{*} CONASIDA, también menciona que los casos de SIDA de edad desconocida fueron excluidos de la suma de porcentajes. sin embargo, dicha cifra se muestra entre paréntesis para conocer su magnitud.

⁷ En un boletín de la SSA, 2003 Se menciona que debido a un reporte de personas infectadas por VIH mediante vía de transfusión sanguínea en los estados de Morelos (IMSS) y Veracruz (SSA) en los años 2002 y 2003, ha sido necesario aplicar medidas correctivas para el cumplimiento de la normatividad, así como incrementar la capacitación del personal.

con penetración del pene, ya sea en la vagina, en la boca o en el ano. En estas cavidades, existen mucosas que, con el frote producido durante la relación sexual, pueden llegar a romperse o fisurarse, permitiendo así una puerta de entrada al virus de inmunodeficiencia humana. También si existen úlceras previas en las mucosas genitales, por presencia de otras enfermedades de transmisión sexual, por falta de circuncisión en los hombres y por una relación sexual traumática (Luque,2001).

La mejor forma de prevenir esta vía de infección, descifrando a Luque (2001) es *ver el SIDA en primera persona*, es decir, yo puedo infectarme, yo puedo llegar a desarrollar SIDA, yo soy responsable de mi sexualidad, etcétera. De nada sirve si las campañas están dirigidas a ciertos grupos de la población o solo se quedan a nivel informativo, aunque lo principal es el uso del preservativo aunado con un conocimiento de sí mismo tanto en adolescentes, jóvenes, mujeres y hombres no importando su orientación sexual, pero la pregunta aún está en el aire: ¿cómo poder llegar a qué visualicemos nuestros propios riesgos?.

1.6.2 Transmisión sanguínea

Como ya se ha mencionado, después de que se prohíbe la comercialización de la sangre en nuestro país, en el año de 1986, los casos de infección por transfusión de sangre disminuyen, pero es preciso explicar que, para que esta vía de transmisión ocurra, se necesita que la sangre de una persona infectada ingrese en el organismo, ya sea a través de transfusiones o de elementos corto punzantes, tales como jeringas, máquinas de afeitar, equipos de odontología sin esterilizar y agujas de tatuaje que se encuentren contaminados con sangre. Por consiguiente, como se veía en la tabla anterior la parte de transfusión con 4.2% es necesario preguntarse cómo se infectaron esas personas después de las disposiciones reglamentadas, aunque una de las respuestas puede estar en el norte del país, con los usuarios de drogas inyectables.

1.6.3 Transmisión perinatal

Hoy por hoy, la transmisión perinatal se puede "controlar", por lo que, en la tabla 2 se observa que sólo hay un 2.1%, hasta el 15 de noviembre del 2004, según los casos acumulados de VIH/SIDA. En primer lugar, si una madre tiene VIH, puede transmitirlo a su bebé, durante el embarazo, el parto o la lactancia. Sin embargo, se menciona que no todas las madres que están infectadas lo transmiten a su hijo, es decir, que, en promedio, uno de cada tres niños que nacen de madres infectadas, también sufrirán la infección, pero los demás estarán sanos.⁸ Asimismo, es necesario considerar diversos factores para que se dé la transmisión de madre a hijo, también conocida como **transmisión vertical o perinatal**. Por ejemplo, el tiempo que lleve la madre infectada (si es reciente es más probable, o tardía si ya tiene síntomas de SIDA), la cantidad de sangre presente durante el parto, o si el parto es instrumentado (se eleva el riesgo cuando se utilizan fórceps), si el parto es prematuro y, finalmente, si la madre sufre algún tipo de infección concomitante, como sífilis, herpes o hepatitis B.

Por lo anterior, se recomienda que toda mujer infectada y que esté en embarazo, inicie un tratamiento preventivo con antirretrovirales; específicamente con AZT que se administra durante el embarazo, en el momento del parto y al bebé durante las primeras semanas de vida, pues éste ha demostrado reducir la transmisión de VIH en aproximadamente dos terceras partes de los casos.

Según Magis (2000), en México la transmisión perinatal constituye la principal vía de contagio del VIH/SIDA en menores de 15 años, ya que dos de cada tres casos se deben a esta forma de contagio (68.7%)⁹. La transmisión sanguínea se relaciona con alrededor de uno de cada tres casos pediátricos (28.5%) y los casos asociados a la transmisión sexual ascienden a 2.8%. Cabe mencionar que a través de una política nacional de tratamiento gratuito en México, se ha intentado cubrir el 100% de mujeres embarazadas y menores de 18 años.

⁸ Thomas, O., Nathan, S. Harold W. Adquisición y transmisión del VIH. En manejo médico del SIDA, Tercera edición, Interamericana-Mc Graw Hill, México, 1992.

⁹ A nivel mundial se estima que el 90% de los niños y niñas se han infectado por transmisión perinatal.

Por consiguiente, la prevalencia de infección por VIH en mujeres embarazadas se ha conseguido mantener en un nivel bajo (0.09%)¹⁰.

Una de las formas de disminuir esta vía de transmisión, es dar una asesoría preconcepcional adecuada, es decir, no realizar la prueba cuando ya están embarazadas, sino antes, ya que si se planea tener un hijo, implica diversas acciones por parte de ambos géneros.

1.6.4 El VIH/SIDA en el Distrito Federal y otras entidades federativas

La mayoría de las enfermedades o infecciones de salud pública, como el caso del SIDA, se van incrementando o disminuyendo por diversos factores, pero es necesario señalar el incremento de la población, porque, en el Distrito Federal, por ser el “centro” de la República Mexicana, se concentran y vienen a trabajar personas del resto de los estados, específicamente del estado de México; aunque no debemos descartar otros factores, como la supuesta “invulnerabilidad” de los jóvenes, o la no negociación de las mujeres trabajadoras del hogar. Y también la facilidad de todos los intercambios sexuales que se llevan a cabo sin ninguna protección.

En la siguiente tabla (Ver 3), se observará el lugar por entidad federativa, población del 2004, casos acumulados y tasa acumulada.

¹⁰ Según cifras de la Secretaría de Salud hasta el 15 de noviembre del 2004, los menores de 15 años acumulados son 2,191 con un porcentaje de 2.5, pero es importante resaltar que en junio del mismo año había 1,802 casos de SIDA acumulados, es decir, las estrategias del Programa de Acción 2001-2006 propuesto por el presidente Vicente Fox, hasta el momento no ha logrado sus objetivos.

Tabla 3. Casos acumulados de SIDA según entidad federativa

Lugar	Entidad Federativa	Población 2004	Casos acumulados de SIDA	Tasa acumulada
1	Distrito Federal	8,814,123	18,742	212.6
2	Edo de México	14,447,120	9,617	66.6
3	Jalisco	6,758,852	8,298	122.8
4	Veracruz	7,274,772	7,659	105.3
5	Puebla	5,480,844	4,480	81.7
6	Baja California	2,867,630	4,007	139.7
7	Guerrero	3,249,559	3,210	98.8
8	Chiapas	4,357,301	2,629	60.3
9	Oaxaca	3,693,497	2,616	70.8
10	Michoacán	4,213,737	2,539	60.3
11	Nuevo León	4,178,145	2,384	57.1
12	Yucatán	1,784,267	2,191	122.8
13	Chihuahua	3,373,391	2,111	62.6
14	Morelos	1,698,232	2,072	122
15	Guanajuato	5,027,179	2,004	39.9
16	Tamaulipas	3,106,529	1,913	61.6
17	Sinaloa	2,747,467	1,293	47.1
18	Coahuila	2,511,114	1,213	48.3
19	Sonora	2,448,839	1,198	48.9
20	Tabasco	2,045,537	1,151	56.3
21	Nayarit	991,142	1,021	103
22	San Luis Potosí	2,398,690	969	40.4
23	Quintana Roo	1,053,084	936	88.9
24	Hidalgo	2,370,735	904	38.1
25	Durango	1,549,309	779	50.3
26	Querétaro	1,572,772	749	47.6
27	Tlaxcala	1,055,6448	649	61.5

28	Campeche	763,037	568	74.4
29	Aguascalientes	1,028,279	501	48.7
30	Zacatecas	1,415,269	466	32.9
31	Baja California Sur	489,669	439	89.7
32	Colima	584,068	384	65.7
-	Extranjeros	-	298	-
	Se desconoce	-	53	-
	Nacional	105,349,837*	90,043	85.1 ^o

Fuentes:

DGE. Registro Nacional de casos de SIDA. Datos al 15 de noviembre del 2004. Secretaría de Salud.

CONAPO. Proyecciones de población por sexo, grupos de edad y entidad federativa 2000-2010. Versión 2002.

Como se puede observar, las entidades federativas con mayor número de casos acumulados de SIDA, son: Distrito Federal, Estado de México y Jalisco. Estas tres principales entidades tienen en común su población móvil, es decir, son zonas turísticas, además de que el estado de México tiene una alta población migrante. Por otro lado, notamos que las entidades federativas con menores casos acumulados de SIDA, son Colima, Baja California Sur y Zacatecas; aunque es necesario recordar que en el 2003, según fuentes de la Secretaría de Salud, Baja California Sur era una de las principales entidades con casos de SIDA acumulados, posiblemente esta disminución se deba a la mortalidad de esta enfermedad, pero aún así es dudoso.

Respecto a los casos de SIDA por sexo, los hombres continúa siendo el más afectado con 75,437 representando el 83.8% y las mujeres lentamente van incrementando la cifra con 14,606, que es el 16.2% para los casos de SIDA. Es importante mencionar que a diferencia de los portadores de VIH, las mujeres cada vez se vuelven más vulnerables ante esta epidemia. En cuanto a edad de los

* Tasas por 100,000 habitantes.

^o La tasa nacional calculada no incluye a los extranjeros y la categoría se desconoce.

90,043 casos de SIDA reportados por la Secretaría de Salud en México, 97.5% son mayores de 15 años, es decir, están en edad productiva y dicha situación los paraliza; y sólo el 2.5% son menores de 15 años.

Según ONUSIDA 2004, cada minuto se infectan por VIH en el mundo, 10 personas, es decir, en cuanto se concluya esta tesis se habrá infectado casi la misma proporción que la estimada por la Secretaría de Salud 160,000 personas en México.

Para concluir este capítulo, es importante señalar que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es, sin duda, una de las enfermedades que se ha introducido en la vida cotidiana de las personas y, sin llegar a ser pesimistas, es necesario replantearnos quiénes somos, hacia dónde vamos y cómo podremos combatir dicha enfermedad, ya que, como se ha visto, la información es necesaria, pero no suficiente para cambiar conductas, acciones o comportamientos tanto en l@s¹¹ jóvenes y en los adult@s.

En el siguiente capítulo se hablará de la evaluación de los programas, la importancia de los mismos, la recolección de datos, las perspectivas, el proceso de evaluación, entre otros temas, justificándose así la realización de este trabajo.

¹¹ Se utilizara @ para referirnos a las y los, es cuestión de práctica.

Capítulo 2

Evaluación de Programas

...La evaluación de programas está siempre contextualmente enmarcada, y por ello, el contexto político... está en el trasfondo...

Evanston

En el momento en que se inicia o se piensa un programa, la mayoría de las veces se realiza con la finalidad de ayudar a otras personas, dependiendo de la problemática, en este caso, evitar la infección del VIH/SIDA, o para que las personas infectadas puedan llevar a cabo una mejor calidad de vida; muy pocos se centran en la información y capacitación a los profesionales de la salud mental. También, muchas de las Instituciones gubernamentales y Organizaciones no gubernamentales, se olvidan de la evaluación misma de su programa, y lo cotidiano lo hacen de manera automática, aquí cabe cuestionarnos dónde queda la eficacia, lo eficiente, lo sostenible, lo pertinente y el impacto del trabajo realizado, hasta dónde lo que se hace es benéfico para la comunidad o para sí mismo. Por ello es necesario que se retomen los aspectos ligados a la evaluación de los programas.

Como mencionan Fernández, J y Santos, M. (1992)..., todos conocemos múltiples actividades, actuaciones, intervenciones y programas en el área social-educación, sanidad, cultura... - que se desarrollan sin que nadie se plantee la necesidad o conveniencia de su evaluación. Y, si ésta se plantea, no es extraño ver surgir, como setas, múltiples inconvenientes, limitaciones, recelos, resistencias, despropósitos, intereses, desganas, miedos, ineptitudes, cicaterías presupuestarias, etc. , que de hecho, la imposibilitan.

Los programas sociales afectan la vida de los individuos y grupos de humanos y, a veces, incluso de aquellos que no tienen una relación o participación directa en las actividades programadas. Es, por tanto, imprescindible alguna forma de valoración, control, autocontrol y compromiso social que garantice, legitime,

optimice, facilite y posibilite el que la intervención o actividad social desarrollada sirva- esté al servicio- y valga- sea útil- a los usuarios.

2.1 Investigación evaluativa

Los antecedentes de la investigación evaluativa se pueden remitir a la década de los treinta, en las que existieron científicos sociales abocados a aplicar métodos rigurosos de investigación social para valorar los programas (Freeman, 1977). De la misma manera, Rossi, P y Freeman, H. (1989) señalan, que el empleo de investigación evaluativa se incrementa con la segunda Guerra Mundial, ya que continuamente verificaban la moral de los soldados, la evaluación del personal y la propaganda política. Después de este periodo, se incrementa la extensión de programas diseñados para diagnosticar las necesidades de desarrollo urbano y vivienda, de educación tecnológica y cultural, de entrenamiento laboral de actividades de salud preventiva. También, durante este tiempo, se estructuraron grandes comisiones para diseñar programas internacionales de planificación familiar, salud, nutrición y desarrollo de la comunidad rural.

Mas tarde, en la década de los cincuenta, las evaluaciones eran muy comunes y los científicos sociales se ocupaban de evaluar programas de prevención de la delincuencia, proyectos de rehabilitación de reos, tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos, programas de vivienda pública y actividades de organización de la comunidad; pero no sólo esto pasaba en Estados Unidos, sino en Europa, en países industrializados, en países menos desarrollados, etcétera. Por consiguiente, en la década de los sesenta, se incrementaron los artículos y libros sobre esta ultima lo que la hizo ser una buena inversión.

Lo anterior dio pie a que se creara hasta una sociedad de investigación evaluativa y que hoy en día continúan con su labor. Es necesario considerar que la investigación evaluativa no es sólo la aplicación de métodos, sino también una actividad política y de dirección, el umbral que conduce al complejo mosaico del cual emergen las decisiones políticas y el lugar de su aplicación en la

planificación, el diseño, la ejecución y la continuidad de los programas para mejorar la condición humana (Rossi, P y Freeman, H.1989).

2.2 Conceptos básicos de evaluación de programas

Para poder entender qué es una evaluación de programas, es necesario desglosar ambos términos. En primer lugar, la evaluación, como la atribuye Fernández, R. (1996), es un derivado del latín “valere” (valorar), que implica la acción de justipreciar, tasar, valorar o atribuir cierto valor a una cosa. Así, esta definición implicaría que tanto evaluación como valoración serían sinónimos, pero el contexto con el que se usan es diferente, ya que valoración se refiere a una persona, es decir, se valora a una persona, por ejemplo, hazle la valoración psicológica a ella etc... mientras que la evaluación conlleva una gama de objetos tales como: obras de arte, puestos de trabajo, programas, etcétera.

Por otro lado, Bertrand y Solís (2000) definen evaluación como la aplicación sistemática de técnicas de investigación cuantitativa o cualitativa para determinar lo apropiado y efectivo del diseño e implementación de programas/ proyectos sociales.

Por su parte, Fernández, J y Santos, M. (1992) dicen: cuando se habla de evaluación no todos, ni siempre, nos estamos refiriendo a lo mismo. Para la mayoría de las personas, evaluar es conocer los resultados de una operación o actividad, pero esta concepción suele estar enfocada desde la perspectiva experimental que más adelante se abordará.

En esta investigación, se utilizará el término evaluación para referirse no tanto a los juicios que se pueden llegar a hacer, en un momento dado sin que los otros los consideren, sino a la comprensión de nuestra realidad a partir de la aportación de datos y elementos que permitan la posibilidad de tomar decisiones en las distintas instituciones y organizaciones.

En segundo lugar, cuando se habla de la definición de un programa es necesario concebirlo desde las distintas perspectivas, ya que desde la literatura, como mencionan Bertrand y Solís "...existe una jerarquía entre estos términos [programa, proyecto, intervención o actividad], siendo programa el más amplio, ya que el programa de una organización puede incluir varios proyectos, frecuentemente financiados por donantes diferentes. Cada proyecto tiene, por lo menos, una intervención o estrategia para llegar a la población objetivo. Estos mismos autores mencionan y no hacen distinción en programa/ proyecto, pues, por un lado, el programa se define como un conjunto de intervenciones o actividades que se establece una organización con el propósito de que se constituyan en una parte fundamental de la estructura de la misma. Generalmente, un programa tiene un enfoque sistemático y de permanencia a largo plazo. El carácter del programa tiene que ver mucho con las políticas de la organización.

Por otro lado, Fernández-Ballesteros (1992), definen un programa así: Conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implementados organizadamente en una realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas. Como se lee, esta definición resalta como principal característica su previa especificación y diseño, así como que es implementado coordinadamente. Por consiguiente, ambas definiciones se tomarán en cuenta en el momento de evaluar los programas ya sea a nivel de Organizaciones no gubernamentales como de las Instituciones gubernamentales, ya que permitirá tener el contexto para cada evaluación.

Finalmente, la evaluación de programas es "una actividad programada de reflexión sobre la acción, basada en procedimientos sistemáticos de recolección (experimental o naturalista), análisis e interpretación de información, con la finalidad de emitir juicios valorativos fundamentados y comunicables sobre las actividades, resultados e impactos de esos proyectos o programas, y formular recomendaciones para tomar decisiones que permitan ajustar la acción presente y mejorar la acción futura (Nirenberg, Brawerman y Ruiz,2000).

2.3 Funciones de la evaluación

Las finalidades de la evaluación son tan variadas que dependen prácticamente del objetivo del propio investigador o de las necesidades que manifiesten los consultores, por lo cual no se debe olvidar que esta evaluación permitirá tomar decisiones (si es necesario) en torno a ciertas problemáticas.

De acuerdo con Fernández-Ballesteros hay cuatro funciones esenciales que son:

1. Contabilidad pública y base para nuevas decisiones presupuestarias. Los presupuestos suelen otorgarse a programas, ya sea del sector privado o del público.
2. Justificación de decisiones. La evaluación positiva de algunos programas, avala las decisiones que se tomen sobre él.
3. Actuaciones sobre el programa. La finalidad de una evaluación de un programas se realiza con el objetivo de eliminarlo, sustituirlo o mejorarlo.
4. Contrastación de teorías. La dificultad de tomar una postura ante la evaluación en torno a métodos positivistas o métodos naturalistas, implica una justificación del por qué y para qué hacer la evaluación (Fernández, J y Santos, M.,1992).

En la misma Línea, Bertrand y Solís (2000) mencionan que hay múltiples beneficios que brinda la evaluación de programas, en particular de nuestro tema, (VIH/SIDA) y en Organizaciones no gubernamentales (ONG's). La evaluación nos permite:

- Identificar estrategias exitosas.
- Evitar la continuación de actividades que no rinden los resultados deseados.
- Compartir los resultados de nuestros programas con otros países o regiones.
- Mostrar resultados por el financiamiento recibido de las agencias donantes.
- Conseguir más financiamiento para el futuro.

- Permite estructurar una herramienta útil para el manejo de programas, no sólo poniendo interés en que es lo que no está funcionando, sino cómo hacer para que funcione.
- También, demostrar al personal del programa y a las agencias donantes, la medida en la que éstos han logrado sus objetivos.

También la evaluación nos proporciona una base a partir de la cual podemos medir la relevancia, progreso y rendimiento de un programa. La información que obtenemos del proceso de evaluación nos permite:

- a) Formular planes que respondan a necesidades reales y sentidas
- b) Tomar decisiones durante la marcha del programa para mejorarlo
- c) Demostrar el valor o utilidad del programa.

Por lo tanto, las funciones son tan diversas como el propio objetivo de las instituciones gubernamentales o las ONG's, pero es importante tener en cuenta que la evaluación de los programas puede darnos un diagnóstico de los mismos, que es lo que fundamenta la presente tesis. Y así identificar programas "exitosos" e innovadores que proporcionen información valiosa para el diseño.

2.4 Enfoques en la evaluación de programas

Los enfoques en la evaluación de programas se remiten a la propia metodología de investigación, ya que, por un lado, los investigadores cuantitativos defienden y argumentan su evaluación, por otro, los investigadores cualitativos hacen lo mismo, y sólo queda decidir desde cuál abordar, considerando la postura epistemológica del investigador en la toma de esta decisión.

Sin embargo, cualquiera que sea la postura para una mejor comprensión del fenómeno a evaluar, es fundamental considerar ambos y así identificar realmente los alcances y limitaciones del programa.

Cuadro 1 Algunos presupuestos de la evaluación de programas positivistas o cuantitativa y naturalista o cualitativa (Guba, 1987).

	Ontológicos	Epistemológicos	Metodológicos
Cuantitativa	Realismo. Existe una realidad independiente de cualquier observador en la que rigen principios, la verdad es definida como la representación de la realidad.	Objetivismo. El conocimiento de la realidad puede darse con independencia del observador en tanto en cuanto existen una serie de garantías de la observación.	Intervencionismo. El control, la manipulación y la medición son garantías necesarias para la investigación científica.
Cualitativa	Relativismo. Existen varias realidades socialmente construidas en las que no rigen principios ni leyes generales. La verdad es una construcción consensuada.	Subjetivismo. La relación entre el observador y lo observado es de tal naturaleza que el producto de la investigación es pura creación de ésta.	Hermenéutica. La metodología compromete al propio observador el cual se convierte en el principal instrumento en la comprensión del fenómeno objeto de estudio.

En el cuadro 1 se presentan los presupuestos de la evaluación de programas cuantitativos(positivista) y cualitativa (naturalista), planteados por Guba (1987). Así, como principal asunción ontológica desde los planteamientos cuantitativos, se defiende una posición realista, desde la cual se postula que el mundo externo existe como realidad independiente del observador o evaluador. Contrariamente, desde una posición cualitativa se mantiene el relativismo por el que se supone existen múltiples realidades socialmente construidas. Desde una perspectiva epistemológica, los planteamientos cuantitativos postulan el objetivismo por el cual la realidad puede ser conocida con independencia del observador, mientras que los cualitativos se consideran subjetivistas en el sentido de que la relación entre el observador y lo observado, es de tal naturaleza que el producto de la investigación o evaluación, ha de ser entendida como pura creación de tal correspondencia. Por último, el paradigma cuantitativo postula metodológicamente el intervencionismo, en el cual el control, la manipulación y la medición sistemática son garantías de rigor científico, mientras que la posición cualitativa propone la hermenéutica, ya

que el observador se convierte en el principal instrumento en la comprensión del fenómeno objeto de estudio (Fernández, R. ,1996).

Por su parte Angulo (citado en Fernández, J y Santos, M. 1992) mencionan que hay cinco características definidoras de la perspectiva transaccional.

1. Está comprometida con el estudio y conocimiento de los procesos.
2. Requiere una transformación profunda e imaginativa de la metodología de investigación: diseños flexibles, emergentes y progresivos que surgen de la misma dinámica de la investigación.
3. Acepta las “valoraciones” en un triple sentido: a) reconoce la pluralidad valorativa, ideológica y de intereses que rodea un programa, b) gran parte de sus datos debe reflejar los significados subjetivos, las opiniones y los juicios de los que viven el programa, c) la perspectiva transaccional constituye una posición valorativa.
4. La utilidad de un informe de evaluación estriba en que sea capaz de recoger esa multitud de significados, experiencias y sentidos, de manera accesible a la gente que los ha construido.
5. No se pregunta por la efectividad de un programa, sino por el valor que tiene para mejorar la vida de las personas.

Asimismo, la evaluación cuantitativa está apoyada por la cuantificación del producto, o sea, de los resultados. En síntesis éstas se caracterizan por:

1. Estar pensados y diseñados para ayudar a los responsables (públicos o privados) en la toma de decisiones sobre programas en marcha. La función del evaluador es proporcionar información, pero no debería olvidar el por qué.
2. Basar o apoyar la opción de las decisiones en función de los resultados obtenidos, medidos en términos numéricos.
3. Definir la eficiencia del programa según el grado de consecución de los objetivos previamente marcados.

4. Dar por supuesto que la justicia de la intervención o actuación se logra con la consecución, lo más fiel posible, de los objetivos propuestos, sin entrar en consideraciones sobre la oportunidad, conveniencia o ética de aquellos.
5. Surgir de una concepción paternalista o protectora, cuando no sospechosamente interesada, de los programas de intervención social, al no contar con los usuarios en ningún nivel de decisión.

Por lo tanto, como mencionan Cook y Reichardt (1982), la elección de la metodología de evaluación depende, en gran parte, de la concepción ideológica y de la formación epistemológica del evaluador, pero también debe depender de las exigencias de la situación de investigación que se trate". Así, pues, cuando decidimos llevar a cabo una tarea de este tipo y comenzamos a construir el diseño de evaluación, hemos de abordar, previamente, nuestra ubicación paradigmática y conjugarla con las necesidades, situaciones y características peculiares del tema sometido a estudio.

2.5 Técnicas de recolección en evaluación de programas

Dentro de los enfoques de la evaluación de programas, existen diversas técnicas para recoger la información, dependiendo el objetivo del investigador y su postura epistemológica; pero no hay que olvidar se pueden usar ambas para una mejor investigación. Como indica Hernández, J (1996), en la evaluación de programas, la referencia al individuo implicado en el programa es inevitable, tanto desde lo cuantitativo como desde lo cualitativo, se postulan técnicas cuyo único objetivo es el de la obtención de información de ese individuo. Ello hace que, con algunas excepciones, las técnicas sean prácticamente las mismas, diferenciándose, no tanto en los contenidos como en las "formas" de llevarlas a cabo y de tratar la información obtenida.

Cuadro 2 Técnicas cuantitativas y cualitativas en evaluación de programas

Métodos cuantitativos	Métodos cualitativos
Entrevista estructurada	Entrevista abierta
Encuesta	Metodología participante
Medidas de autoinforme	Grupos de discusión
Observación estructurada	Observación participante
Indicadores sociales	Analizadores sociales

En el cuadro 2 se observa un resumen que realiza Hernández, J (1996) de las principales técnicas cualitativas y cuantitativas utilizadas en la evaluación de programas agrupadas en pares, por semejanza.¹ En esta investigación se utilizará técnicas de índole cualitativa para la evaluación de los programas tales como la entrevista y el análisis de documentos.

2.5.1 Entrevista

La entrevista, como la definen Taylor y Bogdan (1986) deben ser, preferentemente, "no estandarizadas", es decir, entrevistas preparadas por l@s mismos evaluador@s, adecuadas y adaptadas a las características peculiares del estudio concreto, de las situaciones, de los momentos y de las personas que vayamos a entrevistar.

2.5.2 Análisis de documentos

En cualquier actividad institucionalizada, se manejan múltiples documentos escritos, públicos y privados, oficiales e informales, elaborados o espontáneos. La aproximación al conocimiento de la realidad a través de algunos de estos documentos, es una labor clásica en los estudios sociales (Hernández, 1996).

El análisis de la producción escrita de un equipo profesional, pone al descubierto el flujo de ideas, la originalidad de las planificaciones, las

¹ Este autor menciona la semejanza entre la entrevista estructurada vs la abierta, observación con base en códigos vs observación participante y medidas de autoinforme vs grupos de discusión, ya que finalmente son encuentros, registro y expresión.

preocupaciones explícitas e implícitas en la praxis diaria, el enfoque ideológico de las intervenciones, el estatus de los componentes, etcétera.

De la misma manera, Taylor y Bogdan, 1998 mencionan :

“El investigador cualitativo analiza los documentos públicos y oficiales para adquirir conocimientos sobre las personas que los redactan y mantienen al día. Como los documentos personales, estos materiales permiten comprender las perspectivas, los supuestos, las preocupaciones y las actividades de quienes los producen.”

Sin embargo, el acceso a los documentos puede ser difícil al principio, porque surgen cuestiones legales, aspectos éticos e, incluso recelos o dudas sobre la conveniencia de entregar material escrito a personas en principio, ajenas al grupo, pero si la negociación previa al proceso evaluativo propiamente dicho, ha sido abierta, clara y concreta evitaremos llegar a situaciones tensas que distorsionen el desarrollo del estudio (ibídem).

Por consiguiente, el procedimiento que se lleva a cabo después de realizar una entrevista o un análisis de documentos, es el análisis de contenido que pretende describir los resultados de una interacción comunicativa, como la formulación de inferencias que posibiliten llegar a conclusiones de orden superior a partir de los elementos de tal comunicación (López-Aranguren, 1986). Este nivel de inferencia trata de mostrar cómo el contenido del discurso esta por encima del propio discurso, siendo este último el que da indicios para descubrir el primero y, por tanto, trascender su mero contenido sintáctico en una búsqueda de las relaciones entre tal nivel y el semántico y el pragmático (Navarro y Díaz, 1994). Los objetivos del análisis de contenido son principalmente dos. Por un lado, la descripción “textual” del discurso y, por otro, la indagación sobre las relaciones entre el discurso y realidades de orden superior no incluidas explícitamente en él.

Las unidades de registro son : lo “textual” y lo “extratextual”, es decir, lo que manifiestan los individuos y lo que observa la evaluador@. Después de tener estas unidades, se debe realizar una codificación o categorización de las mismas.

López-Aranguren (1986) señala cinco requisitos básicos en la formulación del sistema de categorías:

- 1) Contemplar los objetivos de la evaluación.
- 2) Ser exhaustivo.
- 3) Definir categorías mutuamente excluyentes.
- 4) Definir categorías independientes.
- 5) Atender a un único principio de clasificación.

Sin embargo, como mencionan Fernández, J y Santos, M. (1992) ...la naturaleza flexible y emergente del diseño y desarrollo de los estudios naturalistas no es causa ni excusa para la ambigüedad y el descuido del control científico de la evaluación, sino que, por el contrario, estas peculiaridades nos fuerzan a ser aun más rigurosos, si cabe, en las cuestiones relativas a la selección y empleo de los métodos adecuados y a los criterios que garanticen y prueben la credibilidad de nuestros trabajos.

2.6 Tipos de evaluación

Los tipos de evaluación dependen en gran medida de la perspectiva con la que se aborda el problema, en este sentido Bertrand y Solís hacen alusión a tres tipos; Brindis y Laski mencionan cuatro y finalmente Fernández-Ballesteros refiere tres con sus respectivos opuestos. En esta investigación se considerara la clasificación de Bertrand y Solís, (esto es):

1. Evaluación de proceso
2. Evaluación de resultado/cambio
3. Evaluación de relación causa-efecto

Antes de abordar cada uno, es fundamental tener claridad hacia donde irá dirigida nuestra evaluación, es decir, a nivel de población o programa, en este caso será a nivel de programa.

Nivel población

Esta evaluación se interesa básicamente en el alcance que ha tenido (la intervención) en la población en general; un ejemplo es la evaluación de campañas sobre prevención del VIH en medios de comunicación masiva, que llegan a diferentes grupos de la población y no sólo a un grupo específico. Este tipo de evaluación generalmente es responsabilidad de los Programas Nacionales o de la laguna institución del gobierno encargada de monitorear los indicadores claves sobre le impacto de un programa a nivel de la población.

Nivel programa

Se refiere a llevar a cabo la evaluación únicamente en las personas expuestas a las actividades del programa, ya que se trabaja con segmentos o grupos de la población con características específicas como son: adolescentes, militares, trabajadoras del sexo comercial, hombres que tienen sexo con otros hombres, camioneros, etcétera. Todo ello en un área geográfica determinada.

Evaluación de proceso

La evaluación de proceso permite conocer a fondo la dinámica de implementación del proyecto o programa e incluyen la cantidad de actividades realizadas, la cantidad del desempeño de dichas actividades, la reacción de la población-objetivo y los problemas u obstáculos encontrados. Una de sus ventajas es que se enfoca al 100% en la implementación de las actividades. La desventaja es que no investiga cuán eficaces fueron estas actividades en producir resultados (Bertrand y Solís, 2000).

Evaluación de resultado / cambio

Este tipo de evaluación se utiliza para determinar en qué grado se logra el resultado o cambio deseado, es decir, en qué medidas se cumple el objetivo. Generalmente, lo que se busca es un cambio de conducta en términos de conocimiento, actitudes o prácticas. Su ventaja es que permite determinar si se logra el cambio deseado en la población objetivo y de ser así, que tan grande es el

cambio, por lo que, es importante tener datos “antes” y “después” de la intervención.

Evaluación de relación causa-efecto

Son los diseños experimentales entre ellos el más conocido es el diseño “antes” y “después” de la intervención con su grupo control. Su desventaja: su costo es elevado, requiere tiempo y se necesitan expertos en estadística para el análisis de los datos, pero es más riguroso aparentemente para medir el impacto.

2.6.1 Etapas en el diseño de una evaluación

En el diseño de una evaluación de proceso o de resultado/cambio, hay cinco pasos básicos:

1. Determinar los objetivos del proyecto.
2. Determinar el tipo de evaluación a realizar.
3. Identificar los indicadores según el tipo de evaluación.
4. Determinar la fuente de datos apropiada para cada indicador.
5. Preparar un plan de evaluación.

Después de realizar las etapas, es necesario llevar a cabo un plan de evaluación que debe incluir: descripción breve del programa, antecedentes, población objetivo, intervenciones programas, objetivos de la evaluación, metodología de la evaluación, tipo de evaluación, indicadores para medir cada objetivo, tamaño de la muestra, técnicas de recolección y cómo se analizarán los datos obtenidos.

Ahora bien, después de conocer todo lo que se necesita para poner en práctica una evaluación de programas, es necesario saber la clasificación de los programas enfocados al VIH/SIDA, así como los cuestionamientos acerca de la investigación en evaluación de programas y, finalmente, con la prevención del VIH/SIDA en México desde lo gubernamental y no gubernamental; todo lo cual se revisará en el siguiente capítulo.

Capítulo 3

Programas de VIH/SIDA

"La investigación sobre la prevención del VIH-por muy buena que sea-no detiene la infección del VIH. La investigación del comportamiento sobre el VIH sólo puede detener la infección del VIH si sus resultados se utilizan en el mejoramiento de programas ya implementados."

Jeff Kelly¹

En los capítulos anteriores, se abordaron las características del VIH/SIDA, al igual que la evaluación de programas en específico, sociales, con índole cualitativo; pero antes de seguir, es necesario cuestionarnos, como (futuros) profesionales de la salud mental (sabiendo que la mejor herramienta para combatir a esta epidemia es la prevención), cómo saber actuar y dar soluciones, esto es ¿de qué forma se puede lograr la prevención?, ¿en qué medida los programas de VIH/SIDA pueden intervenir de manera eficaz, eficiente, pertinente y que genere impacto en la reducción de los infectados?. Estos cuestionamientos se tratarán de responder a lo largo del presente capítulo, ya que, según indica Morin (1994), en primer lugar, es fundamental considerar los mensajes y acciones educativas que se dirigen a los jóvenes, los cuales se basan en el análisis médico de riesgos de infección por el VIH, es decir, ¿cómo se quieren adoptar comportamientos de precaución desde esta perspectiva?, si sólo una minoría de la población adopta precauciones poco estables ante la infección, ya que se continúan evocando sus propósitos de resistencia, imputándoles, incluso, los fracasos de las campañas de prevención; aunque al respecto los resultados de investigaciones recientes afirman que hay evoluciones en el uso del preservativo.

En la misma línea, el doctor Frenk Mora dentro de la XIV Conferencia Internacional sobre VIH/SIDA llevada a cabo en Barcelona, España, afirma que no existe la suficiente evidencia para demostrar la efectividad de los programas de

¹ Kelly J., Somlai AM, DiFranceisco WJ, et al. Bridging the gap between the science and service of HIV prevention: transferring effective research-based HIV prevention interventions to community AIDS service providers. American Journal of Public Health. 2000;90:1082-1088. citado en ¿Cómo pueden colaborar los prestadores de servicio y los investigadores? <http://www.caps.ucsf.edu/colaboracion.html>

prevención, ni para evaluar la eficiencia al asignar los recursos para las intervenciones frente a este problema de salud, por lo cual los países detienen su inversión en este campo: Existen barreras para obtener un financiamiento sostenible, y un grado elevado de incertidumbre respecto de la efectividad de las acciones de prevención y las intervenciones en el cuidado de los afectados por el VIH/SIDA.²

En la misma conferencia señaló: las compras ineficientes, los costos elevados, los programas de entrenamiento deficientes, la distribución inadecuada de los recursos y la asignación imprecisa de prioridades en la mayoría de los países en desarrollo, son algunas de las causas de la pérdida de la confianza al asignar fondos para la lucha contra el SIDA.

Por consiguiente, contribuir en esta área operativa respecto a la evaluación de programas de VIH/SIDA permitirá tratar de obtener recursos para la prevención y atención sobre este fenómeno en México, específicamente en el Distrito Federal y Morelos.

3.1 Clasificación de los programas

Debido a que, en el capítulo anterior, ya se definió qué es un programa y sus características, en este punto se describe la clasificación de los programas en torno al VIH/SIDA, de la siguiente manera:

1. Programas de prevención primaria.
2. Programas de prevención secundaria.
3. Programas de prevención terciaria.³

Cada uno de estos programas tienen acciones específicas para mitigar la epidemia, desde la prevención y atención hasta la rehabilitación según sea el caso.

² Comunicado de prensa No. 114 (11 julio 2002)

³ Culebro, C. (1986) Propuesta de un modelo de diagnóstico para orientar programas de prevención de la farmacodependencia en el estado de Chiapas. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.

3.1.1 Programas de prevención primaria

Según Gorzarelli (citado en Gómez, 1993), la prevención primaria esta dirigida a anticipar las posibilidades de infección del VIH, por lo que las acciones o estrategias, entre otras cosas, determinarán conocimientos, actitudes y prácticas de la población con relación al SIDA, así como dar publicidad a la prevención y percepción de la enfermedad, diseñar modelos y ejecutar acciones de comunicación social para grupos vulnerables y población en general; y, finalmente, formar centros de información y atención telefónica.

En la actualidad, estas acciones las llevan a cabo los sectores tanto gubernamentales como los organismos de la sociedad civil; pero es necesario que esta prevención, por una parte, se dirija a individuos con prácticas de riesgo y a la población en general; por otro, nos preguntamos dónde quedan los que no se consideran en ninguno de esos grupos, como pueden ser aquellos que se dicen heterosexuales y tienen sexo con otros hombres. También es importante considerar la perspectiva con la cual se hacen las campañas de información y de educación, por lejos de prevenir o educar más bien provocan miedo y culpa a los receptores. Hoy por hoy, el ONUSIDA da pautas para reivindicar la prevención, dependiendo de la población objetivo y hasta a qué nivel.⁴

3.1.2 Programas de prevención secundaria

Son programas dirigidos a reducir la incidencia de complicaciones entre los infectados. De la misma forma, Gorzarelli (en Gómez, 1993), propone un diagnóstico oportuno, tratamiento médico, asistencia psicológica al paciente y sus familiares, y fomentar campañas que desmitifiquen la infección.

Por lo tanto, este tipo de programas deben brindar atención integral sustentada en lo económico, y tienen una atención personalizada, ya que, según el Plan de Acción 2001-2006 propuesto por el gobierno federal, uno de los objetivos específicamente el tercero, menciona garantizar a toda la población

⁴ ONUSIDA (2000). Enfoques innovadores en la prevención del VIH Ginebra, ONUSIDA.

servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento...; lo cual permitirá una mejor calidad de vida mejor en los individuos infectados o enfermos de SIDA, además de una adherencia terapéutica en estos individuos.

3.1.3 Programas de prevención terciaria

El propósito de estos programas es encaminar actividades que ayuden a la rehabilitación física, psíquica, social y ocupacional de los enfermos de SIDA; incluso, ayuda también a la rehabilitación integral de sus contactos sexuales y sociales, cuando los afectados han sufrido algún deterioro a causa de su interacción con el caso.

De tal forma, para que un programa cualquiera que sea se considere integral, debe aminorar las complicaciones sociales, como ya se había mencionado en el apartado de aspectos sociales del VIH/SIDA; por eso es fundamental realizar actividades a fin de reducir la irracionalidad del miedo frente al SIDA, hablar del SIDA en primera persona, responsabilizarnos de nuestros actos, conocernos a nosotr@s mism@s y, finalmente, educar a la sociedad, pero eso sólo se llevará a cabo si empezamos, como profesionales de la salud mental, a hablar de estos asuntos desde nuestra práctica o desde un programa específico dirigido a los futuros profesionales, trabajando con sus creencias, su sentido común y demás temas relacionados.

3.2 Investigación y Programas

La gran variedad de investigaciones en las distintas áreas [médica, epidemiológica, social y operacional], puede reflejar acciones prioritarias dentro de la problemática del VIH/SIDA, pero, a pesar de tanta información basada en los estudios realizados en México y a nivel Internacional, no se siente su impacto en los programas de prevención y atención de VIH/SIDA en México. Como se verá más adelante, los programas bien estructurados se quedan en el papel y no llegan a la acción⁵. De tal manera que el cambio de perspectiva (de médica a psicosocial) es una vía factible para reducir la epidemia de VIH/SIDA, según

⁵ Letra S, 2001 (Octubre 4). Frenar el SIDA ¿Del consenso a la acción?

indican los propios científicos biomédicos que reconocen hasta hoy día el problema los ha rebasado; esto es, que con sus actuales conocimientos no hay solución alguna a la problemática dentro de su campo de acción, en un futuro previsible, aún si se hace un análisis más extenso de las variables psicológicas y sociales implicadas en el SIDA.

Actualmente, todavía se pueden observar programas con modelos conductuales en lo teórico y metodológico, que presentan vacíos considerables en ambos niveles y que, por tanto, dadas las características de la enfermedad y sus componentes, se ven impedidos para ofrecer una propuesta y una solución integral al problema que representa el SIDA.

De la misma manera, Coates (1992), afirma: *“...la magnitud de la prevención para poder controlar el virus (VIH) y otras enfermedades transmitidas sexualmente, requiere que exista un compromiso en el desarrollo e implementación de programas que sean efectivos en la modificación de prácticas sexuales que colocan al individuo en riesgo de contraer cualquier enfermedad de este tipo”*

A falta de una vacuna contra el SIDA, la **prevención** es la única arma para combatirla, por consiguiente, para que un programa de prevención del SIDA sea efectivo, requiere que haya un conocimiento detallado de cada grupo o población con la que se va a trabajar⁶.

Lo anterior da pie a considerar, al menos en México, las separaciones que existen entre la investigación y la implementación de programas (en algunos casos se deben a las presiones de grupos conservadores, aliados con los que detentan el poder); aunque no todos los que hacen investigación (organismos de la sociedad civil) presentan esta dicotomía. También es importante señalar que, a nivel costo-efectividad, la prevención es mucho más barata que la atención, aunque no se le apueste a eso. En el siguiente apartado, veremos cómo fue, es y será la prevención y atención del VIH/SIDA en México, tanto a nivel federal como desde las Organizaciones no gubernamentales.

⁶ONUSIDA, “Enfoques innovadores en la prevención del VIH” 2000.

3.3 Prevención del VIH/SIDA en México

La prevención de esta epidemia en nuestro país, se puede separar en dos respuestas; por un lado la respuesta del gobierno federal y por otro, la respuesta de los organismos de la sociedad civil; en la primera, la prevención se inicia con la creación del Comité Nacional de Prevención del SIDA, en 1986; dos años después este Comité se convirtió en el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA ahora CENSIDA). La mayoría de las actividades del CONASIDA se efectuaron con financiamiento internacional, principalmente del Programa Global del SIDA de la OMS. En 1991, el CONASIDA empezó a contar con recursos federales, como parte de la SSA. Como tal, las personas que viven con VIH/SIDA y forman parte de la población abierta, son atendidas en hospitales de segundo y tercer nivel de la SSA, o bien en centros de atención del CONASIDA.

Para el sexenio de 1994-2000, se puso en operación el Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, en el que CONASIDA consolidó su función normativa, de asesoría y coordinación, por lo que su estructura se modificó para cumplir con sus nuevas funciones. Parte del cambio implicó un proceso de descentralización hacia los estados, creando estrategias para fortalecer sus programas y acciones. Hoy, todas las entidades federativas cuentan con programas y presupuestos específicos para VIH/SIDA.

A partir del ejercicio presupuestal de 2002, el CONASIDA se transforma en el Centro Nacional para Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud. Y, finalmente, en este sexenio se pone en marcha el Programa de Acción para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS 2001-2006 (PAVIH).

3.3.1 Las acciones del gobierno

Desde el primer caso de SIDA en el país, en 1983, el gobierno mexicano actuó tres años después, creando el Comité Nacional de Prevención de SIDA, que más

tarde sería el CONASIDA (ahora CENSIDA). Una de las medidas fue la prohibición del comercio de sangre (Sepúlveda, J.1989). A partir de ese momento, las campañas de prevención, según el doctor Sepúlveda, se pueden dividir en tres fases:

Primera fase. “Yo no juego con fuego”

Segunda fase. “No es cuestión de suerte sino de vida o muerte”

Tercera fase. Plan de Medios

Las acciones realizadas en estas fases de la prevención, se pueden englobar dentro de los programas de prevención primaria, ya que, por ejemplo, se elaboraron folletos con preguntas y respuestas sobre el SIDA, dirigidos al público general, conjuntamente se editaron otros materiales especialmente destinados a hombres homosexuales y bisexuales; a ello siguió una campaña de información poco definida, que combinaba mensajes macabros --la foto de un cadáver con la leyenda “Murió de SIDA”- con otros humorísticos --distribución de cajas de cerillos con un condón y la leyenda “yo no juego con fuego”--.

El doctor Sepúlveda menciona que, cuando hicieron tales actividades reflejaban las principales tendencias internacionales: todos concordaban en lo necesario de apelar a sentimientos básicos, algunos creían que lo mejor era provocar miedo; mientras otros sostenían que lo más adecuado era la información racional acerca de los mecanismos de transmisión presentada con humor.

Sin embargo, es importante señalar que estos actos más allá de cumplir con los reglamentos internacionales, provocaban miedo en la población y relacionaban el SIDA con los mal llamados “grupos de riesgo”, que más adelante se reflejará en las creencias sobre la no pertenencia de dichos grupos, es decir, si no soy homosexual o bisexual – jamás me “dará” SIDA.

Al año siguiente, es cuando el comité realiza una investigación sobre conocimientos y actitudes en relación con el SIDA, complementada con un encuesta telefónica y usuarios del Transporte Colectivo Metro. Los resultados fueron que mucha gente había oído hablar sobre el SIDA, pero aún se concebía de manera errónea, por lo cual, se diseñó una campaña en los medios masivos

para enfrentar estas carencias, informando sobre los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas adecuadas, combatiendo los mitos prevalecientes, al tiempo que se promovía la monogamia como la mejor estrategia preventiva, y el uso de condones como una alternativa. El lema de la campaña era: "Disfruta del amor. Hazlo con responsabilidad." Se trataba de una campaña explícita, donde la palabra *condón* era mencionada por primera vez en los medios masivos de nuestro país. Para ese entonces, se consideraba que si se querían modificar comportamientos, el primer paso debía ser la entrega de información; hoy sabemos que la información es una condición necesaria, pero no suficiente para modificar la conducta (Sepúlveda, 1989).

De esta forma, se dieron logros importantes después de llevar a cabo un diagnóstico para saber las necesidades de la población mexicana, al menos la del Distrito Federal, o de cómo mencionar la palabra *condón*, pero la promoción de la monogamia no era ni ha sido, ni será, la forma más efectiva para mitigar la epidemia. En 1988, luego de varias muertes de actores de la ANDA, algunos de los miembros deciden colaborar con campañas y esto da como resultado que varios periódicos publicaran la inserción de una plana con el siguiente encabezamiento: "Preservativo o condón: el nombre es lo de menos, lo que importa es que puede salvar vidas". El anuncio terminaba diciendo: "El sida no es un problema moral; es un problema de salud pública".

Por su parte, la reacción conservadora no se hizo esperar, el Secretario de Salud fue acusado de "iniciar la revolución sexual en México" y de "inducir la promiscuidad". La controversia fue intensa y aparecieron más de mil 599 artículos en los periódicos, a favor y en contra de la campaña; la televisión privada se negó a difundirla, y fue interrumpida definitivamente. Después de este frustrado intento, se eligió un camino conciliatorio. Se siguió apelando a personalidades conocidas -- un famoso jugador de fútbol-- y se presentó otro *spot* que terminaba con un mensaje indefinido: "Siga la información". Este anuncio era tan poco explícito, que la audiencia no lograba identificar cuál era el motivo del mensaje. Desde entonces,

todas las campañas del CONASIDA terminan presentando la identificación institucional y el número telefónico de Telsida.

La siguiente fase "No es cuestión de suerte sino de vida o muerte"(1989) determino un cambio en la filosofía de las campañas del CONASIDA. Organizaron un foro con participación de académicos, artistas, líderes de opinión, organizaciones de homosexuales, funcionarios públicos, grupos de derechos civiles, de prostitutas, ministros religiosos y representantes de todo el espectro político que discutieron temas como el papel del gobierno y de los medios, la educación sexual en las escuelas, la discriminación y los derechos humanos, sin embargo, CONASIDA fue severamente criticado por liberales y conservadores.

Aquellos se centraban en la insuficiente información sobre SIDA y éstos sostenían que la promoción de los condones inducía a la promiscuidad sexual. Tres recomendaciones emergieron del foro: 1) El SIDA es un problema de salud pública y no un problema moral, 2) la información debe ser explícita, y 3) las organizaciones no gubernamentales deben asumir un rol más activo.

El Secretario de Salud instruyó para que se tomara acción inmediata, lo que resultó en una campaña "de transición". La primera parte de esta campaña utilizó el lema: "¿No cree que debería informarse?" La segunda parte estuvo destinada a reconocer y estimular el involucramiento de la sociedad en la lucha contra el SIDA, para ello se usaron testimonios de líderes políticos, adolescentes, seropositivos, ejecutivos de empresas, etcétera, todos los cuales terminaban con el siguiente mensaje: "Esto es lo que yo estoy haciendo, y tú ¿qué éstas haciendo?".

Mientras esta campaña se llevaba a cabo, CONASIDA comenzó a preparar nuevos mensajes. El lugar seleccionado para lanzar esta nueva campaña fue el Metro de la ciudad de México, utilizado por más de 5 millones de pasajeros diariamente. Se eligió el popular juego de la Lotería. Los personajes fueron seleccionados para representar prácticas de riesgo y, junto con refranes populares humorísticos, se presentaron 21 carteles diferentes que se exhibieron en los

vagones, en los corredores y en las plataformas del Metro. Algunos de estos carteles respondían a preguntas básicas sobre prevención, otros estaban dirigidos a los grupos con prácticas de riesgo, pero todos enfatizaban que la información es la mejor arma contra el SIDA. A las mujeres una atención preferencial se les dio subrayando el hecho de que, entre ellas, la epidemia avanza más rápidamente que en otros grupos y se les estimulaba a exigir a sus compañeros el uso del condón. Además, se realizaron dos *spots* televisivos, y el lema de la campaña fue: "El SIDA no es cuestión de suerte, sino de vida o muerte."

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

A finales de 1991, se lanzó una nueva campaña. Se trató, en este caso, de un *spot* televisivo en el que un niño de once años, con los ojos vendados, preguntaba a su padre --que estaba leyendo el periódico--: "papá ¿qué es el SIDA?". El padre evidenciaba incomodidad, bajaba el periódico --él también tenía una venda en los ojos-- y trataba de responder a su hijo, pero sin saber qué decir. El *spot* finalizaba con la frase: "Quítate la venda de los ojos y quítasela a tus seres queridos." Este mensaje fue recibido con ambivalencia, sobre todo por presentar la imagen de un padre ignorante.

Y, finalmente, la tercera fase: "Plan de Medios". En 1992, el CONASIDA organiza un seminario multidisciplinario con la intención de analizar el punto en el que estaban. Tomando en cuenta las opiniones y sugerencias derivadas de este seminario, así como las experiencias de otros países, se desarrolló un Plan de Medios 1992-1994.

Los supuestos que lo inspiraron fueron los siguientes:

- a) En México, la mayoría de la gente tiene información básica sobre SIDA y cómo prevenirlo. Los mensajes no deben repetir lo que la gente ya sabe, sino dar nueva información.
- b) La mayoría de la gente no se siente en riesgo. La campaña debe incrementar la percepción de éste en el conjunto de la población.
- c) Persiste una actitud discriminatoria frente a los que viven con VIH/SIDA. Se debe fomentar la solidaridad y evitar violaciones a los derechos humanos.
- d) Las campañas en medios masivos no modifican el comportamiento y, por lo tanto, deben ser reforzadas con intervenciones cara a cara.
- e) México es un país complejo, con variadas y diferentes realidades sociales, culturales y religiosas. Por lo consiguiente CONASIDA, como institución de gobierno, debe proponer opciones para todos: desde la abstinencia hasta el uso del condón.
- f) Existe una creciente tendencia a olvidar que el SIDA se ha instalado entre nosotros. La campaña debe asegurar que la gente no olvide el problema del SIDA.

Es importante destacar que, las consideraciones mencionadas en ese momento, deben ser retomadas en la actualidad, pues la cultura mexicana tiene cierta tendencia a olvidar...Por otra parte el doctor Sepúlveda resalta:

“la utilidad de la investigación para fundamentar la producción de campañas e intervenciones. En México tenemos algunos ejemplos que avalan los beneficios que se derivan de confiar en datos sólidos y no dejar todo librado a la imaginación. En este camino, jalonado por éxitos y fracasos y asumiendo una posición de crítica constructiva, hay que aceptar que aún no sabemos a cabalidad cómo aplicar el conocimiento que tenemos para desarrollar intervenciones efectivas. Sin que sea un consuelo, ésta parece ser la situación predominante en todo el mundo”

En esta primera parte de la prevención del VIH/SIDA, en México y a través del gobierno federal, las acciones efectuadas se consideran mínimas para la dimensión de la problemática, ya que fue hasta 1997 cuando se implementa el Programa para la Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS, mismo que se definió como uno de los doce programas sustantivos en la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Pero, a decir de Uribe, P., Egremy, G., y Hernández, G.

2000⁷, fue decisiva para la descentralización de los programas de prevención y control del VIH/SIDA; actualmente todas las entidades federativas cuentan con un programa con presupuesto específico y diferentes grados de avance en su operación como ya se había mencionado.

Aunque, cabe subrayar, que en este año el CENSIDA (antes CONASIDA) no va hacer quien distribuya los recursos económicos, por lo que es necesario preguntar a la Secretaría de Salud ¿Dónde queda el CENSIDA?, respecto a los programas como tales no se han encontrado literatura desglosada en individuos con prácticas de riesgo.

Para finalizar este apartado, es preciso hacer una reflexión sobre el PAVIH, ya que, como lo menciona la doctora Soler⁸, "aunque suene obvio, elaborar un programa no es lo mismo que ejecutarlo, sobre todo si no se cuenta con los recursos, la infraestructura y la voluntad para hacerlo. Por esas tres razones, resulta irrealizable, "no es realista", dice, es un programa de primer mundo que no responde a nuestra realidad: "las propuestas están más basadas en la experiencia internacional que en la local". En primer lugar, afirma, no contamos con suficiente información para hacer una planeación adecuada, porque el sistema de notificación y registro de casos no es confiable. "No sabemos realmente a qué nos estamos enfrentando", asegura, y cuestiona las cifras oficiales sobre transmisión perinatal: "La manera como se han reducido las cifras es no registrando los casos infantiles, porque no hay diagnóstico en mujeres embarazadas"; sobre la transmisión sanguínea: "oficialmente no hay casos, realmente sí los hay, lo que pasa es que cuesta mucho documentarlos"; sobre la cobertura de 85 por ciento de la demanda de medicamentos, asegura que "eso es una falsedad demostrable". Además, añade, ¿con qué recursos materiales y humanos se va a realizar el programa, si muchos jefes de programas estatales de SIDA no cuentan con

⁷ Hernández, G., Egremy, G., Uribe, P. (2000) La respuesta nacional en La respuesta Mexicana al SIDA: Mejores prácticas, SSA Y CENSIDA, México

⁸ La doctora Carmen Soler Claudín es jefa del Programa de VIH/SIDA del gobierno de la Ciudad de México en la Clínica la Condesa.

capacitación ni con el apoyo de su propio secretario de Salud por no hablar de su gobernador? "La posición del doctor Julio Frenk no es compartida por todos", confirma.

En la misma línea, el doctor Gustavo Reyes Terán, jefe del Servicio de Infectología del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), coincide con su colega. Ni siquiera en el DF existe la infraestructura médica necesaria para darle una "atención integral", como establece el plan de acción, a las personas que lo requieran. No se cuenta con los recursos necesarios para desarrollar la infraestructura que hace falta y por los altos costos de los tratamientos, duda que el presupuesto alcance para atender a todas las personas con SIDA que lo requieran.

Por tales motivos, es cuestionable el PAVIH con sus objetivos y estrategias a realizar, añadiendo que ahora no se sabe quien esta repartiendo los recursos para combatir el VIH/SIDA en México.

3.3.2 Acciones de las Organizaciones No Gubernamentales

Las primeras acciones realizadas por las ONG'S, según Hernández (1996)⁷, a partir de 1983, vienen dadas desde el seno de los grupos gays existentes en la ciudad de México, Tijuana y Guadalajara, cuando se empezaron a organizar las primeras respuestas sociales ante una extraña y entonces desconocida enfermedad---ahora un poco más conocida--, las cuales, con su enorme entrega y voluntad de servicio, llenas de entusiasmo y sacrificio, guiadas por el ensayo y el error, la improvisación y el aislamiento, la ausencia de planeación y recursos, reflejaron la solidaridad de los individuos hacia los otros, sin importar condición social, orientación sexual, etcétera. No obstante, los esfuerzos de prevención del VIH/SIDA se han visto sujetos a la imposición de múltiples tabúes sociales y culturales que impiden, retrasan y obstaculizan un abordaje adecuado y eficaz de

⁷ Hernández, J. J. (1995) El trabajo en VIH/SIDA de las Organizaciones no gubernamentales mexicanas. Revista Salud Pública de México. Vol. 37 No. 6 Nov-Dic. pp. 654-660.

la epidemia, y , lo más grave, provocan una diseminación del virus al impedir su control asegura Hernández (1996).

Por eso, se puede decir que el desempeño de las ONG'S han enfrentado miedo, discriminación, ignorancia y rechazo, elementos que han impedido, en su conjunto, el avance de la respuesta social contra la epidemia. Así, el desarrollo de programas efectivos para prevenir y educar con miras a promover el cambio de actitudes y comportamientos sexuales riesgosos—en especial en la población con prácticas de alto riesgo, como son HSH (independientemente de su propia identidad como homosexuales o no)—es inexistente a nivel gubernamental, y las ONGs tienen que entrar, pero de manera poco eficaz.

De esta forma vemos que el trabajo de las ONGs ha sido y seguirá siendo primordial, aunque no cuenten con recursos económicos “seguros”, dependen de sus proyectos o programas para dicho financiamiento. Por ejemplo, el Banco Mundial mide los resultados de los programas de lucha contra el sida, comparando los objetivos enunciados, al comenzar el proyecto, con los resultados obtenidos. Cada proyecto debería tener un objetivo a corto plazo y otro a largo plazo, y si éstos se logran, se considera que los programas del Banco se han aplicado en forma apropiada. El Banco es miembro fundador del Equipo de apoyo mundial para la vigilancia y evaluación mundiales del VIH/SIDA, que evalúa los programas mundiales de lucha contra el SIDA. La dificultad que presenta el VIH/SIDA es que tarda mucho tiempo en obtener resultados. La reducción de las tasas de infección con el VIH, observada en algunas ciudades de África, es fruto de programas que se iniciaron años atrás.⁹

Por último, cabe mencionar que los programas eficaces deben abordar las causas socioeconómicas subyacentes que dejan expuesta a la población a infectarse con el VIH, así como la vulnerabilidad de la desigualdad entre los

⁹ Entrevista sacada de la siguiente pagina electrónica.
(<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/QUIENESSOMOS/0,,contentMDK:20212358~pagePK:64057863~piPK:242674~theSitePK:263702,00.html>).

géneros, la denegación de los derechos humanos y la discriminación contra los grupos marginados.

Una vez expuestas las características del VIH/SIDA, la forma en que se debe llevar a cabo una evaluación cualitativa de programas particularmente de índole social y, por último, el planteamiento de los programas de VIH/SIDA en México, desde la perspectiva de los organismos gubernamentales y los no gubernamentales, conllevan a determinar el método que se empleará en la investigación.

Capítulo 4

Método

Escribir es siempre aceptar el riesgo de decirlo todo, incluso y sobre todo sin saberlo.

J. Cortázar

4.1 Planteamiento del problema

En la actualidad, el VIH/SIDA es una de las pandemias más impactantes que ha obligado a los investigadores a buscar una respuesta científica, tecnológica, política, cultural y social a este tema. Particularmente, los científicos sociales han indagado en la mentalidad de los sujetos para conocer el imaginario colectivo o individual con el cual retroalimentan sus comportamientos sexuales, sus prácticas afectivo-amorosas y sus valores culturales, que determinan el potencial de los programas de control de infección en una población, la cual en nuestro país se encuentra desprotegida porque no cuenta con la educación sexual adecuada.

Dentro de la investigación en VIH/SIDA, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pueden clasificar cuatro áreas: biomédica, epidemiológica, social y, finalmente, la de nuestro interés operacional, que estudia la eficiencia, eficacia y efectividad de las intervenciones de los programas y servicios orientados a prevenir o controlar infecciones por VIH, incluyendo el impacto económico de esta enfermedad.

Un estudio sobre la investigación del SIDA en México, refiere que de 2,255 trabajos realizados sobre el tema, encontraron tendencias de trabajo según el área de investigación, 881 (39%) son trabajos biomédicos, 548 (24.3%) son epidemiológicos, 727 (32.2%) son de área social y solamente 99 (4.5%) son trabajos del área operacional¹.

Lo anterior sugiere que para estructurar una investigación sobre SIDA, es necesario encauzar esfuerzos en el área operacional, dado que, a pesar de todos los resultados en las otras áreas, no se refleja una disminución de la epidemia, por el contrario, se ha observado un incremento de este mal en la población joven.

¹ Magis, C, 2000. Investigación de SIDA en México en SIDA, HOY, 2000.

Por tal motivo realizar una evaluación de los programas de VIH/SIDA en el Distrito Federal y el estado de Morelos permitirá identificar cuales son los enfoques innovadores y así continuar reproduciéndolos y mejorarlos.

De esta manera las preguntas iniciales son:

- ¿cómo se diseñan e implementan los programas?
- ¿qué impacto tienen?
- ¿Cuáles son los elementos ideológicos-teóricos que subyacen en los programas de prevención y atención en el Distrito Federal y el estado de Morelos?

4.2 Justificación

La respuesta que se ha dado frente a la epidemia del SIDA en México, se puede analizar desde tres sectores de la sociedad, de acuerdo con Figueroa (1990) quien clasifica el quehacer del SIDA en México: Gobierno Mexicano, instituciones educativas y Organizaciones no Gubernamentales. Todos presentan programas, eventos o proyectos según sus propios intereses o bajo una moral conservadora que limita y no permite el trabajo y desarrollo de otras.

Existen razones de toda índole que justifican y avalan la necesidad de evaluar intervenciones sociales como son: económicas, ideológicas y sociales. Particularmente conviene descubrir la ideología y los intereses, no sólo económicos, que subyacen en el diseño y la ejecución del programa. A qué obedece su puesta en práctica; por qué se potencian determinados programas y otros no; por qué se destina unos u otros grupos, clases o sectores sociales, que fines no explicitados pretenden conseguir; cuál es su currículo oculto, qué filosofía subyace a su ejecución y desarrollo, qué móviles guían a las personas que lo dirigen, a los que los ejecutan y a los que participan en él.²

Por consiguiente, la importancia de llevar a cabo una evaluación de los programas de prevención y atención en las primeras entidades federativas con

² Fernández, J. . y Santos. M. (1992) Evaluación Cualitativa de programas de educación para la salud. Málaga: Ediciones Aljibe.

más casos de SIDA en México, permitirá dimensionar la problemática y ejecutar las acciones necesarias. Como indican Bertozzi y Rely “el análisis de Costo-Efectividad puede proveer información esencial para quienes diseñan o gestionan intervenciones y programas”³, lo cual nos abre la puerta para permitir el primer acercamiento a este tema.

Por lo tanto, es urgente llevar a cabo un análisis de los programas para tener información valiosa, desde los que hacen o dirigen los mismos, ya que su innovación posiblemente favorezca al impacto sobre la disminución de la epidemia.

4.3 Objetivos

Objetivo general

Realizar una evaluación de los programas de VIH/SIDA en las Organizaciones no gubernamentales y en Instituciones gubernamentales que trabajen con este problema en el Distrito Federal y el Estado de Morelos.

Objetivos específicos

Primera Fase:

- ✓ Identificar cómo se diseñan los programas.
- ✓ Identificar cómo se implementan los mismos.
- ✓ Analizar el impacto de las estrategias en la población objetivo.
- ✓ Descubrir lo que subyace en los programas de VIH/SIDA en el Distrito Federal y el Estado de Morelos.

Segunda Fase:

- Realizar una comparación de los programas de VIH/SIDA en Organizaciones no gubernamentales e Instituciones gubernamentales.

³ Bertozzi, S., Rely, K. (1999). Costo Efectividad de las intervenciones en VIH/SIDA. Instituto Nacional de Salud Pública, México.

4.4 Supuestos teóricos

- Los programas de VIH/SIDA varían en función de ser diseñados por las Organizaciones no Gubernamentales e Instituciones gubernamentales.
- Las diferencias de los programas de VIH/SIDA existen en función de los intereses políticos, económicos, sociales y necesidades de cada Organización no Gubernamental e institución gubernamental.
- Los programas de VIH/SIDA establecen prioridades de intervención distintas.

4.5 Muestra

La selección de la muestra fue no-probabilística dentro de los sujetos voluntarios, el criterio a seguir para la inclusión de los mismos se basó en que la participación fuera voluntaria y que manejaran un programa, ya sea de prevención o atención de VIH/SIDA. Es importante mencionar que se tomarán en cuenta los del Distrito Federal y el Estado de Morelos, pues ahí presenta una incidencia mayor que en las otras entidades federativas según estadísticas de CENSIDA, 2004⁴.

El número de sujetos que conformaron la muestra fueron 10: de los cuales 2 son informantes de una sola ONG (La Manta A.C.) y los restantes de los diferentes organismos e Instituciones Gubernamentales, y también se entrevistó a un experto en evaluación de programas del Instituto Nacional de Salud Pública.

⁴ Boletín de la Secretaría de Salud con datos hasta el 15 de noviembre del 2004, en el Distrito Federal 18,742 casos acumulados de SIDA, mientras que en el Estado de Morelos 2, 072.

A continuación se reportan los datos generales de los participantes (Ver tabla 1).

Tabla 1 Datos generales de la muestra

¿Cómo se llama?	¿A quién atiende?	¿Es prevención o atención?
Prevensida Callejero	Jóvenes de 15 a 19 años en situación de calle	Prevención y atención
LUNA: luz de amor y esperanza en la oscuridad	Jóvenes de 12 a 18 años en situación de calle	Atención y prevención
Soy, comunico y pertenezco	Jóvenes de 15 a 19 años	Prevención
Alianza juvenil contra la discriminación y por la prevención del VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con otros hombres	Hombres que tienen sexo con otros hombres	Prevención
Consejería en VIH/SIDA	Público en general	Prevención
Replicadoras de la Salud y Atención a mujeres trabajadoras del sexo comercial.	Mujeres trabajadoras del sexo comercial	Prevención
Albergue Casa Árbol de la vida	Enfermos crónicos	Atención
Programa Estatal de VIH/SIDA e ITS del estado de Morelos	jóvenes, adolescentes, hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres en edad fértil, bisexuales, heterosexuales y migrantes	Prevención y Atención
Programa de atención para personas con VIH/SIDA	Derechohabientes	Atención

Experto en la evaluación de programas	Instituto Nacional de Salud Pública
---------------------------------------	-------------------------------------

4.6 Tipo de estudio

Se trata de una investigación clasificada como estudio exploratorio-descriptivo. Exploratorio porque busca una cercanía con la evaluación de los programas del objeto de estudio dentro del campo de la psicología social y ver cómo se relaciona dicho fenómeno con ciertos eventos que suceden a su alrededor. Descriptivo porque busca describir las características más importantes de dicho fenómeno, con relación a su aparición, frecuencia y desarrollo (Pick y López, 1979).

4.7 Diseño

El presente estudio se ubica en la categoría de investigación no experimental, como la define Kerlinger (1994), “una investigación científica que busca sistemáticamente las relaciones y las pruebas de hipótesis, que no son experimentales y se llevan a cabo en situaciones reales de la vida, como comunidades, escuelas, fábricas, organizaciones e instituciones”.

Además, está clasificado como transversal, debido a que “recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único, describe variables y analiza su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández, Fernández y Baptista, 1998, pp 186-187).

4.8 Instrumentos

En la presente investigación, se utilizó una *entrevista semiestructurada*, elaborada a partir de una guía llamada *Evaluando Proyectos de Prevención de VIH/SIDA: Un Manual con Enfoque en las Organizaciones no gubernamentales*. Esta entrevista contó con 13 preguntas que indagan diferentes aspectos en la evaluación de sus programas, clasificándose en cuatro categorías: diseño-conceptualización, desarrollo o implementación, evaluación de resultados y propuestas.

La entrevista, como la definen Taylor y Brogdan (1998) se puede entender como los: ...reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes. encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

De la misma forma, se utilizó el *documento escrito* como parte importante de la investigación para contextualizar el propósito de este estudio.

4.9 Escenario

Las entrevistas se realizaron en diferentes zonas geográficas del Distrito Federal, así como el estado de Morelos, dependiendo las direcciones de cada ONG así como de las Ig y el experto; estos espacios fueron los centros de trabajo, o bien

los escenarios de intervención, todos contaban con las condiciones idóneas para efectuar la investigación.

El realizar la entrevista en los lugares de los informantes claves, permitió el desenvolvimiento de los mismos, así como flexibilidad en la misma entrevista. Por lo tanto, la elección del método de investigación esta determinada por los intereses de la misma investigación, las circunstancias del escenario y por las limitaciones prácticas que enfrenta el investigador.

4.10 Procedimiento

Primera fase

Se llevó a cabo una revisión teórica exhaustiva del objeto de estudio a través de tesis, libros, revistas nacionales e internacionales, artículos de internet, así como la asistencia a caminatas nocturnas, ferias de sexualidad y eventos organizados por el Día Mundial de Lucha contra el SIDA (1 de diciembre). Posteriormente, se diseñó una entrevista semiestructurada con base en la revisión anterior, la cual se piloteó con expertos en VIH/SIDA y en metodología. Las correcciones realizadas a la entrevista se consideraron al cambiar parte de la estructura de la misma. Se finalizó con una entrevista con 13 reactivos, clasificados en: diseño, conceptualización, desarrollo o implementación, evaluación de resultados y propuestas (Ver anexo 1).

Aquí cabe mencionar que se modificó la entrevista para las instituciones gubernamentales ya que las preguntas estaban más orientadas a las políticas públicas (Ver anexo 2).

Una vez hecho esto, se localizó un directorio de las ONG'S e Ig que trabajan en VIH/SIDA, en el Distrito Federal y el estado de Morelos, y se les hizo una invitación por correo electrónico para que participaran en dicha investigación (tiempo esperado un mes). Sin embargo, la respuesta fue nula, por lo cual se contactó a los coordinadores, presidentes o directores de estos organismos vía telefónica. Posteriormente, se concertó la cita con los informantes clave.

Segunda fase

El trabajo de campo se realizó entre los meses de diciembre y marzo, recolectando la información a través de una entrevista semiestructurada para los informantes clave de las ONG'S e Ig, y asistiendo a su lugar de trabajo. El consentimiento informado y la autorización para grabar la entrevista se efectuó de manera oral.

Al concluir la entrevista, se les solicitó una copia del programa de VIH/SIDA del que me habían hablado. Cabe mencionar que algunos organismos lo enviaron posteriormente por *mail*, pues no lo tenían disponible en ese momento.

Es necesario señalar que algunas ONG'S proporcionaron parte de su material didáctico que utilizan para la prevención del VIH/SIDA.

Tercera fase

Una vez transcritas las entrevistas, con una duración aproximada 45 a 60 minutos, se pasó al tratado de la información por medio de un programa informatizado llamado Alceste⁵ versión 4.5. complementado con un análisis de contenido tradicional para una mayor comprensión del objeto de estudio.

El propósito de estos análisis fue identificar, dentro de las categorías ya establecidas, los indicadores más importantes para realizar la comparación en los dos grupos y, con ellos continuar con la Interpretación y discusión de la investigación, aunque las categorías pueden variar respecto al discurso del entrevistado.

⁵ Es un método de análisis de datos textuales Alceste (Análisis Lexical de Coocurrencias de Enunciados Simples de un Texto), pero no sólo es un método de análisis de datos textuales, sino que también permite el descubrimiento de relaciones entre universos lexicales que serían difíciles de encontrar por medio de los métodos de análisis de contenido tradicionales (De Alba, 2004).

4.11 Desarrollo del proceso de evaluación

La información que se obtuvo de los documentos escritos y de las entrevistas, se conjuntó para realizar un análisis de contenido minucioso, por lo cual se elaboraron cuatro categorías con sus respectivos ejes temáticos:

- A) **Diseño-conceptualización.** Se refiere a los aspectos previos para diseñar un programa o proyecto.
 - *Relevancia.* Se refiere a si el programa o las actividades son necesarias y si responden a necesidades concretas y definidas. Si el programa está adecuadamente diseñado para satisfacer las necesidades y las demandas de la comunidad y si el problema que nos proponemos resolver es relevante, es decir, tiene importancia para la comunidad.
 - *Terminología.* Se refiere a como conceptualizan los informantes claves aspectos básicos de VIH/SIDA y programa.
 - *Objetivos.* Se refiere a definir qué desea lograr en su programa a fin de solucionar o aliviar el problema.

- B) **Desarrollo o implementación.** Se refiere a las estrategias, actividades o acciones que se estructuran para desarrollar su programa.
 - *Estrategias.* Se refiere a la serie de actividades que se realizan en forma secuencial y sistemática, a fin de lograr un objetivo.
 - *Recursos.* Son los elementos tangibles e intangibles utilizados por una o más personas para implementar una estrategia y lograr un objetivo. Son personas, materiales o financiamiento.
 - *Efectividad.* Determina en qué medida los resultados alcanzados están contribuyendo al cumplimiento de los objetivos planteados por el programa.

- C) **Resultados.** Se refiere al impacto que se generaron de las acciones efectuadas y los posibles problemas. Entendiéndose por impacto a los logros o efectos, normalmente a largo plazo, de un programa.

D) **Propuestas.** Se refiere a los aspectos prioritarios o importantes que, desde la perspectiva de cada informante, deben ser abordados.

4.11 Análisis de datos

Los datos obtenidos (programas escritos, producciones discursivas y material didáctico) fueron tratados mediante el método ALCESTE, el cual es un programa informatizado para el análisis de textos, creado por Max Reinert (1986) en el marco de una investigación sobre el desarrollo de métodos de análisis de datos lingüísticos, iniciada por Benzécri (1981) en Francia. Dentro de su fundamento teórico, Reinert (1998) propone que el discurso evoca el camino azaroso de la conversación y de la entrevista, antes de referirse a una forma ya construida, hablada o escrita, de pensamiento. En otras palabras, comienza con una disertación atropellada, a veces contradictoria, sobre las primeras intenciones para convertirse al final en una argumentación más ordenada y clara. Por lo cual todo discurso expresa un sistema de "mundos lexicales"⁶ que organizan una racionalidad y da coherencia a todo lo que el locutor enuncia (De Alba, 2004).

Estos mundos lexicales pueden estudiarse entonces a través del análisis de la organización y distribución de las palabras principales co-ocurrentes en los enunciados simples de un texto, en otras palabras, que esta metodología se focaliza en la distribución estadística de sucesiones de palabras que componen los enunciados de un texto, sin tomar en cuenta la sintaxis del discurso, sino únicamente la "co-ocurrencia" o presencia simultánea de varias palabras funcionales o principales. Técnicamente los mundos lexicales son un conjunto de palabras principales que tienen una organización habitual (repetitiva) en el discurso y que se refieren a algo similar. El objetivo de Alceste es poner en evidencia los mundos lexicales más frecuentes que componen un discurso. Por lo cual el reto de Alceste consiste en explicar por qué el vocabulario específico se asocia entre sí de cierta manera, haciendo referencia un mundo lexical que se

⁶ Un mundo lexical es evocado por el conjunto de palabras que constituyen una frase o un fragmento del discurso, independientemente de su construcción sintáctica.

diferencia de otros que también componen el discurso analizado. En este sentido, Alceste es un programa que ayuda principalmente a realizar un análisis exploratorio de un texto con la finalidad de descubrir los significados que éste ofrece por sí mismo, sin imponerle las categorías preestablecidas por el analista (De Alba, 2004).

Alceste se complementa con un análisis de contenido, el cual puede definirse como: ... “una técnica de investigación que consiste en el análisis de la realidad social a través de la observación y del análisis de los documentos que se crean o producen en el seno de una o varias sociedades” (López-Aranguren, 1986). O la definición clásica de Bardin (1996),: una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación.

Por otro lado, Krippendorff (citado por López –Aranguren, 1986) indica que dicha técnica de investigación se utiliza para hacer inferencias reproducibles y válidas de los datos en el contexto de los mismos; es decir, no se limita al contenido manifiesto de los mensajes, sino que puede extenderse a su contenido latente.

La primera fase del tratamiento de la información, consiste en un análisis categorial que corresponde a un análisis descriptivo. Se trata de la fase “objetiva y sistemática” que desglosa la comunicación en categorías. Este tipo de trabajo requiere delimitar “unidades de codificación”. Esta fase no basta para definir el análisis de contenido. La segunda etapa consiste en la “inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción (...), con la ayuda de indicadores (cuantitativos o no) (Portouis, J. y Desmet, H, 1992).

Portouis y Desmet (1992) señalan que para comprender el contenido se tendrá en cuenta:

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

- El contexto sociocultural que influye en el informador; la coyuntura del momento; las intenciones del actor y de su sistema de pensamiento; las presiones o convenciones sociales y el destinatario.
- Los datos personales del informador: datos psicológicos ocasionales o permanentes, influencias externas , génesis de las opiniones, etcétera.
- El contexto literario que influye en él y que son: claridad y vocabulario.

Lo anterior permite alcanzar una interpretación llena de finura y matices, pero cabe señalar que permite demasiado el subjetivismo del investigador.

En el siguiente capítulo, se presentan los resultados del análisis llevado a cabo por ALCESTE y el análisis de contenido de los programas escritos, las entrevistas y el material didáctico que fueron proporcionados.

Capítulo 5

RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación se obtienen a partir del análisis que lleva a cabo el programa informatizado llamado Alceste versión 4.5. complementado con un análisis tradicional de contenido. En primer lugar se exponen los resultados de las organizaciones no gubernamentales, posteriormente las instituciones gubernamentales y finalmente el experto en evaluación de programas.

A continuación se describe cada uno de los programas evaluados, teniendo en cuenta que sólo se cuenta con datos escritos y la entrevista de los informantes clave(lc).

5.1 Descripción de los programas no gubernamentales

a) *PrevenSida Callejero*
El Caracol A.C.

El programa *Prevensida Callejero* es uno de los distintos programas que maneja El Caracol A. C. Su **antecedente**: la falta de atención a una población joven por parte de las instituciones y por la muerte de dos "chavos" cercanos con los que trabajaban. El **objetivo** del taller: promover la prevención, para evitar el contagio de ITS y en particular del VIH/SIDA. Éste se desarrolló a partir de una investigación de grupos focales y de la observación de las condiciones adversas en las que los chicos practicaban su sexualidad. El **procedimiento**: un taller que consta de cuatro sesiones, independientes una de otra, pero que conforman una unidad, diseñada de tal manera que la información se pueda asimilar. Cada sesión inicia y termina con una dinámica, con lo cual se pretende reforzar la información, aclarar dudas y explorar cómo viven los "chavos" su sexualidad. El trabajo con ellos dura aproximadamente 8 semanas y tiene la finalidad de conocerlos e integrarlos al programa de la casa transitoria. Las 4 primeras semanas se emplean

para un diagnóstico grupal (conocer el contexto del lugar y factores de riesgo, planear la estrategia de intervención con el grupo), apoyado por entrevistas en video en las que participan los chicos al inicio y al final. La **metodología**: investigación-acción (ver, pensar- actuar), que les permite tener información para elaborar los materiales de acuerdo con las características de la población a la que están dirigidos. La **población-objetivo**: jóvenes de 15 a 19 años en situación de calle. Los **materiales educativos**: diapositivas, video proyector, cañón, dinámicas de plastilina, historias, recuperación de historias orales, creación de cuentos, video llamado *La calle, el deseo y otros cuentos* y un paquete educativo Dx calle (x calle modo de vida, x calle salud reproductiva y un juego de cartas y Tú qué?). Su **cobertura**: Merced, Canal del Norte, San Lázaro, mercado de Morelos, la Alameda, Niños Héroes, Toreo, Observatorio, La Raza y San Lorenzo Tezonco.

b) *Programa LUNA: luz de amor y esperanza en la oscuridad*
Fundación Casa Alianza, México I.A.P.

El **objetivo** es brindar atención integral con calidad y calidez a *niñ@s* y *jóvenes* en situación de calle, respecto al área sexual y el VIH/SIDA. La **población objetivo**: adolescentes de 12 a 18 años en situación de calle. Las áreas de trabajo son:

1. VIH/SIDA
2. Sexualidad
3. Explotación sexual infantil

El área de **VIH/SIDA** se divide en tres niveles: prevención, atención a portadores y atención a la familia de los portadores. El **nivel de prevención** tiene como **objetivo** brindar información y orientación a *niñ@s* y *jóvenes* en situación de calle acerca del VIH/SIDA. Las etapas de trabajo en esta área son:

- Etapa de calle
- Etapa de residencia de Casa Alianza
- Aplicación de prueba para VIH

-
- Consejería Pre y Post prueba
 - Capacitación al personal
 - Seguimiento, estabilización y canalización

El **segundo nivel** es la **Atención a portadores de VIH** con el **objetivo** de ofrecer atención integral a la población portadora del VIH en fase asintomática, terapia psicológica individual, que se busca la estabilidad emocional y, finalmente, la canalización para recibir tratamiento. El **tercer nivel** es la **Atención a la familia de portadores de VIH**, cuyo **objetivo** es brindar orientación, apoyo y contención a los familiares de los jóvenes que estén infectados de VIH/SIDA.

En el área de **Sexualidad** el **objetivo** es brindar atención integral referente a sexualidad a la población residente de Casa Alianza, por lo cual se subdivide en **prevención**, proporciona información sobre sexualidad a la población residente de Casa Alianza bajo el subprograma “MQMC”¹. La **atención** tiene la finalidad de detectar y atender problemas de salud sexual. Por último, la **canalización** cuyo objetivo es canalizar hacia las instancias convenientes a los jóvenes que requieran atención especializada.

En el área **Explotación Sexual**, el **objetivo** es proporcionar atención integral a la población residente de Casa Alianza, involucradas en la explotación sexual.

El **procedimiento**: los educadores de calle contactan a los chicos desde sus puntos de encuentro y cuentan con tres ejes temáticos: adicción, sexualidad y factores de riesgo y los canalizan a las instalaciones de la Fundación a los jóvenes. La **cobertura**: Delegaciones Cuahutémoc, Benito Juárez, Venustiano Carranza, Gustavo A. Madero, Ecatepec y Coacalco. El **material didáctico**: un taller didáctico que proporciona información sobre sexualidad, ITS, VIH y cambios físicos.

¹ Subprograma del área de sexualidad. Ilamado “Me quiero, me cuido” con el objetivo de detectar problemas relacionados con la sexualidad para canalizarlos.

c) *Proyecto Soy, Comunico y Pertenezco*
La Manta de México A.C.

El **antecedente** del proyecto: la realidad de que los jóvenes de la ciudad de México viven en situaciones y entornos culturales complejos; algunos mitos y creencias en torno a la sexualidad, limitan la toma de decisiones informadas, sanas y responsables. El **objetivo general**: ofrecer información sobre sexualidad y VIH/SIDA. El **procedimiento**: hablar de sexualidad a los chicos, enfocándose en las propias necesidades de los jóvenes y en sus vivencias, desde lo teórico hasta lo práctico, y ampliar con ello los temas de sexualidad y VIH/SIDA en lo cotidiano. Todo esto se hace a través del método de enseñanza deductivo (simple a complejo, general a particular), en el que se involucran a partir de la socialización. Al final los chicos deben realizar un manta conmemorativa^Ψ. La **población-objetivo**: jóvenes de 15 a 19 años (de preparatorias). Su **enfoque teórico** es holístico-cognitivo, que recuperan los cuatro holones de la sexualidad (vínculos afectivos, erotismo, género, reproductiva) que dan la posibilidad de internalización de nuevos saberes. Los **materiales didácticos**: dinámicas participativas, interactivas, tríptico de información, condones de diferentes tamaños, texturas, olores, colores, (hombre y mujer), postales con diez palabras impresas, que se relacionan con la metodología del taller y, finalmente, la manta de expresión donde los jóvenes manifiestan la vivencia dentro del taller, desde un aprendizaje colectivo. La **cobertura**: preparatorias del Gobierno del Distrito Federal.

^Ψ De ahí, el nombre del organismo.

d) *Alianza Juvenil contra la discriminación y por la prevención del VIH/SIDA en Hombres que tienen sexo con otros Hombres en la Ciudad de México*
La Manta de México A.C.

El **antecedente** se inicia en la Universidad para brindar prevención a la población de hombres que tienen sexo con otros hombres, se divide en distintas fases, que inician desde el 2001. El **objetivo general**: mejorar la salud sexual de hombres que tienen sexo con otros hombres, a través de estrategias culturales. A partir de ahí, se desglosan los objetivos dependiendo del taller, por ejemplo, taller de placer y sexo anal, esto es: aumentar el conocimiento sobre VIH/SIDA e ITS's, las contraindicaciones y el placer del sexo anal; en el otro objetivo, se fortalecen las técnicas de negociación del uso del condón y se mejoran las actitudes de tolerancia hacia la diversidad sexual. Es importante señalar que se describen los indicadores de cambio, los logros esperados, la fuente de verificación, así como el supuesto.

El **procedimiento**: llevar a cabo la apertura de los distintos talleres, cada mes y cada dos semanas se rotan. Los talleres actuales son: infecciones de transmisión sexual, personas que acaban de saber su condición y sexo, y placer anal. La **población-objetivo**: hombres que tienen sexo con otros hombres(HSH). El **enfoque teórico**: la promoción de habilidades. La **cobertura**: Ciudad Universitaria, delegación Cuahutémoc y Nezahualcóyotl. El **material didáctico** no se menciona.

e) *Programa de Consejería en VIH/SIDA*
Fundación Mexicana de Lucha contra el Sida A.C. (Fundasida)

Esta Fundación maneja dos programas. Uno que esta dirigido a los prestadores de servicio social y otro como sustento de la consejería de prevención para la atención a usuarios. Para el propósito de la investigación, se consideraron ambos programas, y con ello realizar una mejor evaluación.

Los **antecedentes**: ellos vienen trabajando desde hace 17 años en consejería de VIH/SIDA y surge como una necesidad de atención psicológica de los individuos, la pareja, la familia y la comunidad. El **objetivo general**: proporcionar atención psicológica y/o apoyo emocional a las personas afectadas por el VIH/SIDA/ITS. El **enfoque teórico**: el *counselling*, que es un modo de tratar cara a cara con la personas para que sea ésta quien tome sus propias decisiones y repercutan en la búsqueda de su propio plan de salud de prevención de VIH. El **procedimiento**: por una parte, capacitar a los prestadores del servicio social para que puedan brindar esa atención psicológica y por otro, que la persona que va a pedir ayuda tenga la confianza y tenga asesoría pre-intermedia y post para mitigar sus emociones. La mayoría de la gente que va es por recomendación. La **población objetivo**: población en general y estudiantes de psicología en los últimos semestres. La **cobertura**: no se especifica, ya que es por recomendación, pero la comunidad cercana los identifica y los prestadores son de la UNAM, y la UCLA. El **material didáctico**: en el caso de los prestadores, lecturas y en los pacientes, no se especifica.

- f) *Programa: Replicadoras de la Salud y Atención a mujeres trabajadoras del sexo comercial. Taller: Prevención ITS-VIH/SIDA*
Mujeres Contra el Sida A. C.

Este programa está dividido en varios talleres: autoestima, mujer, mitos y realidades y prevención de ITS-VIH/SIDA. Por el objeto de estudio se analizará el último taller. El **antecedente**: inicia con la prevención a partir de 1988, pero no especifica el por qué. El **objetivo**: brindarle información y educación a las mujeres trabajadoras del sexo comercial a través de la sensibilización. El **procedimiento**: el primer contacto se da con las mujeres en la vía pública. El acercamiento se inicia con una plática informativa para ver cuáles son sus necesidades y, después que ya se ganó su confianza, se gestiona para que asistan a los talleres y posteriormente se genere una dinámica de acción e interacción, cuya finalidad es generar liderazgos dentro del grupo y ellas sean replicadoras del taller. La

duración depende del taller, hay uno de 20 minutos y otro hasta de 3 horas, mismo que se divide en media hora cada día. La **población objetivo**: mujeres trabajadoras del sexo comercial. La **cobertura** no se menciona. El **enfoque teórico** no se menciona. El **material didáctico**: los talleres con su manual de instructora y participante, tarjetas sobre VIH/SIDA e ITS, diapositivas, acetatos con diferentes dinámicas como son: concientización, lamentación, afirmación, erotización, negociación y sensibilización.

g) Enfermos anónimos Casa Árbol de la vida A.C.

En esta casa no manejan un programa, sólo es un “albergue” para enfermos de cáncer, SIDA, parálisis, Alzheimer , retraso mental, Corea de Hutchinot, lisiados, ancianos, parálisis cerebral, entre otros. El **antecedente**: en 1978 se crea esta casa para enfermos con la finalidad de ayudarlos. El **objetivo**: mejorar el servicio asistencial, dando atención a los pacientes en total abandono (desahuciados) que ya no cuenten con familiares y que no tengan recursos. El **procedimiento**: recibir a cualquier persona que, en primer lugar, sea enfermo crónico con un diagnóstico y que esté en total abandono; ahí se les dan terapias ocupacionales y grupales, aunque no se especifica quiénes las dan y en qué consisten. La **población objetivo** como ya se mencionó, son enfermos crónicos en situación de abandono. La **cobertura** no se menciona. El **financiamiento** es a través de donativos de la iglesia católica o de alcohólicos anónimos, y puede ser en recursos económicos o en especie.

5.2. ALCESTE y Organizaciones no gubernamentales

Los resultados del análisis arrojaron clasificaciones jerárquicas descendientes idénticas en los dos análisis, con 7 clases cada una y la misma estructura de relación entre ellas, por lo que se considerada como una clasificación confiable.

Las siete entrevistas de las organizaciones no gubernamentales obtuvieron una clasificación jerárquica descendiente que reagrupó el discurso en un 70.48 % de unidades de contexto elemental (uce) en 7 clases (cada clase agrupa el vocabulario propio de cada universo semántico específico), estas se dividieron en cuatro grandes ramificaciones I (clase 3), II (clases 5 y 7), III (clases 1 y 2) y IV (clases 4 y 6), en función de que estas contienen universos semánticos similares, en comparación con la clase 3 que se encuentra más distante de las otras seis (ver figura 1).

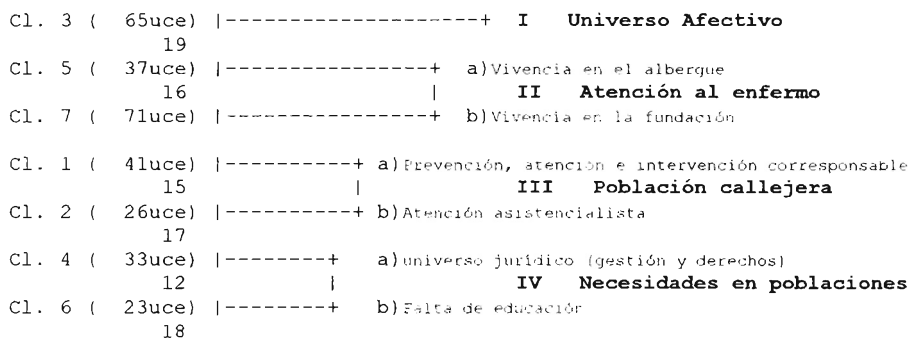


Figura 1. Dendrograma de clases estables

En el dendrograma² anterior se observan las cuatro ramificaciones (I. Universo Afectivo; II. Atención al enfermo; III. Población Callejera y IV. Necesidades en poblaciones). La primera ramificación, la clase 3 es la discriminada, pues se separa de las otras tres ramificaciones; las clases 5 y 7 (II); clases 1 y 2 (III), se encuentran relacionadas entre sí con el discurso de la población objetivo. Las clases 4 y 6 son las últimas ramificaciones. El nombre de

² Gráfica que indica el número de clases, su estructura y forma de relación entre ellas (De Alba, 2004).

las ramificaciones se consideran a partir del vocabulario específico de cada clase y las uce más representativas de las mismas³.

I UNIVERSO AFECTIVO⁴

La ramificación I (clase 3) es la discriminada de los universos semánticos de las seis clases restantes que reagrupó el 21.96% de las uce, que destaca el universo afectivo, es decir, la importancia de valorar los aspectos relacionados con la sexualidad, incluyendo el VIH/SIDA a partir de lo significativo de los seres humanos.

Tabla 1

Vocabulario específico de la I: Universo Afectivo
Clase n° 3 => Contexte C

<p>taller+(21), decisiones(8), nosotros(27), sexualidad(14), vivenci+(6), plac+er(4), vari+er(5), caracteris<(8), area+(6), conceptual+(5), hacemos(4), implica(4), momento+(9), organizacion+(5), primero(7), toma(5), vih(16), import+ant(11), acuerdo(4), campana+(2), conflicto+(2), dar(4), eje+(5), escuela+(5), experiencia+(6), funcion+(3), humano+(5), identificar(4), lo(27), manta+(2), mito+(4), nuestra+(3), padre+(4), propuesta+(4), relacion+(7), tanto(4), teoria+(3), toda+(6), tomar(4), trabajamos(5), transmision(4), uno+(8), varios(3), podemos(5), proyecto+(7), principa+1(3), entr+er(3), prim+er(6), responsa<(3), alguien(3), basicamente(3), contenidos(3), usar(3), dur+er(1), algo(4), amor(2), concepto+(3), cuenta(2), cuerpo(4), cuestion+(1), ejemplo(8), ejerce+(1), evaluacion+(2), hablamos(2), hablando(1), hacerse(2), infeccion+(5), intervencion(1), manual+(1), marco(2), primaria+(1), sentido+(3)</p>

Al analizar las palabras que tuvieron una mayor frecuencia (ver tabla 1) se observa un programa con trabajo en conjunto llevado a cabo por una organización donde la principal característica es trabajar con las emociones, sentimientos y conductas, de la misma manera el conjuntar la sexualidad con el tema del VIH/SIDA. Lo anterior nos remite invariablemente a reconsiderar el descubrimiento de nosotros como principales tomadores de decisiones (*identificar, decisiones, toma*) a partir de un taller vivencial (*vivenci+, taller+*). El hecho de que esta clase (3) se separa de las otras indica que se trata de una forma particular en su mundo

³ Los títulos asignados a cada clase forman parte del trabajo interpretativo del utilizador y serán ratificados o modificados de acuerdo con los análisis complementarios que proporciona Alceste.

⁴ Esta categoría se obtuvo a partir del discurso de la informante clave de La Manta A.C., específicamente del programa "Soy, comunico y pertenezco"

lexical. El universo afectivo conlleva a esta parte de un aprendizaje significativo a partir de las propias experiencias individuales o colectivas.

Partiendo de las categorías antes mencionadas (ver capítulo cuatro) se iniciará con los indicadores de diseño y conceptualización en este programa. Lo cual se puede representar con los ejemplos de las uce representativas de esta clase (3).

El conocimiento de la realidad se hace a partir del diagnóstico de la situación (relevancia), ya que las escuelas solicitantes se les hace un breve cuestionario para detectar que temas a abordar en el taller.

87-36 entonces básicamente también de acuerdo a las características de los grupos, hay grupos por ejemplo que piden conferencias o talleres, generalmente nosotros trabajamos con la dinámica como mas la vivencia de los seres humanos y a-partir-de ahí las responsabilidades que puedas tomar en relación con la sexualidad y vih\$

La concepción del término programa para esta informante implica tener un marco teórico específico para llevar a cabo las estrategias en conjunto. En la misma línea se concibe el VIH como un virus que se introduce en el organismo y trae consecuencias clínicas, sin embargo es necesario aprender a vivir con el.

...programa implica para nosotros el que haya toda una cuestión metodológica de sustento y también una cuestión teórica.

...es un virus que una vez que entra al organismo ya no sale, ahí la importancia por qué no centrarnos en otro tipo de información, pues porque el virus esa es la característica, la gente que se infecta con el virus del VIH/SIDA sabe que tiene el virus dentro y lo que tiene que hacer es aprender a vivir con eso ¿no?''.

...decir que una persona tiene SIDA es ya entrar, a una etapa terminal, a una etapa donde ya presenta cierto tipo de sintomatología, donde incluso ya los cuidados tienen que ser diferentes.. el SIDA ya es el desarrollo del virus como tal...

Lo anterior indica un saber predominantemente médico en la terminología de los elementos que conforman esta epidemia. También en el programa se consideran tres elementos que son: procedimentales, actitudinales y conceptuales, es decir, las tres formas de llegar a una representación social o puede ser una analogía con la representación social información, campo representacional y actitud. Los procedimentales son los aspectos que se valoran como forma de vida más sanas; los conceptuales con los tres elementos de SOY, COMUNICO Y

PERTENEZCO y así reflexionar sobre sus propios saberes y, finalmente los actitudinales que son la actitud ante una decisión, es decir, para poder prevenir el VIH/SIDA es necesario ejercer su sexualidad con placer y disfrutarla plenamente lo que implica tomar decisiones.

Es un taller vivencial el cual parte de la identificación del ser humano con sus propias experiencias, mitos, creencias, pero que los jóvenes tomen la decisión dentro un marco conceptual, actitudinal y procedimental.

En este sentido, el trabajo interdisciplinario es básico para el diseño y conceptualización de un programa que incorpore principalmente los afectos del ser humano (y éxito del mismo), desde la pedagogía, psicología y comunicación, viéndose esto reflejado con el material didáctico orientado a este universo (postales dinámicas).

Por áreas hay grupos de personas, en este caso, el área que a mi me toca que son los talleres, para poderlo elaborar hay una experiencia del área pedagógica y el área psicológica, donde eh apoyamos en el sentido de la formación, la experiencia viene de un modelo interactivo para trabajar con los chavos, el proyecto se aplica a todos los niveles desde primaria hasta licenciatura...como material tenemos tres POSTALES que van reforzando los contenidos del taller.

También, la importancia de un marco teórico como base en el diseño y planeación de un programa cobra importancia por la efectividad a largo plazo que pueda tener el mismo, es decir, el receptor debe ser parte activa del mismo proceso de enseñanza-aprendizaje.

121 10 #hacemos mucho énfasis que es #importante hablar siempre en #primera persona y asumir los sentimientos que cada quien o que cada #uno #tenemos un #ejemplo de #ellos es que/

99 28 en los #conceptuales porque es #importante que #ellos ubiquen por #ejemplo un #concepto de #sexualidad que sea global que es #lo que hace la #teoría de los #sistemas\$

Por ejemplo, esta organización (La Manta A.C.) utiliza la teoría de sistemas de Eusebio Rubio donde involucra la integración de varias potencialidades del ser humano como: vinculo afectivo (sentimientos hacia los otros), erotismo (respuesta fisiológica en el cuerpo), género (roles sociales y sexuales que nos tocan dentro de una sociedad) y la reproducción (decisión de tener hijos a mediano o largo plazo).

Lo anterior significa considerar al ser humano integral con afectos y cuerpo insertado en una sociedad en la cual puede elegir.

Este programa, se encuentra dentro de una organización que trabaja con mantas conmemorativas de gente que muere por VIH/SIDA, las cuales son una herramienta de sensibilización para el trabajo con jóvenes y niños.

111 12 después #ellos #hacen #algo que se llama una elaboración de una #manta de expresión que es #el #hecho de recuperar #las #vivencias y #experiencias que tuvieron dentro del #taller en un lienzo de tela y entonces a-partir-de ahí #nosotros #hacemos una/

Una de las temáticas del taller es la desmitificación de la sexualidad en todos los aspectos, lo que puede generar cambios en el individuo.

117 21 #nosotros una de #las #áreas #principales de los #talleres es romper los #mitos que hay acerca de la #sexualidad, los #mitos son muy #padres en #el caso de la #sexualidad nos generan #conflicto si entonces empezar a derribar #mitos de la #sexualidad a #ellos hace que les sea atractivos #cierto #tipo de #contenidos por #ejemplo cuando #hablamos del tamaño del pene/

La importancia de manejar la sexualidad y el VIH/SIDA juntos abre un panorama al trabajo innovador de los programas en las organizaciones y así poco a poco reducir la propagación de la epidemia y llegar a trastocar los afectos de los individuos.

89 22 #nosotros #uno de los #ejes #principales que tiene la #organización es #el #vih que #lo juntamos con la #sexualidad porque la #sexualidad no esta separada de #lo que somos #como seres #humanos,

98 33 para #nosotros #uno de los #ejes #principales #tanto para evitar #el #vih #como para #ejercer su #sexualidad con #placer con disfrute es justamente la #toma de #decisiones, saber cuando si #deciden tener #relaciones y de que manera #deciden tener #relaciones,

La flexibilidad del taller permite la intervención en distintas poblaciones, no sólo en la objetivo, en otros términos, se interviene desde primaria hasta licenciatura con su propio diagnóstico de cada una.

101 12 #las prepas, #el #proyecto la #característica del #proyecto es que de #acuerdo a los #contenidos que vamos manejando se van aplicando en distintas #áreas, hemos trabajado, por #ejemplo, con #primarias este mismo #proyecto #hablamos de #sexualidad con los chavos de #primaria quinto y sexto y eh se van adecuando los #contenidos de #acuerdo a #las #características de la población\$

En las estrategias de intervención del programa, es fundamental la sensibilización porque conlleva al rescatar las vivencias del ser humano y a responsabilizarte en las decisiones referente a la sexualidad y el VIH/SIDA.

133-14 entonces por ahí #empezamos a rescatar #las #vivencias o #las #experiencias que #ellos tengan para que le podamos #dar forma y continuidad al #taller\$

El financiamiento principal de este programa es en dos líneas: a) a partir de donativos por algunas empresas y b) financiamiento temporal. Lo anterior en base a la participación constante de las distintas convocatorias de la Secretaría de Salud.

133-14 #las ong #básicamente son donativos o #proyectos que son financiados #durante #cierto #tipo de tiempo\$

La relación entre los objetivos del programa y los resultados esperados se observan en dos aspectos: 1) el constante cambio en el ser humano y 2) el interés por parte de las instituciones hacia este taller. En el primer aspecto, la gran variedad de sentimientos, emociones y pensamientos del individuo no “permite” la “efectividad” esperada, sin embargo, si se puede responsabilizar nuestro sentir, pensar y actuar lo que conlleva a hacerse responsables de las decisiones que se tomen. En el segundo, implica una responsabilidad por parte de la Institución para informar sobre este tema, en otras palabras, la importancia es no ir a ofrecer, sino tienen que ser llamados y después de un asunto burocrático llegan en el caso de los padres de primaria o secundaria aunado con un taller de reforzamiento con los padres.

124 14 18 a 20 años pues pocos de #nosotros sabemos si es #el #amor de #nuestra vida, es #el #amor de la vida de ese #momento entonces la invitación con #ellos es en ese #sentido #hacerse #responsables en #las #decisiones que tome y que también la comunicación que es muy #importante que saber si #lo que estamos #diciendo esta llegando/

La evaluación permanente del proyecto ha hecho que lleguen a las metas propuestas.

106 12 #nosotros atendimos a los chavos y #uno de los compromisos que #tenemos cuando #nosotros aplicamos #talleres es entregarle a #las instituciones publicas o privadas #toda la #evaluación que #nosotros #tenemos acerca de la #intervención;

La evaluación se lleva a cabo desde el compromiso que se hace con las escuelas o grupos a intervenir, es decir, se les entrega el diagnóstico después de la intervención. Una monitoreo al inicio y al final para evaluar sus conocimientos inmediatos y después identificar la efectividad en lo significativo.

112 16 retroalimentación con #ellos se le propone de #acuerdo al diagnostico que #nosotros habíamos encontrado se le regresa los resultados a la #escuela y la #escuela #toma #decisiones en #función de que si quiere #llevar un seguimiento o no,

Dentro de los resultados que se pueden observar están los únicamente los instantáneos, es decir, los que se ven al finalizar el taller por la voz de los actores. Una limitación es que la intervención se refleja en la mayoría de los casos a largo plazo, sin embargo, esto se puede subsanar con un seguimiento en un tiempo determinado o la apertura de un foro de discusión vía internet para los participantes del taller.

...los cambios que nosotros podemos apreciar son instantáneos y son también de ese momento nosotros no podemos asumir que porque un chavo entra a un taller con nosotros la siguiente vez que decida tener relaciones sexuales va a usar el condón

Una problemática que la informante menciona se relaciona con las campañas de prevención, pues hacen una separación del VIH/SIDA y la sexualidad, lo que repercute en la toma de decisión de usar o no el preservativo. Por lo tanto, el reconocimiento de nosotr@s como seres humanos conllevaría a una mejor toma de decisión cuando tenga que usar o no condón, en otras palabras, la sexualidad es inherente al ser humano y se puede satisfacer de distintas formas.

136 26 #el error de muchas #campanas ha #sido separar justamente #estos elementos y #pensar que #tomar #decisiones en #función de #usar o no un condón que es #lo que te #puede ayudar a prevenir #infecciones de #transmisión sexual #como #el #vih/

Sin embargo, es necesario retomar una cultura de la salud como eje principal en la disminución de la epidemia y después el tema del VIH/SIDA.

140 13 ...es importante hablar primero de #sexualidad de una #cultura de la salud incluyendo a la #sexualidad y después hablar de #lo que #puede ser #el prevenir #el virus de #vih/ sida con #cierto #tipo de #características ¿no? entonces #como una #cultura de la salud yo creo que nos hace falta #el reconocimiento del #cuerpo ¿no? #identificar su propio #cuerpo y a-partir-de #ellos #tomar #decisiones sobre que es #lo que #podemos hacer/si vamos al médico o no vamos al médico...

Otra problemática es el desfase entre la teoría y la práctica, una buena analogía lo es hablar de sexualidad y VIH/SIDA, ya que algunos sólo consideran la parte informativa dejando de lado lo afectivo.

...se quedan en un plano informativo, solamente en un plano donde voy te doy la información y no me ocupo del siguiente proceso, es un poco lo que pasa la escuela nos dan los contenidos, nos dan conceptos salimos de la escuela buscamos trabajo y te dicen que sabes hacer cuando tu área es un área más mecánica que práctica estos conceptos te son de gran utilidad pero cuando llegas a un área más práctica que conceptual, entonces, empezamos a tener conflictos porque parece que la teoría esta desfasada de la práctica jamás en la vida nos enseñaron que estos dos elementos los podíamos enlazar para tomar decisiones...

Por lo anterior, rescatar la visualización de la sexualidad como un todo e incorporar el VIH/SIDA implica el reconocimiento primero de nuestro cuerpo, del otro y después una vinculación afectiva.

II ATENCIÓN AL ENFERMO⁵

Ila Vivencia en el albergue

La ramificación II (clases 5 y 7) representada por la atención hacia el enfermo que involucra la vivencia en el albergue (IIa) en dos perspectivas: a) vivencia siendo portador y b) discriminación de sus redes de apoyo. Y la clase 7 que se constituye a partir de los servicios que ofrecen en la Fundación(IIb), también en dos aspectos a) vivencia del usuario y b) el aprendizaje de los practicantes (vivencia del alumno). Como se puede corroborar en la siguiente tabla.

⁵ Esta categoría se denomino así por el vocabulario específico de cada clase y principalmente habla de dos programas. La clase 5 (Programa de atención en el Árbol de la Vida) y clase 7 (Programa de consejería en la Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA).

Tabla 2

Vocabulario específico de la II: Atención al enfermo

Ila: Vivencia en el albergueClase nº 5 => Contexte E
12.50 % uce**I Ib: Vivencia en la Fundación**Clase nº 7 => Contexte G
23.99 % uce

<p>paciente+(16), termina+1(6), fase(7), hospital+(6), aqui(9), humana(4), saben(4), cre+er(2), albergue+(3), alguno+(6), dicen(5), quedan(2), solamente(5), todo+(9), grave+(1), cas+er(3), repentin(2), atender(3), calida+(3), comida+(3), cuando(10), dejan(2), enfermedad+(3), especial+(1), familiar+(3), lugar+(6), necesita(1), requisito+(2), respecto(4), terapia+(3), tienen(7), vivir(2), yo(10), atencion+(5), est+(20), quieren(3), tampoco(2), pu+er(5), después(3), estan(5), creo(5), dinero(2), mejor(2), necesitamos(2), sigue(2), viendo(2), vienen(2), aller.(1), con+(17), religi<(1), aspecto+(1), chica+(1), dependencia+(1), discriminación(1), familia(1), haber(1), importancia(1), inmunodeficiencia(1), proceso(1), síndrome(1), trabajar(2)</p>	<p>gente+(19), present+er(4), consejero+(4), cuanto(5), deci+(16), estar(10), fundacion(7), incluso(6), interes+(5), lado(5), ningun+(5), person+(17), real+(4), servicio+(7), sintomatologia(5), una+(35), par+er(28), alumnos(3), captar(3), donde(14), empezar+(4), hizo(3), puedo(5), red+(4), sobretodo(3), tengo(5), integra+1(3), medica<(4), patron<(2), guadalajara(2), habia(3), hace+(14), mayoría(2), pueden(4), viene+(4), antes(5), espacio+(5), ir(4), poder(5), consult+er(2), algun+(8), condon+(5), debemos(2), desarrollar+(2), frente(3), hablar(6), infectada+(2), llegan(2), observado(2), pasan+(2), pasar+(1), resultado+(2), sabemos(2), sabe+(7), veces(5), virus(3), visto(3), socia+1(3), buen+(3), era(2), factores(2), malo(2), pasa(2), percepcion+(2)</p>
--	---

Por consiguiente, la atención que se da al enfermo/usuario en estos dos programas, varía en función de sus objetivos. En la clase 5 la atención (calidad humana) se vincula con las mismas características del albergue, que cubre sus necesidades básicas a través de proporcionarles refugio y "terapias" a pacientes en fase terminal y la realidad de los nosocomios referente al rechazo hacia los mismos.

381 31 al #paciente #con VIH/ SIDA se le otorga #albergue, #casa, vestido, #comida, sustento las #terapias grupales, las #terapias ocupacionales #con #respecto a #todo lo de información, #atención, el tratamiento #este, CONASIDA,

401 39 #respecto a los #hospitales #ya no los #quieren #atender a #pacientes en #fase #terminal #ya nada mas te #dicen #pues #ya no hay nada que hacer llévase a su #paciente aunque nosotros #vemos que no es #tan #grave la situación #ya no los #quieren #atender no se/

La escasa sistematización en el diseño y conceptualización de este programa se relaciona con los servicios que ofrecen y las condiciones donde se encuentran.

...es un conjunto de ideas en donde todos los internos comparten ... diferentes opiniones.

... es el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Es Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

mejorar el servicio asistencial dando atención a los pacientes en total abandono(desahuciados)que ya no cuenten con familiares y que no tengan recursos.

Llegada al lugar...

El portador o enfermo de SIDA llega al albergue de tres formas: 1) A partir de su resiliencia; 2) El estrecho vínculo con el grupo de Alcohólicos Anónimos (AA) y 3) el abandono familiar. En los últimos dos aspectos es fundamental cuestionar el papel de la sociedad y el proporcionar herramientas para el manejo de los seropositivos a nivel familiar y social.

392 13 en el caso de la gente #con vih, ellos #vienen #algunos por su #propio pie, otros son trasladados de alcohólicos anónimos porque alcohólicos anónimos casi no trabaja #con gente positiva aunque tenga problemas de adicción o de alcoholismo #algunos #cuando #ya #están en #fase #terminal en el caso de VIH/

395 28 #vienen #solamente como #cuando se abandona a un recién nacido te lo #dejan #con dos cobijas al #paciente como #este #algunos #ya arrastrando la #enfermedad apunto de morir y así me los #dejan en la puerta #con dos cobijas acostados en la banqueta/

394 17 #con #respecto a todas las demás #enfermedades y los demás #pacientes #este algún vecino, algún #familiar viene y los trae y #después #ya se desaparece de hecho #este hay gente que nos #da direcciones y teléfonos equivocados hay otras gentes que/

El reconocimiento de las condiciones del lugar es real, sin embargo se "compensa" con la afectividad que ofrecen.

407 26 no se #cuando se termine eso no #sigue existiendo y nosotros #aquí #digo a lo #mejor el #lugar/ no es así/ como que la gran cosa pero #creo que en #cálida #humana si la tenemos a/ #pacientes/

420 14 aprendido que nuestro precio es otro y no porque no nos importe el #dinero #necesitamos también subsistir pero si le damos en primer #lugar la #importancia que #vemos el poder #atender #con amor y #calidad #humana a un #paciente #con VIH/ SIDA

Los recursos financieros se obtienen de dos formas: a) ayuda por parte de la iglesia y b) apoyo en especie de los grupos de AA.

De gente voluntaria como la iglesia, grupos de autoayuda como alcohólicos anónimos, ellos se dedican a juntarnos ropa, despensa, algunos viveres que necesitamos, cobijas, entonces ellos no los donan, estos 26 años hemos mantenido la institución con puras donaciones voluntarias.

En este sentido, el pensamiento o ideología subyacente de la religión católica es perdonar a nuestros semejantes no importando su orientación sexual que conlleva a la realización de quien la difunde una "gloria" prometida.

410 19 si te/ infectaste por ser homosexual, si te infectaste por promiscuo no nos/ importa/ bienvenido #esta es tu #casa y conforme a las #terapias #pus #ya los vamos/ alivianando/ los vamos escuchando y vamos #viendo que #tienen necesidad como #todo ser/ humano\$

La experiencia del trabajo con pacientes seropositivos o enfermos de SIDA en este albergue, sin esperar nada a cambio se refleja en la atención al mismo paciente de una manera afectuosa.

419 25 #calidad #humana, los sentimientos, la sensibilidad que provoca un #paciente en #fase #terminal de SIDA #ya no la #tienen así como que #yo vengo nada mas a #trabajar y hago lo elemental si puedo y lo demás a lo #mejor no lo hago pero me #están pagando entonces #aquí nosotros hemos/

Lo principal que se les enseña a los pacientes es aprender a vivir con la enfermedad a través de su estrategia (terapia ocupacional) .

390 22 de que #ya no andan mendigando es un #lugar en donde se les enseña a #vivir #con la #enfermedad sobre #todo #este #pus #este tratamos de que haya una convivencia #pues buena que se puedan alivianar a #través de las #terapias grupales #este #pus se les/

408 21 #con SIDA y en #fase #terminal la verdad a mi en lo personal no a mi no me/ #da miedo/ #yo no uso guantes #yo veo la necesidad que #tienen los #pacientes #con SIDA/ que los/ abrazes que los aceptes como son que #ya no los #estés criticando como lo/

El funcionamiento del albergue con palabras de la actora se relaciona el servicio asistencial que ofrecen de manera gratuita ligado a la ausencia de otros albergues con las mismas características. Sin embargo, se percibe como otra alternativa después de que el paciente no puede solventar otro espacio y de manera categórica menciona la gratuidad del mismo. De igual manera, el trabajo del mismo esta relacionado con el trato que se les ofrece a nivel afectivo y de recursos "materiales".

389 31 como #este en donde es totalmente gratuito pero #yo #creo que #sigue funcionando #después de 26 años #sigue funcionando porque es un #lugar que aparte de que se les #da cobijo de que #tienen un #lugar de que #ya no se duermen en la calle,

388 29 #pus #yo #creo que en México son muy pocos uno de ellos #este #albergues que no cobramos al #paciente se le #da #todo el servicio asistencial gratuito y nosotros #vemos la diferencia que #cuando el #paciente #ya no puede pagar #ya los mandan a #albergues/

El temor subyacente en los profesionales de la salud, hacen que rechacen a los enfermos de SIDA sin tener un acercamiento físico, con una observación realizan un pronóstico lo cual conlleva a no proporcionarle atención.

402 25 si porque los #hospitales #quiere tener menos defunciones por prestigio y te sacan al #paciente #algunos #ya ni no los revisan #solamente #con ver el estado físico que tiene el #paciente #ya te #dicen #pues no hay #lugar o #necesita aislarlo y que #aquí/

404 20 pero #yo si he visto en #hospitales #este #todo el rechazo que tiene el #paciente #con SIDA simplemente #con el hecho de tenerlos en un aislado #este los doctores #ya no #quieren ir a revisarlo piensan que se van a infectar #cuando ellos #tienen toda/

En los diferentes estudios se ha comprobado que la información por sí misma no es suficiente para modificar comportamientos y actitudes, lo que se confirma con la uce de una de las informantes que manifiesta la continua discriminación por parte de los profesionales de la salud desde su lugar estratégico.

405 23 la preparación #cuando ellos #tienen #todo el material para poder #atender a un #paciente en #fase #terminal #con SIDA y que lo rechazan a mi me toco ver varias veces a las muchachas #estas que dan las #comidas al #paciente en #fase #terminal que #están/

El constante miedo a la muerte en el ser humano, hace que las personas rechacen un servicio para beneficio de la comunidad llegando incluso a tratar de cerrar el albergue, pero en un país como México donde se requiere ayuda y pocos lugares como ese terminan por aceptarlo. En la actualidad ya aceptan al albergue y colaboran con el mismo ya sea con donaciones o llevar a alguien desamparado.

...mi papá este pues si sufrió, los vecinos no querian cerca un lugar en donde constantemente salian féretros... ellos fallecían entonces la gente se empezó a dar cuenta que bueno salian muchos féretros o llegaban ambulancias entonces este pues empezaron ha protestar...

399 20 sabe #pus nos sobre #comida no la #quiere #pus #ya no la empezaban a #crear y bueno a mi #ya no me toco #vivir eso pero bueno hoy lo que si vivo es que #ya #este la comunidad #ya acepto nos respetan como tal a veces #cuando ellos #saben de algún/

El problema más grave, relacionado con aspectos psicológicos, es la falta de atención, discriminación, estigma, ante un enfermo de SIDA, por miedo a infectarse, es decir, por lo social y cultural que ha llevado a los grupos a ser estigmatizados.

II Vivencia en la fundación

Por su parte la clase 7: **Vivencia en la fundación** arrojó el 24.39% de las uce de las cuales se destaca la vivencia del usuario y el aprendizaje tanto de los usuarios como de los alumnos.

En el diseño se observa una concepción clara de lo que es un programa con una serie de criterios para llegar a una meta. Respecto a los conceptos de VIH/SIDA implica un discurso biomédico, por ejemplo en el caso del SIDA es necesario un diagnóstico médico-clínico.

... es tener en mente un objetivo en el caso de la consejería es un gran peso a la prevención no se deja de lado la atención , es tener objetivos, metas, una metodología...

...para nosotros VIH es tanto las siglas del Virus de Inmunodeficiencia Humana como digamos un estadio muy grande donde la persona vive con VIH pero no presenta ninguna sintomatología.

...para nosotros SIDA ya es cuando una persona puede tener un diagnóstico médico-clínico en cuanto al recuento linfocitario, cargas virales, enfermedades asociadas a un síndrome de desgaste y estar presumiblemente de mayor desgaste, sobre todo lo trabajamos mucho a nivel cuando una persona ya esta presentando una sintomatología.

La apertura del entorno y la constante difusión por parte de la Clínica del ISSSTE que se encuentra ubicada a unos pasos de la Fundación y de los bares de la comunidad homosexual conlleva a visitar a esta.

211 14 #tener un #resultado y #poder #decir ok no solamente vengo hacerme mi examen y ya sino también hay #mucha #gente que dice ok a lo mejor #tengo un #resultado negativo #pero #puedo venir a #otro tipo de #servicios o venir a #una #consulta #medica sin #ser/

226 10 en-general de la comunidad, tenemos un #espacio de difusión #muy #claro, en los medios gay, en discos, bares, folletos, #donde de #algún modo #sabe la #fundación, nos ubica, #pero hay #una #buena acogida #por parte de la comunidad\$

160 5 una #estrategia de alcance el hacer #llegar condones en donde lugares donde la gente esta teniendo #sexo, son básicamente las tres líneas que #hemos #trabajados

La constante coordinación con las áreas dentro de la Fundación permite el acercamiento para realizarse la prueba o atenderse alguna enfermedad de transmisión sexual. Sin embargo, los aspectos psicológicos son primordiales para mantener un trabajo conjunto con los usuarios. Por ejemplo, en este programa el objetivo es la consejería.

213 13 #mira #por la estructura de trabajo de la #fundación, el área de psicología es el primer filtro #para #captar #gente hay #veces que es un trabajo #muy conjunto con el área #medica si trae #una infección de transmisión sexual lo canalizamos con el área/

La estrategia llevada a cabo por este programa es en dos aspectos: 1) a los usuarios, que es consejería cara a cara explorando el por qué se quieren hacer la prueba, qué están sintiendo en el tiempo de esperar la respuesta y finalmente que harán si su resultado es positivo y 2) a los alumnos referente a la capacitación de este programa.

...básicamente es la atención cara a cara, en general es captar a los alumnos, darles el entrenamiento teórico y después es aproximadamente un tiempo de 3 o 4 semanas a los consejeros que ya están brindando el servicio , posteriormente se les abre un horario, en todo ese tiempo hay una supervisión, vamos en el caso de los pasantes de C.U. son los seis meses de rigor , con gente de Iztacala y Zaragoza son 4 o 5 meses el trabajo. Algunos terminan sus prácticas y se van, otros se incorporan como voluntarios...

El financiamiento de este programa esta en dos vertientes, por un lado las dependencias de programas sociales y la aportación de los usuarios.

...financiado Indesol, Sedesol, la CNDH, el Instituto de Asistencia, una dependencia del gobierno del D.F...., estos proyectos involucran trabajo, con personas que viven con VIH, con familiares o bien es capacitar gente ya sea de programas, cursos, talleres. Otro es de las aportaciones de los usuarios las consultas varían entre 70 y 100 pesos depende del servicio, una consulta psicológica-médica 70 pesos o una psicoterapia 100...

El aprendizaje de los prestadores del servicio social, en algunos momentos es retribuido por los usuarios, por la atención brindada en la consejería.

224 14 #pero decido quedarme pues #vamos #estar #frente a #una #persona y que esta te diga bueno #sabes que #muchas gracias #por el #servicio o fuiste un ángel o me ayudaste en esto no se que hubiera hecho,

Los antecedentes de la Fundación han permitido una relación estrecha con los usuarios, prestadores del servicio social y profesionales de la salud, lo que conlleva crear vínculos de intimidad entre los mismos.

210 13 #mucha #gente creo que sigue viendo a la #fundación como un lugar #donde #poder #tener un #espacio, #incluso nosotros podemos #decir que es nuestro crecimiento venir y platicar con un #consejero, platicar sobre #cosas intimas,

La conexión entre teoría y práctica esta desfasada de la realidad, no obstante ayuda a los prestadores del servicio social en varios aspectos como: diversidad sexual, responsabilidad, sexualidad, entre otros.

220 13 es #muy curioso hemos #observado que los #alumnos que vienen #hacer sus #practiclas pues se enfrentan a un mundo #muy diferente #para #empezar a #hablar de vih/sida, #estar #frente al espectro total de la diversidad _sexual,

Las experiencias que han tenido en los distintos talleres que nos remiten a los mitos de la sexualidad, del VIH/SIDA, de las preferencias sexuales, sin embargo la constante replicación de información puede ayudar a sensibilizar a la población.

240 13 o #una chica #donde dice mi amiga me gusta #mucho que #puedo #hacer o #sabes ya aborte no se si fue bueno o #malo y que #pasa con mi cuerpo. si nos hemos #visto #muy frenados #por ejemplo #para replicar la información #para sensibilizar la #gente y #vamos te #puedo #decir cuando metimos un proyecto sobre transmisión en adolescentes en la #fundación #vamos _mexico pues amablemente nos/

209 11 #pero de #algún modo #mucha #gente empieza a #tener #una #idea de #decir quizá en este momento no me infecte #pero ya hay #otro que me esta ayudando en pensar que #pasaria si me infecto o que #pasaria si me infecto o que #pasaria si vuelvo #hacer esto\$

94 10 porque visualmente no #tengo #ningún tipo de #sintomatología, #decir que #una #persona tiene sida, es ya entrar, a #una etapa _terminal, a #una etapa #donde ya #presenta cierto tipo de #sintomatología #donde #incluso ya los cuidados tiene que #ser diferentes,

Los mitos acerca de la fidelidad aunado a la confianza que mantiene la relación de pareja pone en riesgo a sus integrantes. Por lo cual, es necesario implementar estrategias efectivas para la negociación del uso del condón.

162 13 #muchas #veces que es un hecho #real es que las parejas deciden dejar de usar #condón #por esta #idea de que la pareja protege #entonces, si evidentemente eso esta #pasando y no podemos cerrar los ojos y tenemos que darles como parámetros ayudarlos a decidir y #vamos a #desarrollar #unas guias que van a

#estar respaldadas ah o sea estos talleres los contenidos van #hacer/ (Programa de HSH).

Dentro de las estrategias implementadas esta la distribución de condones en lugares estratégicos donde probablemente se realizarán prácticas de riesgo.

169 13 distribución porque evidentemente no podíamos #estar diario cubriendo la necesidad #entonces la #gente que le dedica #mucha parte de su tiempo a #estar en ese #espacio consiguió #condones a través de censida y hacia #una distribución en la #redes de amigos.

67 11 colectivas o que en #algún lugar específico #donde ellos están existan #condones, como facilitar esas #cosas o acércalos a los #servicios de la #red local #digamos #para que puedan acceder a esos #espacios,

168 11 #por ejemplo #una #cosa #muy #clara respecto a la estrategia de alcance que desarrollamos fue que la #gente en este lugar que intervenimos no solo aceptaba gustosa los #condones sino que #incluso ellos mismos #desarrollaron #una #red informal de/(Programa de HSH).

En lo referente a la evaluación tanto externa e interna no hay datos de la misma, sólo incorporan las investigaciones llevadas a cabo en la Fundación para los nuevos planteamientos del programa.

207 24 #mira te #puedo #hablar en-general y esto #viene #muy acolación de #una investigación que #hizo el Tec de Monterrey sobre ética, la investigación del tec nos arroja que la #gente que #viene la #mayoría es #por recomendación,

203 22 #fíjate que #tengo la #idea de incorporar mas herramientas #incluso te #puedo #decir que #hace algunos anos cuando le dimos estructura a esto, que #pasaría si le metemos #algunas herramientas de #otra corriente,

200 13 #entonces #fíjate que eso nos ayudo #mucho amen de las #otras dos que te mencionaba esta ultima nos dio #muchos mas datos de como #poder en un momento dado el #tener #una #idea mas #clara de como #poder evaluar hasta #donde estábamos llegando en #cuanto/

208 12 #entonces #ven a la #fundación como un lugar confiable, seguro y con un #buen ambiente #donde #pueden #hablar de si mismo, lo que hemos #observado nosotros desde nuestro trabajo es que #mucha #gente sigue puede #ser #digamos con esa #idea de #decir #tengo #practicadas de riesgo no me infecto,

Entre las problemáticas encontradas en el programa se encuentran: la edad del consejero, la cobertura de los consejeros y la limitación de la consejería para personas con capacidades diferentes.

230 13 #por #otro #lado es que no tenemos #mucha cobertura de #consejeros, ya que se tiene el #servicio #social con la UNAM y la UCLA, también no se ha trabajado #mucho con la consejería en que #pasa cuando #viene la #persona con #alguna esquizofrenia no tenemos esa experiencia #para #por ejemplo débiles visuales, #gente con capacidades distintas,

Una de las propuestas que pudieran contribuir se encuentra la vinculación directa con la experiencia y el financiamiento de CENSIDA para un mayor impacto. Por otra parte sensibilizar a las autoridades educativas para permitir hablar de sexualidad.

...yo quisiera tener un conjunto de CENSIDA y alguna ONG donde ellos aportaran los recursos y nosotros la experiencia esto quizá sería diferente, creo que por un lado las campañas no son del todo ni sostenidas ni diseñadas de tal manera que puedan lograr un efecto, se lanza algún spot de televisión pero se retira del aire o no se le da continuidad por un lado ¿no?, otro que yo en lo particular he visto, es por ejemplo, con algunas instituciones educativas donde no podemos hablar de temas como serían sexualidad, anticoncepción o infección, se les invita como bueno hablan de lo que ustedes hacen y con su población como si fuera algo totalmente lejano a los alumnos, entonces esto nos ha dificultado mucho...

Por lo anterior, la atención al enfermo se vive desde trincheras diferentes, por una parte con la vivencia en el albergue (programa de atención) y vivencia en la fundación (programa de prevención), pero que coinciden en el aprendizaje continuo de los profesionales de la salud mental, así como reconocer las limitaciones.

III POBLACIÓN CALLEJERA⁶

IIIa Prevención, atención e intervención corresponsable

El análisis del vocabulario específico de las clases 1 y 2 (ver tabla 3), muestra que cada una hace referencia a un mundo lexical diferenciado: la *población callejera* (III) que se expresa por un conjunto de estrategias dirigidas hacia una población objetivo como son los niños en situación de calle, que en particular son *jóvenes, chavos o adolescentes*.

Sin embargo, esta ramificación tiene dos vertientes en el discurso la IIIa, la cual se nombró *prevención, atención e intervención corresponsable*, lo cual significa, la interacción que se da entre el programa y los *chavos* en situación de calle, desde una perspectiva de responsabilidad mutua. Por otro lado, el IIIb titulado *atención asistencialista* representa la constante ayuda que se brinda dentro de la

⁶ Esta categoría incluye dos programas a la misma población objetivo con sus convergencias y similitudes. En primer lugar se hablará del Programa *prevensidacallejero* (El Caracol A.C.) y después del Programa *LUNA* (Casa Alianza I.A.P.).

institución: información y tratamiento, pero de una forma de no “responsabilizar” a los mismos actores del programa, es decir, únicamente les ofrecen ayuda sin llegar a un acuerdo con ellos para mantener prácticas seguras y responsables.

De esta manera, esta ramificación reagrupa el 13.85% (clase 1) y 8.78% (clase 2) de las uce. En esta rama se destaca la situación de la población callejera dentro los propios riesgos de la calle y las pocas acciones dirigidas hacia la misma dentro de la respuesta gubernamental en aspectos relacionados con el VIH/SIDA.

Tabla 3

Vocabulario específico de III: *Población callejera*

IIIa: Prevención, Atención e Intervención Corresponsable

Clase n° 1 => Contexte A

IIIb: Atención asistencialista

Clase n° 2 => Contexte B

<p>chavo+(20), preservativo+(8), particularmente(7), callejero+(5), tema+(8), sobre+(11), condon+(4), elemento+(8), juego+(4), personaje+(4), prevensida(5), riesgo+(7), fina+1(3), form+er(5), vid+er(7), context<(2), buscamos(2), condicion+(4), contamos(2), grupo+(9), hablan(3), historia+(2), los(31), pauta+(3), propia(3), refiero(3), reproductiva(3), ora+1(2), aplicacion(2), aplic+(2), inicio(3), linea+(3), proteccion(2), salud(6), sexual+(7), siempre(3), uso(3), vinculo+(2), criterio+(1), identifican(1), recompensado(1), tarjeta+(1), tiene+(9), loca+1(2), cambi+(2), llama(3), material+(3), decimos(2), intencion(2), actividad+(1), cambio+(3), dinamica+(2), estado+(2), evitar(1), han(3), mismo+(3), participar+(1), viven(1);</p>	<p>maneja(4), chico+(7), situacion(4), cal+er(7), adolescent(4), informacion+(8), institucion+(7), objetivo+(5), damos(3), dentro(7), fuer+(2), infectado+(3), prevencion(5), programa+(10), tratamiento+(3), unico(3), problem<(3), ahi(5), educadores(2), explotacion(1), igual(2), somos(3), terminos(2), manera+(3), adquirida(1), empiezan(1), independiente(1), poblacion(3), punto+(1), seguimiento+(2), requerir(1), const+ant(1), apoyo(1), cualquier+(1), diferencia+(2), etapa+(1), fisico+(1), fue(2), fuerte+(1), manejamos(1), medico+(1), portador+(1), puedan(2), romper(1),</p>
---	---

Conjuntando los universos semánticos de ambas clases se constata que cada uno refiere un programa específico dentro de una institución o fuera de ella con población en situación de calle. Donde la principal intervención es a nivel primario (prevención) a través de la información con distintos objetivos dependiendo la etapa y las mismas condiciones de los *chavos, chicos o adolescentes*. Por

ejemplo, la clase 1 el programa *prevensida callejero* dentro de sus estrategias de intervención utilizan material didáctico contextual en la población callejera como juego de cartas, personajes y demás. Con diversos elementos como son el riesgo de vivir en la calle o las adicciones, por lo cual la prevención resulta difícil, pero sobresale la responsabilidad mutua de los chavos y del programa. En la clase 2 se observa que existe una institución que brinda servicios a la *población callejera* y uno de los programas es el de VIH/SIDA donde manejan como prevención la información hacia los mismos infectados y a los otros que viven en la Casa, sin embargo también les dan un seguimiento con su tratamiento.

El análisis que se puede ver a partir de las uce que arroja ALCESTE son en primer lugar los resultados que se han tenido en el programa en el aspecto de impacto, debido a las creencias sobre el tema de VIH/SIDA y la sexualidad conlleva a mitos recurrentes que permanecen en los individuos y no importa que población sean, es decir, universitarios, mujeres, homosexuales, población callejera, sin embargo esta última lleva consigo un riesgo por el solo hecho de vivir en la calle, lo cual deja ver el impacto muchas veces “superficial” en la misma, ya que no se da el cambio de actitudes por el mismo contexto en la calle. Por ejemplo:

65 45 tabú #sobre el #tema #sin #embargo notamos que no hemos logrado impactar de manera profunda en el #cambio de actitudes, o #sea, me #refiero que todos no usan el #preservativo es muy baja #todavía el logro en #ese #apartado y bueno lo entendemos el #modo de #vida #callejero es en todo sentido de #riesgo entonces es difícil que #los #chavos modifiquen esas #pautas por sus propios/

16 43 como #los #elementos de la cultura_callejera y #particularmente #sobre la sexualidad y #al #final #hay otro aporte de #chavos que #hablan de practicas este de #protección y bueno mostramos parte de la #aplicación de #prevensida y #eso es un #material de/

60 16 #sin #embargo como es secreto o todas las iglesias tienen un veto #al #tema de sexualidad y #eso ha impedido que el #tema se toque no #eso lo comento como #contexto porque #los #chavos en una primera instancia ven el #asunto de la sexualidad con/

La investigación que se lleva a cabo desde el contexto de riesgo de la población vulnerable en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública trae consigo un avance en el mismo programa para poder intervenir de formas más adecuada. La búsqueda de recursos esta en función del mismo interés por la

cobertura de la población objetivo y de la realización de investigación de los responsables, es decir, al ir buscando quien financie incrementa la eficacia del programa, por ejemplo un rubro que se esta trabajando es el sexo recompensado en la población callejera a diferencia de la prostitución.

También otro aspecto relacionado con el sexo recompensado es con quien se da ese "intercambio" que generalmente se da con las mismas redes sociales de la comunidad, lo cual coloca a los *chic@s* en una situación de desventaja ante la posible negociación del preservativo e incrementa la probabilidad de infección.

43-25 cosa tal, no puedo negociar el #uso del #preservativo y coloca entonces a #los #chavos y chavas en una #condición de desventaja mucho #mas #seria, #eso lo empezamos a trabajar en el 2000 con algo de asesoría del instituto_nacional_de_salud_publica #particularmente de un investigador y ahora ya tenemos una #línea #mas clara #sobre el #tema y #ese #apartado de manera especifica lo estuvimos/

36 20 mejorar el programa #prevensida y que se refiere un ámbito de sexo #recompensado o explorar #sobre sexo #recompensado en la calle porque tradicionalmente ha habido un estigma con #los #chavos #callejeros diciendo que se prostituyen, #sin #embargo,

La importancia de un marco teórico trae consigo inherentemente el papel de los actores tanto del educador de calle como de los *chavos*, es decir, de ser participantes pasivos o activos en el taller. Por ejemplo:

...la investigación -acción porque al final lo que PREVENSIDA desarrolla es un o con todos sus materiales es una forma de recuperar información que nos permite estar actualizado en la dinámica de la sexualidad y particularmente en las prácticas de riesgo en la calle y al mismo tiempo nos permite con esa misma información hacer incidencia ¿no? y buscar modificar ciertas condiciones o ciertas pautas de comportamiento en los chavos.

...criterios más del programa si buscamos que hay una participación activa por parte de los chavos en lo mínimo posible que sería conseguir la luz para el equipo, habilitar el lugar para poder dar la charla y si da para más que los chavos tengan algo preparado, o sea, frituras o cualquier cosa que ellos quieran para hacer ameno y agradable...

La intervención realizada por el programa, parte de la pertinencia del contexto donde manejan técnicas de recolección de información de la población, así como el material didáctico específico, el cual juega un papel importante que rescata diversos niveles (cognitivo, afectivo) del *chavo* y consideran el estado de intoxicación de la misma población o la educación. También, llevar los mismos personajes hacia los otros programas ayuda a una mayor identificación de la población y tener mayor impacto.

18 28 un paquete educativo que se #llama de x calle que se #compone de un tres #juegos que a través de #los cuales obtenemos información uno que se #llama, su versión de x calle #modo de #vida, x calle #salud #reproductiva y un #juego de cartas que se #llama y tu que?

28 26 en de x calle que se #aplica #al #inicio #particularmente en dos de #los #materiales que lo integran que es de x calle, #salud #reproductiva que es un #juego de cartas que #tiene preguntas con respuesta de opción múltiple de tres tipos pero que son graficas o son ilustradas entonces por si #los #chavos tienen dificultad de leer o si encontraríamos alguno que esta/

29 22 intoxicado o #demás es #mas fácil que por gráficos #los puedan responder no #(...)

12 14 identificamos lo que nos parecía #mas importante para #los contenidos de #prevensida y se lo agregamos o se lo asignamos a #los #personajes que creamos de tal #forma que #hay un hilo conductor este y muchos #chavos en #los diferentes #grupos/

También los instrumentos de evaluación internos y externos implican descubrir las redes sociales existentes para disminuir las problemáticas del contexto.

30 23 #pautas de comportamiento, consumo de drogas y #demás; #esos son #elementos que nos permiten directamente con #los #chavos tener información. la otra #tiene que ver #mas una parte de observación #contamos con instrumentos de monitoreo que ubican la parte de digamos de #salud en términos de su aspecto fisico,

29-22 eso se #aplica #al #inicio y #al #final entonces ahí podemos observar si hubo algún tipo de #cambio no y también #modo de #vida porque ahí preguntamos mucho #sobre la red social,

23-22 falto omitir que #contamos con un sistema de/ monitoreo #al/ #inicio y #al fin para saber un poco en que logramos impactar o en que/ nivel si solo fue/

La corresponsabilidad implica una protección grupal, social e individual entre los mismos *chavos* para la disminución de los riesgos de la infección.

23-22 pero este es una/ #forma de que/ #los #chavos vayan concientizandose que es una inversión para su #propia/ #salud, #eso #seria/ en términos gruesos...

56-22 principio es que no fomentamos ni #buscamos eh la detección serológica no/ es decir ni les/ #decimos háganse la prueba ni tampoco la estamos nosotros promoviendo no/ porque la/ experiencia nos ha dicho que #eso no necesariamente #cambia la #vida de #los/ #chavos ¿no? #o sea/, que alguno #sea portador no significa que #al enterarse que lo es dejara la/ calle m o cuidara de/

66 16 determinantes donde #viven, donde se desarrollan, #sin #embargo lo que hemos #estado tratando de hacer es que ellos desarrollen de estrategias de autoprotección grupal y me #refiero que #al #final de #los talleres un #tema que #tiene que estar resuelto es el de #los #preservativos y desde las compras/

21 12 solamente #los menciono es que para nosotros es importante que en la/ prevención de las/ conductas de #riesgo de #los #chavos #siempre cruce por #elementos de carácter/ económico me/ #refiero a que si van a comprar

#preservativos que ahorren para comprarlos/ si van a tener/ relaciones que paguen un hotel en la #intención de no generar una/ dependencia no regalamos/

Dentro del programa, se evalúan los resultados a partir de los objetivos planteados, donde se considera una reeducación que conlleve a la información y formación a partir de los materiales didácticos mencionados y las distintas áreas trabajadas por los educadores de calle. La misma autoevaluación que se realiza va modificando los materiales educativos que manejan desde los intoxicados hasta la falta de habilidades de lectura que permiten continuar el conocimiento de la calle.

4 18 claro tenemos una primera que es ofrecer a #los muchachos una alternativa de información y formación #sobre su #vida #sexual #particularmente enfocándonos en conductas #sexuales de alto #riesgo que pudieran ser #sobre tres #líneas de prevención o/

El riesgo inherente de vivir en la calle hace que no se den los resultados esperados a partir de la intervención del taller, debido a los *chavos* se preocupan más por la alimentación, casa, que por su misma salud, por lo cual considerar los aspectos afectivos dentro de su grupo de manera individual puede traer cambios a largo plazo.

73 17 otro #tiene que ver con la #propia #condición de #los #grupos de calle #o sea la necesidad de sobrevivir en muchos momentos supera como la necesidad de cuidar su cuerpo y #eso #tiene que ver con otro #componente de carácter psicológico y es que #los/

Desmitificar los grupos de riesgo nos ayudarán a trabajar de manera integral la prevención y la atención, lo cual conlleva trabajar con mujeres, universitarias, indígenas, etc.

39 16 no eligen #al cliente y #sobre todo es importante reconocer que #los #grupos de trabajadores #sexuales #han sido #los principales promotores del #uso del #preservativo y condicionan sus relaciones #al #uso del #preservativo,

Los pocos programas dirigidos hacia la población callejera en específico en prevención de VIH/SIDA pone en evidencia las prioridades que tiene el gobierno federal ante esta situación.

79-14 esta la clinica_ condesa que hace su buen aporte, pero es insuficiente para la realidad que vive la capital te hablo #particularmente del #tema de #callejeros, o #sea, no #hay ningún programa #local oficial que atienda población callejera en este #tema en #particular ya no digamos de vih de la #salud #sexual #reproductiva de esta población no #hay\$

La promoción del uso del condón y su condicionamiento ha traído una disminución de la epidemia, pero aún continua la discriminación hacia las mismas poblaciones.

39 16 ...es importante reconocer que #los #grupos de trabajadores #sexuales #han sido #los principales promotores del #uso del #preservativo y condicionan sus relaciones #al #uso del #preservativo,

Dentro de las problemáticas que destacan a nivel gubernamental se encuentran: la falta de espacios para la población callejera y una visión limitada acerca de los programas. Por lo tanto es necesario centrarse en el desarrollo de políticas públicas con todo lo que conlleva.

...creo que tiene que ver visto desde una visión de política pública, o sea, como un tema de salud pública ¿no? que me da la impresión de que eso no es así, ¿no? se ha quedado a nivel de programas ¿no? esta la Clínica Condesa que bueno hace su buen aporte pero es insuficiente para la realidad que vive la capital te hablo particularmente del tema de callejeros, o sea, no hay ningún programa local oficial que atienda población callejera en este tema en particular ya no digamos de VIH de la salud sexual reproductiva de esta población no hay.

El impacto del programa se relaciona con la historicidad de quien se ha hecho cargo de las distintas poblaciones desprotegidas, por ejemplo en el caso de la población callejera, son los grupos religiosos quienes tienen una visión rígida en torno a la sexualidad, pues la consideran pecaminosa aunado con los diversos mitos acerca del preservativo, lo cual trae a la población objetivo una disonancia cognitiva entre si es pecado o no por la misma intervención del programa, que se refleja en el impacto. Sin embargo, se rescata el trabajo que lleva a cabo esta Ong para mantener una luz ante esa disonancia por parte de los *chavos*.

...valdría la pena contextualizar es históricamente el tema de la población callejera ha sido delegado o asignado a los grupos religiosos que en proyectos o acciones asistenciales les ofrecen servicios, sin embargo como es secreto o todas las iglesias tienen un veto al tema de sexualidad y eso ha impedido que el tema se toque ¿no? eso lo comento como contexto porque los *chavos* en una primera instancia eh ven el asunto de la sexualidad con cierta reserva ya en el caso nuestro hay una identificación clara nos convertimos en un referente permanente y constante no para temas de salud desde embarazos hasta ITS que nos buscan o que son nuestros educadores requeridos para llevarlos al médico o cosas así...

Sin embargo, el material que utilizan llega a ser interiorizado como parte del imaginario colectivo por la misma cercanía de los personas o porque llega hacia los afectos, que de igual manera se trasladan hacia los otros programas.

...los grupos en general responden muy bien porque el material es de muy buena calidad y está diseñado específicamente para la realidad de la calle eh incluso los personajes se quedan en parte del imaginario de los chavos ¿no? este y estos mismos personajes nos acompañan y nos ayudan para otro **proyecto** que se llama **adicciones callejeras** para profundiza o reflexionar sobre las formas de consumo y también las formas de evitar o resolver ese tema no .

Pero la dificultad de tener impacto en la población, ha puesto de manifiesto otras estrategias a nivel colectivo, por ejemplo considerar el espacio donde se llevan a cabo las relaciones sexuales o canalizarlos a los servicios de salud locales, sin embargo, el mismo temor consciente o inconsciente de los profesionales de la salud dificulta en buena medida la protección de esta población callejera.

...sin embargo lo que hemos estado tratando de hacer es que ellos desarrollen de estrategias de autoprotección grupal y me refiero que al final de los talleres un tema que tiene que estar resuelto es el de los preservativos ¿no? y desde las compras colectivas o que en algún lugar específico donde ellos están existan condones, este, como facilitar esas cosas ¿no? o acércalos a los servicios de la red local digamos para que puedan acceder a esos espacios, sin embargo eso es muy complicado porque los propios médicos y trabajadores de la salud, eh, tienen mucho prejuicio entorno a esta población ¿no? y más hemos optado por desarrollar otras estrategias.

La persistente creencia de la sociedad, en particular los padres de familia acerca de que proporcionar información sexual a los niños traerá como efecto que inicien su vida sexual, dificulta el trabajo de prevención en la comunidad donde se encuentra el programa, siendo que el hecho de facilitar información no es una relación directa y que puede contribuir a la toma de decisión y autocuidado sexual.

69 24 aquí #hemos #trabajado el tema en con adolescentes, pero con los #niños #aun hay dificultad #hemos intentado hacer talleres con #niños menores de 10 #años y los papas si tienen #cierta reserva digamos #hemos evitado imponer el asunto,

Sin embargo, los grupos callejeros por la misma autonomía que ejercen incrementa la efectividad del programa, lo que lleva a considerar que se debe iniciar la independencia de los niños y adolescentes para un mayor impacto.

ha tenido éxito importante en los grupos callejeros es decir aquellos que no tienen vínculo familiar donde son autónomos de decidir si quieren participar o no en el taller a diferencia de los chicos de riesgo la cosa cambia no porque ahí es inevitable el tomar la opinión de los padres ¿no?.

Las propuestas implican un cambio de visión a la problemática del VIH/SIDA en el contexto de políticas públicas, considerando el contexto del distrito federal con jóvenes sexualmente activos que lleve una disponibilidad de preservativos u otras medidas de protección como sexo seguro. Porque a lo que se enfrentan los programas es a la falta de continuidad, la dependencia de tiempos administrativos y a una visión conservadora en los tomadores de decisiones lo que se refleja en el precario presupuesto en el rubro de prevención y atención.

IIIb Atención asistencialista

Por su parte, la clase 2 en las uce tiene como prioridad la atención ya que se encuentra dentro de una institución y en segundo lugar la prevención con sus ejes temáticos como son la sexualidad, VIH y explotación sexual. Aunque la parte de prevención ya se brinda hacia la población en general, entonces es más fácil acceder a la información de VIH/SIDA desde escuelas, instituciones o cualquier otra persona que lo solicite, en otras palabras, la intervención tiene dos vertientes: intrínseca y extrínseca.

331 109 alberga y nosotros #damos #seguimiento\$ la #población #objetivo los #adolescentes que están en #situación de #calle entre 12 y 18 años, sin embargo el #programa tiene ya dos #maneras de intervenir #dentro y #fuera de la #institución,

332 65 #fuera se #maneja mucho la #prevención para #cualquier #institución que lo pida desde escuelas, #instituciones que trabajan con #chicos de la #calle o #cualquiera que #tenga o piense que es útil tener la #información se les da la #información #fuera y #ahí ya cambia la #población #objetivo que ya sería abierto para todos,

Lo anterior nos lleva al conocimiento y coordinación de otras instituciones privadas o de la sociedad civil para una mejor atención y prevención de la población objetivo, permitiendo así el seguimiento permanente en fase terminal.

377 51 esta casa_de_la_sal que ellos manejan desde niños chiquitos #hasta #adolescentes #infectados, esta albergues_de_México, desde fase asintomático

#hasta la sintomática, la gran #diferencia es que nosotros #somos un #programa de #apoyo #dentro de una #institución que trabaja con una #población #objetivo, los otros su #población #objetivo es esa\$

Sin embargo, el objetivo del programa proporciona una visión asistencialista restringiéndose sólo a brindar servicios y como se verá más adelante el captar a los chicos para invitarlos a que se realicen la prueba serologica, teniendo esto una justificación de gastos destinados.

322 31 el objetivo_general es brindar con calidad y calidez atención a los pacientes #infectados con vih y brindar también #información básica a #manera de #prevención, el #programa luna #maneja este tres ejes temáticos que es sexualidad,

Por su parte los educadores de calle igual tienen objetivos que se basan en llevarlos a la institución y en un trabajo coordinado. El programa al que se alude realiza la difusión del taller para detectar adolescentes infectados.

337 10 la idea de los #educadores de #calle el # objetivo es traerlos aquí a los chavos y que se queden puede suceder que los #chicos lleguen los #chicos y una vez ya estando aquí nosotros los captemos con los talleres de/

El abordar el tema de la adolescencia con los actores, ayuda a entender sus propios cambios físicos y psicológicos, posiblemente lleve a un reconocimiento de su cuerpo para una protección en el mismo contexto de la calle.

337 10 los ejes temáticos son : adicción, sexualidad y factores de riesgo y desde ahí empiezan a brindar información sobre sexualidad, ITS, VIH, pubertad, cambios #físicos y demás...

Entre el desarrollo de actividades del programa esta en primer término los educadores de calle que hacen una labor muy interesante porque son el primer acercamiento a la población y recae parte de la decisión de convencerlos de brindarles ayuda.

335 27 el #programa otra de las #etapas es #calle existen #educadores _de _calle tenemos #educadores de #calle eh bueno salen a la #calle a contactar a los #chicos desde sus #puntos de encuentro y los #educadores manejan tres ejes temáticos que son;

En el momento en que llega a la institución es darle información sobre los ejes temáticos que maneja el programa y difundir la misma información con los otros adolescentes que estén en otros programas para evitar una discriminación

dentro de la misma. Como sucede en los diversos sectores de la sociedad la estigmatización y la discriminación impide el trabajo de la prevención, porque antes y ahora ha permeado esa representación social de grupos de riesgo, de contagio, de temor que aún en una población “marginada” se da la discriminación al interior.

325 31 #ahí #manejamos este por decirlo así tres niveles también de atención que es la #prevención y esa #información se les da a los #chicos que ingresan a la #institución y #dentro de esa #información se les da un taller y #dentro de ese taller se les/

367 22 el #programa pero no en #igual intensidad porque no llevan un #tratamiento #medico como #tal eh pues se corre el riesgo de que los chavos chavo empiecen a ser señalados #dentro de la #institución es por eso que con los demás se #maneja la/

324 14 en cuanto a sexualidad, en cuanto a la #explotación sexual, también se les da #información básica y también si se detecta #problemas de este tipo con los #chicos también se refieren a especialista que los #puedan atender y en caso en el #fuerte del #programa que es vih/

323 6 vih y explotación sexual y cada uno tiene sus #objetivos, por ejemplo en sexualidad se #maneja bajo un sub_programa que se llama me_quiero, me_cuido el #objetivo es: aparte de informar a los chavos y sacarlos de sus dudas porque nosotros tenemos #adolescentes este detectar #problemas relacionados con la sexualidad para poderlos este referirlos a especialistas que #puedan atender este tipo de #problemáticas/

El financiamiento del programa es a partir de buscar fundaciones que estén en la posibilidad de ayudarlos aunque son parte de una filial con sede en Estados Unidos y otras en Centroamérica, sin embargo deben presentar resultados.

La Fundación Casa Alianza es una filial en donde se destina todo Centroamérica, la matriz se encuentra en Nueva York, ellos son los que más aportan, pero, sin embargo, hay un patronato para los recursos materiales, en especie, económico para completar digamos ese presupuesto que se da y en especial el programa LUNA, es un proyecto reciclable, es un programa que ya es reciclado, se presenta con sus resultados a instancias que les interese financiar o que les interese financiar un proyecto de este tipo o programa y actualmente nos está financiando la fundación Elton John”.

La autoevaluación en el rubro de impacto implica en primer lugar en el aspecto de la constancia en el programa y que puede influir en la actitud con el solo hecho de informar y que dentro de sus resultados han visto que ya no es necesario buscarlos sino llegan solos.

El impacto ha sido bueno... los chicos que pasan por el programa no pasan una vez, sino van pasando periódicamente y por ejemplo si tú platicas y hablabas de sexualidad sobre VIH, ellos te saben todos los conceptos y no solamente lo saben,

sino hay algunos que se les llega la **concientización** en donde de repente, como están en constante prácticas de riesgo, caen en prácticas de riesgo constantes tienen que estar haciendo seguimientos serológicos y no hay necesidad de estar buscando al chavo... llegan solos y eso habla de una concientización que se tiene del programa..

Sin embargo, la efectividad del programa se percibe desde dos vertientes:

- 1) características propias del individuo.
- 2) institucional.

La primera refiere el hecho de factores como se ha documentado en la literatura la resiliencia que permite hacer conciencia y no llegar a prácticas de riesgo. Y la segunda a la parte que hace la institución como es la atención psicológica que les proporciona a los chavos desde el por qué deciden hacerse la prueba hasta que salgan de vida independiente.

...efectivamente si nos ponemos a analizar el asunto si hay factores ¿no? dentro de los chavos que este influyen para que pueda haber ese éxito, pero el programa ha radicado para hacerle notar esos factores que existen los chavos al menos los que han estado dentro del programa al recibir su positivo se desmoralizan, se caen y cuando tengan otros factores no los ven y el programa se ha encargado de hacérselos notar de estar en un constante trabajando emocionalmente un trabajo constante en lo emocional para aprovechar otros factores, no solo el programa es lo que lleva los cambios, con el solo hecho no debemos que ver que otros factores positivos y negativos hay para reforzar el trabajo para que se independice de la Institución y del programa la idea no es que se quede aquí dependiendo el objetivo es que se vaya de vida independiente y bueno nosotros le damos seguimiento.

Los problemas relacionados a la población objetivo se enfocan al mismo riesgo de vivir en la calle, en otras palabras, deben "valorar" (inconsciente) sus necesidades básicas como son alimento, drogas, ropa, entre otras cosas para después concientizarse sobre el VIH/SIDA.

358 6 regularmente los chavos que se han detectado entran en ahora si se detectan de 15 a 17 años es una #constante que se ha enfrentado el #programa y se puede manejar como una hipótesis los chavos que están en #situación de #calle no logran tener/una conciencia de todos los riesgos que se están corriendo y además de todo lo que implica tener VIH, hasta más o menos esas edades en donde ya pasaron digamos de la transición de la niñez a la adolescencia, pasando por la pubertad adolescencia, donde ya empiezan un poco a preocuparse de las cosas que están haciendo, entonces cuando ya llegan con ese tipo de población , algunos piden hacerse la prueba pero no por un real interés, sino más bien la infección y ya..

Un programa dentro de una institución implica que existan otros que de alguna manera los consideran más importantes, por lo cual la prioridad del mismo programa conlleva a respetar normas en prioridad.

371 45 yo siento que el #programa ya #fue rebasado por la #problemática, no #somos el #único #dentro de la #institución y hay que ponerle prioridad a los otros que son #igual de importantes\$

346 44 A partir de mi experiencia podría decir que muy pocas #instituciones que trabajan con chavos en #situación de #calle tienen un #programa de hecho #somos el #único #programa en una #institución de este tipo #somos el #único que #damos #prevención en/

La difusión que ha tenido y tiene el programa local de la Clínica Condesa ha influido que las organizaciones no gubernamentales canalicen o acompañen a los chavos para recibir su tratamiento de manera gratuita.

370 8 aunque los chavos son atendidos en la clinica_condesa ¿no? y #ahí reciben consultas y retrovirales de #manera gratuita\$

El deterioro físico de un individuo infectado, provoca en el otro dos tipos de respuestas: 1) impacto o *shock* y 2) rechazo. La primera podría prevenir sus prácticas de riesgo. La segunda constante discriminación. Sin embargo se debe considerar lo anterior a partir del contexto de riesgo que la calle implica. Por lo cual, la canalización de *chicos* en fase terminal a otra institución sugiere la coordinación de los mismos.

330-27...Si el chico esta en una fase asintomático tal vez en una segunda etapa aquí se queda cuando es fase terminal es muy difícil tenerlos aquí porque este tipo de pacientes requiere de una atención muy muy especial

330 27 además para los #propios chicos es muy fuerte de #repente estar #viendo el #proceso desgaste que lleva #esta persona #ya para esto pedimos apoyo de fundación_ser_humano que es #quien nos apoya #cuando los chicos #están en #fase #terminal #pues haya les/

Otra problemática del programa es que los chicos solo pueden permanecer hasta los 18 años, después tienen que salir a vida independiente y eso conlleva que posiblemente no quieran estar en otras instituciones y anden en la misma calle, aunque el seguimiento continua hasta que muere.

358 6 regularmente los chavos que se han detectado entran en ahora si se detectan de 15 a 17 años es una #constante que se ha enfrentado el #programa y se

puede manejar como una hipótesis los chavos que están en #situacion de #calle no logran tener/

353 20 el #programa es el #único que da el acompañamiento del chavo #hasta que se muere\$

Los obstáculos del programa son en dos líneas: a) institucional que es la temporalidad de la casa y la estigmatización por parte de los mismos chavos en situación de calle que están en otro programa dentro de la casa y b) la gravedad de la situación ya que los costos en medicamentos son elevados y no cubren la realidad.

En resumen, es necesario considerar tres elementos básicos para llevar a cabo una intervención exitosa en la población callejera, en primer lugar en ambos programas la temporalidad de la instancia de los chavos lo que conlleva a interactuar con grupos religiosos, lo segundo la propia condición de los grupos de la calle, es decir, la necesidad de sobrevivir en muchos momentos supera la necesidad de cuidar su cuerpo, lo cual subyace en lo psicológico vivir en la inmediatez y que no existe perspectiva a futuro y el tercero su propia condición de vida y su forma de pensar (baja percepción de riesgo).

IV NECESIDADES DE POBLACIONES⁷

IVa Universo jurídico

La ramificación IV (clases 4 y 6) nos habla de un universo de necesidades en las diversas poblaciones a nivel jurídico y educativo. La clase 4 se lee en dos sentidos, el primero relacionado con la reivindicación de los derechos de las mujeres trabajadoras del sexo comercial (mtsc) ligado a la gestión política para la búsqueda de financiamiento y espacios laborales. Por otro lado, la parte de la replicación del programa a sus compañeras, es decir, promotoras de la salud. El vocabulario específico de la clase 6 muestra una falta de educación en las distintas poblaciones (Ver tabla 4).

⁷ Esta categoría la conforma dos clases, la 4 habla del programa de Mujeres contra el SIDA A.C. (MTSC) con su taller "prevención de ITS-VIH/SIDA". La clase 6 se conforma por los discursos del informante de Fundasida, del programa de Hombres que tienen sexo con otros hombres y de MTSC.

Tabla 4

Vocabulario específico de la III: Necesidades en poblaciones

IIIa: Universo jurídico

Clase n° 4 => Contexte D
11.15 % uce

IIIb: Educación

Clase n° 6 => Contexte F
7.77 % uce

<p>ellas(7), mtsc(6), mujer+(10), acercamiento+(3), ciudadana(3), accion+(5), derecho+(3), desarrollo(4), desde(7), desgraciadamente(4), its(3), soy(4), tiempo+(5), gestion<(2), decirle+(2), hora+(1), misma+(2), nadie(1), necesidad+(4), platica+(1), preguntan(2), pretendemos(2), prostitu<(2), gobierno(2), teorico(2), ustedes(2), verdad(2), investig<(3), dia+(2), financiado+(2), pareja+(3), caracter(2), contacto(1), diferente+(3), encuentr+(1), hacerlo+(1), met+(1), recursos(2), gen+er(1), ahora(3), conocimiento+(2), cort+(1), dan(1), haciendo(1), hago(1), hoy(1), sida(4),</p>	<p>bisexual+(4), falta(4), hombre+(5), sexo(6), comerci+(4), educacion(4), trabajado+(4), genera+1(3), hemos(6), mitad(1), nada(3), semana+(1), indice+(2), base+(2), homosexu<(2), consejeria(3), especifico+(2), nivel(3), trabajo+(5), herramienta+(2), comunicacion(1), dado(1), definicion+(1), evaluando(1), incidencia(1), perspectiva(1), segundo(1), vision+(1), aunque(2), cada(2), carga+(1), conocer(1), doctor+(1), ninos(1), ocurre(1), numero+(1), pre+(1), actitudes(1), conjunto(1), diagnostico(1), dificil(1), estrategia+(1), joven+(1), llegar+(1), modelo+(1), nuestro+(2), recien(1), tengan(1);</p>
---	--

Las uce de la clase 4 nos habla de la importancia de sus derechos como mujeres trabajadoras, pero también la reeducación de la misma lo cual permite tener un sustento en el campo jurídico para defenderse de las nuevas disposiciones de las autoridades capitalinas.

272-35 de cultura civica que es represiva en contra de las #mujeres #porque habla de la denuncia #ciudadana para actuar en contra de la #prostitución #así lo #dice #no, entonces #dices #bueno y entonces el #carácter moral cae #solo en la persona #ciudadana y la #mujer #cual es su #derecho pues entonces #¿no?

273 12 es decir #no es delincuente #porque #no esta tipificada su #acción pero tampoco tiene #carácter moral #porque lo esta #haciendo entonces #solo el ciudadano? es decir si yo me peleo con mi esposa en todo caso y ella es #mtsc #podria decir yo que #soy ciudadano le #hago una denuncia #ciudadana o si ella #no quiere acceder a algún #no se alguna a presión de algunas personas tendria en todo caso ser la/

252 17 a nivel autoridad delegacional a nivel colonia o personal #gestionar su salud hacia con los demás es decir tengo #derechos y #también #desde #luego tengo responsabilidades que #no obligaciones #sino responsabilidades,

El objetivo del programa se ve en dos aspectos, uno reducir los índices de infección del VIH/SIDA así como de Infecciones de transmisión sexual, otro la reeducación de las mismas lo cual conlleva a la independencia (interna y externa).

257 9 ...sería como disminuir los índices de infección de vih/ #sida yo creo en teoría lo que #pretendemos nosotros es darles...

251 45 primero que #nada #darles independencia y #educación o reeducación a las mujeres #trabajadoras #del #sexo #comercial porque independencia porque ayuda a gestionar con autoridades ya sea a #nivel salud,

La intervención dentro del programa es hacia dos campos, en mtsc y hacia la población en general, sin embargo los pocos recursos humanos dificultan las acciones. En primera instancia se daban talleres a preparatorias, universidades o ferias de la salud, pero ahora ya es difícil. Lo importante es la replicación de los conocimientos hacia diversas poblaciones.

254 17 las mujeres #trabajadoras #del #sexo #comercial mtsc, pero nosotros también participamos en ferias de la salud con estudiantes desgraciadamente nos #hemos visto rebasados en el #trabajo somos muy #pocas gentes y es muy #difícil coordinar estas acciones,

El primer acercamiento es necesario para que se de el vínculo de confianza y puedan establecer acuerdos para el taller.

286 19 #ustedes lo que necesitan es un taller de vih/ #sida y de #its y esas señoras me iban a decir #no lo que necesitamos es que #no nos quites el #tiempo #porque #estamos chambeando maestro, primero tienes que hacer el #acercamiento y #ver #cuales son sus #necesidades,

El desarrollo de sus estrategias para que se lleve a cabo el taller parte de la confianza y respeto que se observa en el primer contacto.

285 32 primero que nada el #contacto se da con las #mujeres que están por ejemplo te #voy a hablar de un grupo en vía pública #no se da el #contacto, se da el #acercamiento y se da primero una #plática informativa para #así #ver #cuales son sus #necesidades #no #porque yo #podría llegar como supuesto experto muy de corbata y traje #bueno ya #no se usa #verdad muy de corbata y traje y #decirles/

También la coordinación que se da con otras organizaciones conlleva a una eficacia de sus acciones.

313 27 nosotros somos #parte de un programa que se llama fuerza_de_tarea_, trabajo_sexual que #estamos apenas comenzando a echar a andar, tenemos carteles, folletos hicimos un despliegue de prensa tenemos #diferentes #acciones como la repartición de condones gratuita a los espacios de #desarrollo #así como #poner

estos carteles dentro de los bares aunque #no haya las #mujeres #porque #luego nos/

Los tiempos del taller son apropiados para la actividad laboral de la población.

295 21 #desarrollo de la información #¿no? hay uno de 20 minutos hay de 20 minutos hasta 300 #horas que se dividen en media #hora #no #porque entonces #no son las tres #horas en un #solo #día #sino de media #hora por #día.

La participación activa de las mujeres es primordial para la replicación del taller, además que tienen una acreditación por parte de la organización.

...entonces esto es como un fruto no ya se quedan con el (conocimiento) si ya con esto se quedan y entonces ya generamos un *vínculo no generamos una dependencia* que es lo que tratamos de no hacer... y su credencial no dice que son MTSC sino que son parte de una organización nuestro logo por ejemplo es la mitad una enfermera la mitad una mujer hicimos una mujer... nosotros pretendimos poner una mujer una mujer sensual eso si y una enfermera.

La difusión del taller repercute en el acercamiento o alejamiento de la población aun con los diversos factores de vulnerabilidad con que se enfrentan como es la violencia intrafamiliar o el tiempo de ellas.

308 25 me pinto me cambio y #nadie me reconoce #no y si estoy en el programa y si yo #voy a una escuela y que tal si me #preguntan que si yo #soy #mtsc o vulgarmente puta #bueno si a mi me lo preguntaran yo diria #desgraciadamente #no lo #soy #sino seria/

De la misma manera, el encubrimiento de los proxenetas (parejas) evitan que las mujeres se informen, sin embargo el programa lo conforman diversos temas entre ellos, autoestima para que puedan gestionar y denunciar ante las autoridades.

Cuando ya tienen conocimiento del programa se acercan, pero cuando no tienen conocimiento del programa o eh sus tiempos son cortos, parte de violencia por ejemplo algunas de ellas son parte de violencia intra doméstica, intra familiar o familiar ahora ya no es dentro sino que es familiar puesto no tienen esos tiempos no los supuestos bueno no supuestos padrotes los proxenetas muchas veces o lo que yo decía supuestas parejas no permiten el acercamiento muchas veces de las mujeres y entonces cuesta trabajo no debemos de llegar a decirles eso no otra de las cosas que genera la institución es cortar con estas codependencias no es decir él me entiende, él me quiere, él atiende y yo por eso estoy con el es que ustedes no saben es el único que sabe que yo trabajo pro eso el me guarda la lana y se la gasta le da en la madre y el bueno genera todo este tipo de cosas pero eso no se ve por las dependencias que hay tan fuertes entonces lo que nosotros también tratamos de hacer es que aparte de esta parte de salud darles esta parte de autoestima para que puedan gestionar, denunciar y separarse ¿no?.

Los problemas encontrados van desde los proxenetas hasta la estigmatización social que repercute en pocos espacios laborales y que por consiguiente no tengan ninguna protección legal ni para ella ni para su familia. En caso que se les ofrezca trabajo son trabajos etiquetados como para las mujeres como son: corte y confección, estilista, entre otros.

...ellas pudieran tener un espacio, un reconocimiento y derechos , derechos reconocidos por parte de la ciudadanía y no lo hemos logrado ¿no? cada vez que se hace una propuesta de ley cada vez que vamos avanzando viene otra cosa a frenarnos por otro lado y no nos dan una propuesta de desarrollo, o sea, el tejido, el peluche, corte y confección yo creo hijo a mi me gustaría ser peluquero pero de verdad hay muchos.

Los resultados se observan con la replicación del taller hacia otras mujeres, sin embargo están conscientes de indicar un número determinado para que continúe el financiamiento.

283 12 podido irse controlando mayormente es decir ha disminuido en mucha calidad su vida #¿no? perdón ha disminuido la #its y aumentado su calidad de vida #porque #porque #ellas #también pueden ir a pelearle al #gobierno del distrito federal en los/

294 10 te #dan mas #tiempo, dicen #bueno si #sale bye #no asisten primero diez y terminas con tres ya tres es muchísimo es muy #bueno #porque estas generando liderazgo dentro del grupo y #luego #ellas entre #ellas #mismas se van reuniendo y estos liderazgos permiten el/

La contextualidad de las estrategias se lleva a cabo desde la pertinencia lo cual permite un vínculo de apego más sólido para que se conformen liderazgos.

291 24 cuantas personas #porque nosotros #pretendemos #no es aplicarlo nosotros #sino que entre #ellas #mismas se lo vayan dando para que genere una dinámica de #acción e interacción adecuada #no #así mismo le sacamos las diapositivas o acetatos si/

La importancia de rescatar que las mtsc no están “solas” sino que tienen hijos, esposo, abre la posibilidad de no estigmatizar por su trabajo, al contrario fortalecer el vínculo de protección en ambos.

259 12 puede dialogar con su #pareja este vinculo de la protección #porque #entonces sería como yo #también #soy un cliente...

El apoyo de recursos financieros por parte del gobierno local (D.F.), de instituciones relacionadas con la salud de las mujeres, entre otras apoya a este programa, sin embargo se ven limitados en la donación de recursos de organismos internacionales por el mal uso de otras organizaciones.

264 18 tu concursas y #metes un proyecto especifico de educación o de #investigación y entonces te lo financian especificamente, indesol, #también #desde #luego nos ha #financiado algunos proyectos la organizacion_mundial_de_la_salud #también nos ha #financiado,

266 16 #investigación y #bueno #desde #luego #también tanta mala #acción por #medio de algunas gentes que se ha ido cerrando los financiamiento y lo que te piden es que seas auto_sustentable #no entonces #bueno nosotros #estamos buscando en este afán de/

Sin embargo, la finalidad de las organizaciones es ser autosustensables lo cual conlleva a una sistematización sin afectar a las mtsc.

...se han ido cerrando los financiamiento y lo que te piden es que seas autosustentable ¿no? entonces, bueno, nosotros estamos buscando en este afán de sistematización ser autosustentable ¿no? ver la manera de la autosustentabilidad sin la explotación de las MTSC aclaro ¿no? porque nosotros podríamos decir somos una organización o una asociación civil...entonces lo que estamos nosotros tratando de hacer es que haya cooperativas para empezar a generar dinero y ser autosustentable ¿no?

La evaluación interna es inherente para conseguir financiamiento, pero están conscientes de la parte cualitativa.

...es parte de una de nuestras características, tratamos de estar evaluando y evaluando para ver, pues, desgraciadamente son los números los que en los proyectos que son financiados, los números son los requeridos...

261 59 si #lupita ya salió #del #trabajo #del #sexo #comercial o no sino te preguntan que #numero de #incidencia tienes en la colonia que #numero de #incidencia tienes a #nivel nacional entonces tienes que estar #evaluando

Por lo cual, la importancia de evaluar amplía la cobertura de la población aunado a los cambios ideológicos de la sociedad.

...en momento que vamos evaluando, vamos sistematizando y vamos encontrando un mejor proyecto que puede ser más ampliado y tiene más índice en la población.

Este programa se autoevalúa a partir de la participación de las mtsc, sin embargo los problemas a los que se enfrentan son externos como es: cambios políticos a nivel local, delegacional o a través de las propuestas de legisladores.

El programa realmente ha ido funcionando, si habláramos en números, por ejemplo de personas que participan dentro de la institución es muy bueno desgraciadamente si habláramos de número de representación real legal ya a nivel distrito federal por ejemplo ¿no? yo diría que ha sido muy malo ¿no? nuestra experiencia es que cada vez que hay un cambio de gobierno o cada vez que hay una modificación en las leyes por parte de diferentes legisladores que pretenden hacer algo como esta ley de cultura cívica que es represiva contra de las mujeres porque habla de la denuncia ciudadana...

Entre las propuestas hacia esta población se encuentran ver a la mtsc sin estigma que ejerce su sexualidad correcta y adecuadamente sin tener problemas de ITS, esto implica una sexualidad responsable.

La epidemia no discrimina ninguna población específica, en la actualidad las mujeres del hogar son las más afectadas, al igual que los jóvenes.

258 20 #prostituta o sexo_servidora como en sus #diferentes definiciones lo mencionan #sino son #mujeres del hogar son estas #mujeres que #también están engrosando las filas #porque ya #no dicen es la #mtsc #sino es ama de casa que en su casa difícilmente/

Los problemas económicos dentro de las familias mexicanas ha hecho que la mujer se inserte en el mundo laboral remunerado que trae como consecuencia que mujeres letradas y no letradas trabajan en el sexo comercial.

279 19 los cambios que se han observado #desde #luego hay #diferentes niveles de #desarrollo #no de las #mtsc y antes se veía que en la calle #solo estaban las que menos educación tenían con las que menos educación contaban y #hoy #día #encuentras cualquier/

IVa Educación

La clase 6, nos habla de educación que se analiza en dos vertientes: la integración grupos con diferentes capacidades, por otro la carente información que se difunde entre poblaciones específicas. Es importante destacar que en esta clase los discursos que más sobresalen son los informantes clave de Fundasida y Musa A.C.

192 82 #aunque esta diseñada para publico_en_ #general nos #hemos #dado cuenta sobre todo en estos últimos #dos #años que si hay que #darle #ciertas #definiciones una es la perspectiva_de_genero una #consejería para #hombres y para mujeres así como #dos/

193 61 #grandes bloques y su vez #ciertas particularidades si bien vamos hablamos de practicas sexuales pero la concepción, los significados son muy

diferentes en #hombres y mujeres y #aun en #homosexuales, #bisexuales y #homosexuales entonces es un #poco la #visión que #queremos #darle seguir con esas #bases pero añadirle un plus tener mas #herramientas para poder hacer una mejor integración

215 51 este #año es el #segundo #año de #trabajo de un grupo que sesiona #cada quince días de mujeres lesbianas y #bisexuales algunas mujeres que #hemos captado en #consejería porque no vienes a este grupo y podrás #conocer algo acerca de ti\$

Lo anterior es importante al considerar las propias características de las diversas poblaciones. Por ejemplo la necesidad de información que tienen los diversos hombres con sus distintas orientaciones se refleja en los porcentajes que van a realizarse la prueba.

194 21 las estadísticas son: un 70 #hombres, 35%homosexuales y #bisexuales, 35 heterosexuales, y 30%#mujeres\$

De acuerdo con las necesidades específicas se encuentra la población de hombres que tienen sexo con otros hombres donde se incrementa la demanda con las diversas temáticas que el que ha tenido mas impacto es sexo y placer anal. De igual manera se va ampliando el programa dependiendo las necesidades de la población.

177 20 #poco mas de fondos\$ la apertura de los talleres de distintos temas antes #cada mes pero ahora #cada #dos #semana y seran rotados\$

161 11 ahora vamos a trabajar desde la #perspectiva de información, #educación y #comunicación que es ampliando #nuestro repertorio de talleres incluyendo talleres para personas que #recién acaban de saber que ah que están infectadas y talleres de negociación #del condón pero entre pareja porque lo que #ocurre/

Las diversas técnicas terapéuticas ayudan a que se de una atención integral en los diversos programas, de igual manera depende de la evolución de la enfermedad como de el cambio en la sociedad.

195 14 el #modelo se rescato #del kaunselin que fue donde se #trabajo la primera modalidad de #consejería hasta el momento es la #base, se ha añadido terapia_estratégica, una investigación de terapia_gestalt y una de humanismo,

La falta de educación sexual y los mitos acerca de la sexualidad hacen que se incremente día a día las estadísticas en l@s jóvenes y en mujeres del hogar.

250 13 dentro los #indices de los #jóvenes y las #jóvenes que no tienen precaución y cuidados o la #falta de #educación\$

249 12 es una pandemia que nos esta afectando y nos sigue afectando por la #falta de información que pretendemos solo #darle la #carga, vuelvo a repetirlo y

no es por estigmatizar o por o por tratar de etiquetar todos decimos solo a las putas y los putos les da sida no y el sida esta dentro de los #indices de las mujeres #del hogar,

Otra necesidad es la falta de programas específicos para hombres que tienen sexo con otros hombres, población callejera o mtsc.

184 11 detalle pero te puedo decir que mas de la #mitad #falta programas de atención en #especifico para H_S_H_\$(

Referente a la necesidad de los alumnos en el caso del programa de consejería es la habilidad para realizar la entrevista y el diagnóstico.

191 11 algunas #herramientas que ya #tengan en la practica en la facultad no entrevista un #poco de #diagnostico, mas que #nada la entrevista\$(

A la luz de las descripciones anteriores de los programas y su análisis con el método ALCESTE se observan similitudes y diferencias en todos los programas.

5.3 Descripción de programas gubernamentales

En este apartado se describen los programas de las instituciones gubernamentales, se hará una síntesis y, posteriormente se presentan los resultados arrojados por el método ALCESTE y el análisis de contenido.

Se iniciará con el programa estatal de VIH/SIDA e ITS del estado de Morelos, y después con el programa de atención para pacientes con VIH/SIDA del Hospital de tercer nivel del IMSS Num.32.

a) *Programa estatal de VIH/SIDA e ITS del estado de Morelos*

Este programa está dividido en cinco apartados que son antecedentes, funciones, responsabilidades, actividades, acciones y estrategias, y finalmente la coordinación (síntesis). En otro apartado estarán los objetivos específicos y las estrategias.

Los **antecedentes**: la elaboración del programa fue aproximadamente de diez años, pero se integra dentro de los 25 programas prioritarios que existen en la Secretaría de Salud con lineamientos nacionales y estrategias locales.

Los **objetivos** son:

- Incrementar el uso de las medidas preventivas entre la población con prácticas de riesgo con mayor vulnerabilidad para adquirir la enfermedad.
- Reforzar la vigilancia epidemiológica con enfoque en los padecimientos.
- Disminuir la transmisión sexual y sanguínea en las poblaciones y los municipios más afectados que tenemos en nuestra región.
- Interrumpir la transmisión perinatal del VIH/SIDA y de la sífilis congénita asegurando el acceso a la información, atención, pruebas de detección y tratamiento oportuno.
- Garantizar seguridad social a la población que la requiere, según factores de riesgo confirmado, servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuado para cualquier ITS o VIH en los servicios en las unidades del sector gubernamental del Hospital.
- Disminuir el impacto social del VIH en las personas y comunidades, en un marco de respeto de los derechos humanos.

Las **estrategias** son:

- Priorizar las acciones y actividades de prevención, en las localidades con mayor afectación, en poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad como son migrantes, usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras y trabajadores del sexo comercial, jóvenes adolescentes entre 15 a 24 años, adultos y adultas mayores, mujeres embarazadas, personas con tuberculosis, personas con alguna ITS y la población en general.
- Regionalizar y optimizar los servicios de prevención, detección, atención, tratamiento y hospitalización.
- Promover la capacitación, supervisión, investigación y apego a las mejores prácticas que han dado resultados satisfactorios, utilizándolas como herramientas permanentes en la toma de decisiones.
- Disminuir el estigma y la discriminación asociados a comportamientos de riesgo, como aspecto central para el impacto.
- Aumentar el compromiso, la asignación de recursos humanos, materiales y financieros, así como la participación de las instituciones del sector de salud públicas, privadas y de otros sectores de la sociedad en los ámbitos estatal, jurisdiccional, municipal y local.
- Establecer mecanismos de monitoreo y evaluación para garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente que dé soporte legal al programa.
- Programación de actividades y acciones encaminadas a la identificación, detección, atención y tratamiento binomio SIDA/Tuberculosis, entre la población en general.
- Promover el uso correcto y constante del condón, como medida de prevención eficaz, llevar a cabo sesiones educativas en materia de VIH/SIDA/ITS, haciendo énfasis en la población estudiantil del estado, difusión de la información a través de medios masivos de comunicación, simposios, talleres, cursos, seminarios, entre otras.

Respecto a la **población objetivo**: jóvenes, adolescentes, hombres que tienen sexo con otros hombres, mujeres en edad fértil, bisexuales, heterosexuales, migrantes, etcétera. La **cobertura** es a nivel de estado con la coordinación intrasectorial e interinstitucional con IMSS, Sedena, Instituciones privadas y organizaciones no gubernamentales, considerando los ayuntamientos con mayor vulnerabilidad (mayor migración). El **financiamiento**: aproximadamente cinco millones de pesos para este año (tratamiento y prevención). El **material didáctico**: dispensadores, propaganda, etcétera.

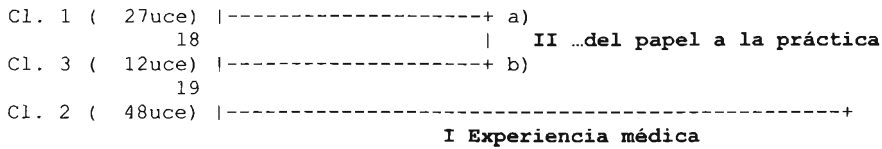
b) *Programa de atención para los pacientes con VIH/SIDA*
Hospital General Núm. 32 Villa Coapa

Los **antecedentes** inician en el año de 1995, ya que había demanda de los derechohabientes infectados y enfermos con VIH/SIDA, por lo cual fue necesario crear una clínica con su respectivo programa. El **objetivo** es la evaluación del paciente de una forma integral. La **población objetivo** es todo derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social que sea portador o enfermo de SIDA. El **procedimiento** consiste en ubicarlos en el estadio en que están (medicamente) y proporcionarles medicamento, exámenes de laboratorio (carga viral CD4, CD8). La **coordinación**: en el mismo hospital con psicología, cardiología y psiquiatría. El **financiamiento** no lo menciona, pero depende del ingreso de nuevos pacientes cada mes, es decir, al mes ingresan uno o dos y se tiene que revisar el presupuesto cada tres o seis meses, pues el costo de cada paciente es de un rango de 4 a 15 mil pesos, no considerando los estudios de laboratorio. La **cobertura** depende de la región geográfica a las que se pertenezca.

5.4 ALCESTE y la institución gubernamental

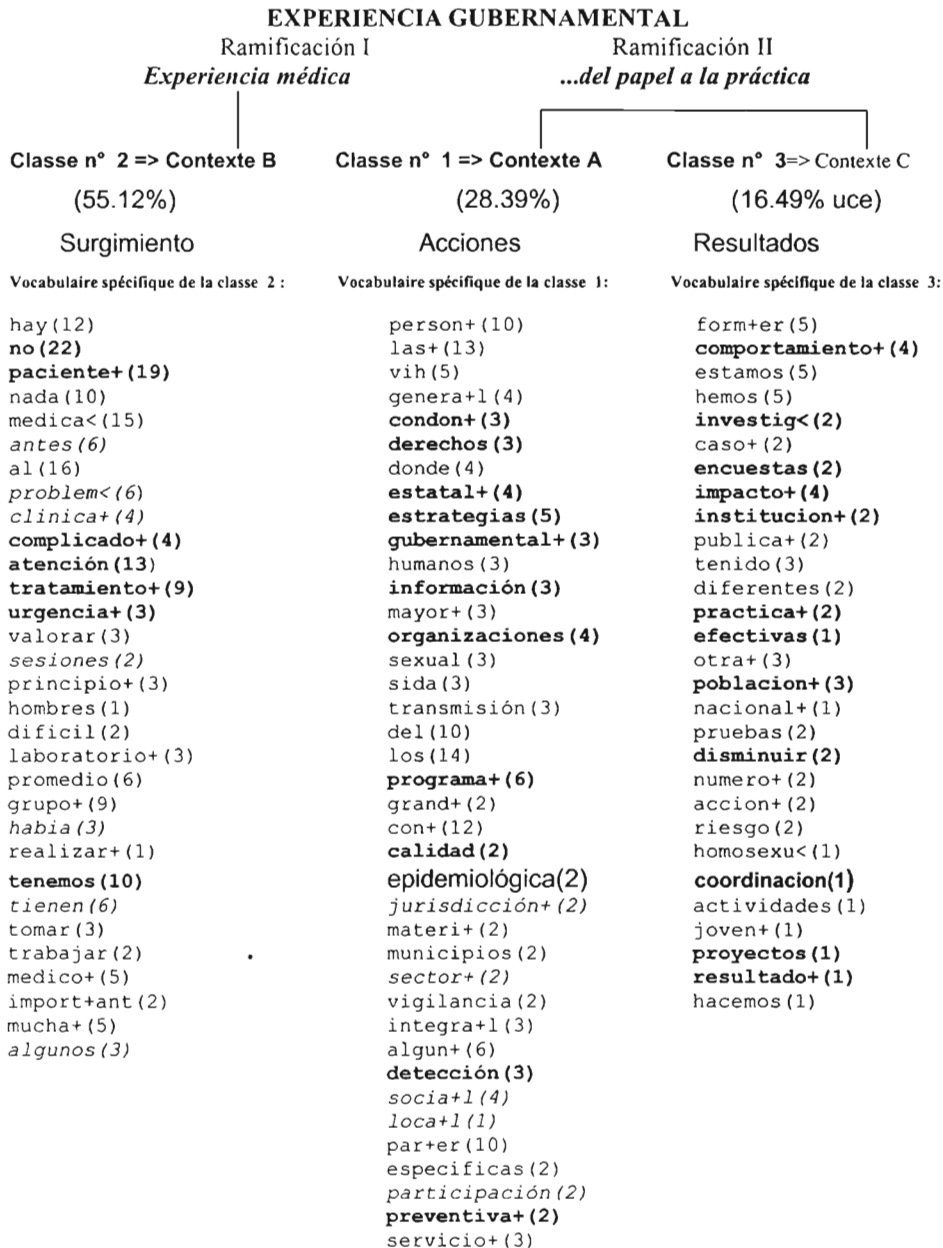
Se realizó un análisis por medio del método ALCESTE en las dos entrevistas de las instituciones gubernamentales de las dos entidades federativas. Se obtuvo una clasificación jerárquica descendiente que reagrupa el discurso (57.24% de uce) sobre los programas de prevención y atención respectivamente (ver figura 5).

Figura 5 Dendograma de clases estables



En el dendograma anterior se puede observar claramente una separación de discurso de cada programa en tres clases, de estas se obtuvo una ramificación formada por la clase 2 (**I: la experiencia médica**) es la discriminada debido a que se separa considerablemente de las clases 1 y 3 (**II:...del papel a la práctica**), pues presentan similitud lexical estas ultimas.

Figura 6



La sola lista del vocabulario más representativo de cada clase presentada en la figura 6 no basta para justificar las “etiquetas” asignadas a los diferentes mundos lexicales que organizan el discurso sobre la evaluación de programas. Esta interpretación se apoya también en las listas (entrevistas) más completas, así como con las unidades de contexto elemental (uce) más representativas de cada clase.

En la ramificación I titulada *experiencia médica*, se observa como se da el surgimiento de la clínica de atención a pacientes con VIH/SIDA dentro de un Hospital de tercer nivel. En este sentido, las diferencias entre los médicos en cuanto a la intervención generó un cambio respecto al número de doctores a cargo de la clínica.

107 19 el #problema #fue que era #fue necesario iniciarla #porque teníamos #mucha llegaron a llegar #muchos #pacientes #eso #fue #casi en 96, 95 empezaron a llegar #muchos #pacientes,

128 12 #al #principio #al #principio los #principios años #fue #difícil #porque #había #mucha nos relegaban #mucho por #eso se busco que #no hubieran que #no hubiesen tantos #médicos así tan tantos atendiéndolos #porque #antes éramos tres o cuatro inicialmente/

129 10 bueno se trato de probar un #clínica que un #solo #medico #lo manejara uno o dos #médicos y diera la #atención completa sin así que #no hubiese #nada de #problemas #al #principio #fue #difícil tanto en el área #medica como el resto de #pacientes,

Una vez iniciada la clínica, el impacto que se percibe ha sido positivo, constatándose con la reducción en el ingreso a urgencias en fines de semana, además de una mejor calidad de vida para los pacientes.

111 6 #ya #tenemos menos ingresos a #urgencias, #ya #cuando #llega un #paciente #complicado es a #lo mejor de que es por primera vez o nunca estuvo #dentro de nuestro #grupo de #pacientes.

136 8 #pero #todavía falta #mucha prevención eh y como de repente se pierde la noción de la #problemática y como #antes la gran mayoría moría tempranamente ahora #no viven #mas tiempo 8 o 10 años #pacientes en #tratamiento que #tenemos también #pero es/

Una de las acciones llevadas a cabo por los pacientes para un adherencia al tratamiento consistía en la asistencia a un grupo de apoyo cada semana, no

obstante, la situación económica de cada paciente imposibilita la asistencia a este grupo, por lo cual es difícil el avance en los pacientes.

120 9 #ellos como #grupo #tienen un han formado un #grupo entre #ellos #mismos, #ellos #tienen sus #sesiones aparte y #eso mm #pero #no ha continuado #porque es #medio #complicado #porque la mayoría de #ellos trabajan son #pacientes activos por #eso #no pueden venir cada ocho #días #porque #al inicio eran cada ocho #días por #eso #no/

Sin embargo, el tiempo y la personalización de la atención disminuyen la sintomatología asociada.

139 18 en que #momento quitarlo o #hay que continuarlo #porque como #medico #lo que #mas buscas es que tratar que mejore tu #paciente en condiciones en-general, #pero #llega un #momento en que #tiene otras alteraciones en su organismo en el hígado a nivel renal y en #ese #momento #hay que suspenderlo por tener contraindicaciones #al uso de #medicamentos #no es cualquier #cosa #ese #tipo de #medicamentos #no es/

132 6 en #promedio de 20 a 30 35 minutos a #veces nos podemos tardar un poco #mas si #porque #hay otro #tipo complicaciones y #hay que #estar buscando otras #cosas pidiendo #mas estudios.

115 6 si requieren o #no #tratamientos si su #atención #medica mensual #hay que #valorar #muchas #cosas exámenes de #laboratorio, carga viral CD4 CD8 que son las principales elementos que #hay que #valorar sobre #eso plantear un #tratamiento y es posteriormente el seguimiento

La coordinación entre las distintas especialidades dentro del Hospital posibilita una atención integral, desde lo psicológico hasta lo físico.

141 6 SIDA #hay #medicamentos que se eliminan por hígado y a nivel renal #tienen efectos secundarios en el #mismo organismo y #cuando se presentan #hay que evaluarlos que tanto te esta beneficiando y que tanto te perjudica y de #acuerdo a #ello #lo/

119 5 cardiología y también #ellos en algún #momento si requieren alguna #atención se envían y son manejados o también la #atención psiquiátrica #no en algún #paciente que detectemos alguna alteración los dirigimos los mandamos #ellos.

El presupuesto destinado al tratamiento de VIH/SIDA es proporcional al número de pacientes que ingresan mensualmente (D.F), aunque a nivel nacional este recurso económico se establece por prioridades políticas en los distintos programas, lo que significa que el tema del VIH/SIDA no es uno de ellos.

150 9 nosotros de #acuerdo #al numero de #pacientes que tengamos #tenemos un numero bueno si un presupuesto #pero es en cantidad de #medicamentos que #tenemos #hay incrementos habitualmente un #promedio de 3 4 #pacientes por mes nuevos que llegan #ya/

125 6 entre 4 y 6 es un #tratamiento #mas o menos #promedio, #pero ahorita el #tratamiento #hay #veces que #llega a 12 o 15 mil pesos #porque a #parte de #eso #hay otros #medicamentos #mas es #muy variado\$

Lo subjetivo del ser humano implica una disonancia entre las medidas preventivas y las prácticas que lleva a cabo, pues a pesar de que en este programa se brinda atención y en algún momento se hacen recomendaciones para protegerse a ellos mismos y a los demás, esto no siempre se lleva a cabo.

110 7 es que #no se #puede #valorar, #no de esa manera #no se #puede #valorar. #porque #pues #aquí #puedes explicarle todo #al #paciente #no #hay que evitar esto, estas condiciones #cuando #tienes parejas ocasionales #hay que protegerse, #pero si hemos visto en #cuanto a la #atención #medica ha mejorado #mucho en #ellos para #ellos,

112 4 esto correspondería a una #atención #mas que #nada en una #atención en su #clínica unidad #medica familiar #no #seria un #poquito #mas para #ellos\$

Entre las propuestas que se deben de considerar esta la prevención como arma principal para la detención de esta epidemia y la educación sexual desde edades tempranas.

147 7 que han estimulado otras #cosas #pero han #dejado pasar elementos #muy #importantes\$ #no, #aquí #lo ideal es la prevención, #aquí #lo ideal #seria la prevención #nada #mas que como #clínica así como #tal esta ideada para #puro #tratamiento de #pacientes a #lo mejor si #tenemos algo a estimular #al #paciente #hacer #mas consciente y #eso,

La ramificación II titulada *...del papel a la práctica* describe por medio del vocabulario de la clase 1: **las acciones** que a su vez se subdividen en dos a) las estrategias a realizar y b) la coordinación interinstitucional, que son elementos necesarios para lograr los objetivos, misión y visión del programa. A continuación se presentan las unidades de contexto elementales más significativas que ilustran lo mencionado:

16 29 #sida y que #las #personas afectadas tengan acceso a una atencion #integral de #calidad en un marco de respeto de la diversidad y de #los #derechos #humanos\$

22 17 disminuir el impacto #social #del #vih en #las #personas y comunidades en un marco de respeto de #los #derechos #humanos\$

14 16 la vision es: definir, planear, coordinar #las acciones necesarias en un marco de consenso y descentralizacion #para que #los #sectores publicos, privados y #las #organizaciones #sociales #del estado se comprometan en la lucha contra el

#vih/ #sida #con el objetivo de disminuir el riesgo la vulnerabilidad y el impacto en #las #personas y #las comunidades\$

49 8 COORDINACION #con #organizaciones civiles de la sociedad, #donde el #programa ha impulsado su #trabajo, apoyando #con donacion de #condones y #material impreso #para difusion, asi como apoyo a proyectos de intervencion en #los grupos de poblacion que #trabajan.

La constante vinculación con los diversos organismos de la sociedad civil y los laboratorios clínicos hacen que las acciones tengan un resultado satisfactorio ante esta epidemia.

La clase 3: **resultados** habla acerca de cómo las intervenciones realizadas por el programa en cada sector ha tenido el impacto deseable, a pesar de la movilidad de las poblaciones, como son los migrantes o turistas. Pero que si se ha reflejado de manera considerable en tres aspectos: la morbilidad, incremento de pruebas serológicas y la calidad en la atención.

70 30 uno de los los #impactos que #hemos #estado #teniendo es la reduccion de la mortalidad, esto nos traduce de #una #manera mas eficiente las #acciones. #otro de los #impactos que #hemos #tenido es #el #numero de #pruebas que se estan realizando la #gente #tanto en #instituciones #publicas #como en las privadas, #el #numero de #pruebas para tamizaje de VIH;

73 13 entonces #el #numero de #pruebas a comparacion anterior a 1999 ha incrementado mas del 100, entonces es #otro #impacto que nosotros #estamos midiendo de #una #forma indirecta y #tambien, #bueno, la satisfaccion en #el #caso de atencion medica,

Un aspecto interesante en este programa es la vinculación de las investigaciones llevadas a cabo en esta entidad con la práctica cotidiana, en otros términos, la estrecha relación con el Instituto Nacional de Salud Pública refleja la preocupación por los tomadores de decisiones para regionalizar las intervenciones.

39-29 #desde 2001 #estamos trabajando #estas #encuestas de #comportamiento a #diferentes grupos #poblacionales, #encuestas centinelas para #poder #conocer #mejor o #tener #mejor conocimiento de prevalencia en #el #estado.

38 17 #tanto en la #forma económica en #el sentido de que son #investigaciones que van viendo que #tanto #esta #el costo efectividad en nuestros servicios, en atención medica o en atención de detección, #otras #han #sido dirigidas con #encuestas de #comportamientos,

36 18 promover la capacitación, supervisión, #investigación y apego a las #mejores #practicas que #han dado #resultados satisfactorios, utilizándolas #como herramientas permanentes en la toma de decisiones. afortunadamente, por #tener tan cercano al instituto #nacional de salud #publica #hemos #tenido #una

participación con distintas #investigaciones y de #estas #hemos tomado algunas estrategias que #estamos aplicando en #forma operativa de estos #resultados y #bueno,

Dentro de los aspectos sociales asociados al VIH/SIDA se señalan las diversas intervenciones hacia la misma población afectada y la población en general para disminuir la discriminación y el estigma.

75 13 tratamiento #todos los talleres de sensibilización y de #practica que #hemos realizado con los pacientes, #estas son #como las mediciones indirectas porque es imposible medir un #impacto real pero si a #través de #estas mediciones indirectas vemos que ha empezado a #disminuir de #una #manera u #otra #cambios de #comportamiento y #una reducción o/

41 7 #disminuir #el estigma y la discriminación asociados a #comportamientos de #riesgo, #como aspecto central para #el #impacto\$

Sin embargo, lo que se podría cuestionar es que dentro de las estrategias no se encuentra ninguna hacia la comunidad homosexual por parte del gobierno local ya que se les relega a las cinco organizaciones no gubernamentales.

9-6 #dos de ellas a #población lesbico gay y la #otra #homosexual, y las #otras tres mas dirigidas #hacia la juventud, #hacia los #jóvenes mas que #hacia los adultos y #una de asistencia social que #esta en Cuautla que atiende, #como asistencia social ayuda, asesora,

Como se ha podido ver desde la experiencia gubernamental las acciones han sido efectivas en ambos programas.

5.5 ALCESTE y experto

Los resultados arrojan clasificaciones jerárquicas descendientes idénticas en los dos análisis, con tres clases cada una y la misma estructura de relación entre ellas, por lo que puede ser considerada como una clasificación confiable.

Figura 1 Dendrograma de clases estables



Las 3 clases reagrupan 78.49% de las unidades de contexto elemental que constituyen el total de los listados, se considera un porcentaje aceptable porque solo se eliminó el 22.51%. En el dendrograma anterior se observa que la estructura jerárquica de las clases se divide en dos grandes ramificaciones (I y II). La clase 2 es la primera discriminada, pues se separa de las dos restantes teniendo así un mundo lexical diferenciado de las anteriores. Mientras que las clases 1 y 3 (II) son similares en sus mundos lexicales, es decir, se encuentran relacionadas entre sí.

Tabla 7. Vocabulario específico de cada clase

Ramificación II Descifrando el sistema de salud	Ramificación I El quehacer cotidiano	
<p>Debilidades Vocabulaire spécifique de la classe 1: (20.50% de uce)</p> <p>todavía (4) cosa+ (4) cuenta (3) estructur+ (4) grupo+ (5) interes+ (3) realmente (4) servicios (5) sino (3) sociedad+ (2) solamente (3) tratando (2) mexico (4) civil+ (1) asi (2) cual+ (4) hace+ (5) jovenes (2) lo (7) punto+ (2) tal (2) tienen (6) ya (3) las+ (7) dos (2) con+ (6) aqui (2) cuestion+ (2) dado+ (1) diferente+ (1) epidemia (2) estan (4) hecho (2) mismo+ (2) momento+ (1) mucha+ (2) prevencion (1) sea (3) ser (3) tema (2) tiene+ (4) toda+ (2) trabajan (1)</p>	<p>del control a la acción Vocabulaire spécifique de la classe 3: (32.13% de uce)</p> <p>loca+1 (5) problem< (8) nacional+ (6) segmento+ (6) institucion+ (6) sistema+ (6) caracter (4) iniciativa+ (5) secretaria (2) nivel (4) regional+1 (2) asunto+ (2) conjunto (2) informacion+ (3) personas (4) salud (11) otro+ (8) par+er (11) podria+ (4) particular+ (1) yo (8) creo (10) entonces (11)</p>	<p>Vocabulaire spécifique de la classe 2: (47.38% de uce)</p> <p>evaluacion (11) proceso+ (13) impacto (9) poblacion+ (8) resultado+ (6) cobertura+ (5) metodos (5) practica+ (6) pregunta+ (4) atencion (5) componente+ (5) supuesto (4) quehacer+ (3) indicadores (5) programa+ (10) relacionados (3) recursos (1) cualitativo+ (3) acciones (2) implementacion (2) traduc+ (3) cambio (3) aspecto+ (3) calidad (2) investig< (4) import+ant (6) condon+ (6) relacion+ (5) medir (3) preventivo+ (5) vih (3) medicion+ (3) medica< (2) caso+ (2)</p>

El análisis del vocabulario específico de cada clase (ver tabla 7), muestra que cada una hace referencia a un mundo lexical diferenciado: *el quehacer cotidiano (I) y descifrando el sistema de salud (II) que expresa las debilidades de este sistema (IIa) y del control a la acción (IIb).*

La primera ramificación reagrupó el 47.38% de las uce, en esta se destacan los *componentes necesarios* para llevar a cabo una evaluación de programas. Los instrumentos de monitoreo que utilizan los programas en general son de corte cuantitativo, sin embargo si se ve una autoevaluación, pero se debe de considerar el enfoque cualitativo con los distintos indicadores en los tres niveles que se manejan en la evaluación: el diseño, implementación e impacto.

Las unidades de contexto elemental nos muestran en la clase 1 (*el quehacer cotidiano*) la falta de una estructura económica, política y social para llevar a cabo una evaluación de programas ya sea de salud, social o educativo con cualquiera de las dos metodologías a nivel nacional o internacional en países en vías desarrollo.

Existen indicadores cuantitativos y cualitativos, no obstante en la mayoría de los programas los más utilizados son los cuantitativos que se recolectan a partir de la cantidad de conferencias, cantidad de condones dados, entre otros. Los programas de prevención se enfocan básicamente en promover el uso del condón; los programas de atención se centran en brindar una atención de calidad con indicadores de eficiencia y efectividad como los más importantes. Sin embargo, en la realidad es difícil ver el impacto de cada programa a nivel preventivo, esto se hace palpable cuando se pregunta a los jóvenes si traen consigo un condón.

16 12 entonces crean sistemas de registro para estar evaluando sus #quehaceres no que #tantos #condones distribuí, que tantas platicas di que #tantos pacientes atendí, etcétera. #estos son #los #indicadores cuantitativos en #una #evaluación,

26 11 soporte social para #ellos no #mas en #estos #componentes y por #supuesto están interesados en difundir información preventiva en promover uso del #condón y todo #esto, pero en términos de #métodos para evaluar eso que #ellos están haciendo #digamos #una auto evaluación de su #quehacer hay #una realidad #muy #importante #tanto por #métodos cuantitativos #como por #métodos #cualitativos no,

33 8 #una #atención de #calidad, entonces hay algunos #indicadores claves también o categorías #mas que #indicadores claves que permiten el monitoreo y la #evaluación de #estos #programas, entonces podrias #indicadores de eficiencia para #ver productividad efectividad que #tanto funciona #esto en la #población #misma, #aspectos #relacionados con la #calidad #tanto en la estructura #como en/ #procesos de #atención #como en #los #resultados de la #misma,

85 7 pero #cuando #uno va a #una discoteca y tu #preguntas haber quien trae #condones de aquí #una #muy escasa proporción trae disponible en ese momento #condones #cuando tu sabes que de #ahí #una proporción bastante alta va a #tener #relaciones sexuales,

31 6 #población no #digamos con esos #componentes grandotes #uno podría estructurar #mas o menos fácil #una #evaluación no y #los #componentes que ves adentro de cada #uno de la estructura de #los #procesos,

22 5 etcétera todo eso no pues a través de #métodos #cualitativos no que seria #como instrumentos #mucho #mas seguros que te permitirian hacer #una #evaluación #mas conveniente en todos #estos #procesos no,

Considerar a la salud como una relación causal es limitarse en este ámbito, ya que no siempre los resultados se reflejan en lo físico.

2 5 #cambio de la salud en la #población, #ahora #esto es #una distancia #muy grande y no #siempre es #una #relación causal #propiamente dicha no, las #acciones que llevan a cabo #los #programas de salud no #necesariamente tienen que expresarse en un #cambio en #los perfiles de salud,

Las distintas intervenciones que han realizado los distintos programas se enfocan a un modelo individualista, con ciertos cambios de comportamiento sexual para disminuir la infección del VIH, con lo que se deja de lado otros factores que los hace vulnerables.

12 5 ni curativos ni rehabilitatorios #tampoco y entonces queda/ un ámbito social #muy #importante para #estos asuntos de salud. la #evaluación de #impacto en/ #los #programas #preventivos de #vih/ sida tienen que #ver #ahora bueno buscan #mucho el #cambio/ de comportamiento en las personas, el #cambio de comportamiento sexual y #unas #practicas/ que les llaman seguras,

La posición del investigador en la selección de los métodos para llevar a cabo una evaluación tiene que ver con su postura, mientras que en la evaluación de los programas federales esta implica considerar ¿para qué se quiere evaluar? y la forma más práctica de hacerlo.

20 5 #cuando hablas de #métodos #propiamente dicho, #métodos de #evaluación #uno se coloca #mas desde la perspectiva de #investigación entonces #ahí si quisiera diferenciar que #esto no funciona, #uno es la #practica de #los

servicios de salud #como evalúan #ellos y luego lo otro lo que se hace en #investigación,

15 4 en la #practica las instituciones de salud tienen algunos #indicadores para ir evaluando #estos #procesos no y eh #ellos utilizan números porque es #una #manera #digamos rápida, fácil de obtener información,

21 3 en #investigación por #supuesto que #ahí #uno #tendría oportunidad de hacer diseños específicos en #los cuales podrías utilizar #métodos #cualitativos para identificar #procesos no de #atención, comportamientos, valoraciones, consecuencias de valoraciones #como estigma, discriminación, rechazo,

Los modelos para evaluar dependen de los objetivos de la investigación, y van desde modelos tradicionales que serían los lineales hasta los circulares.

24 5 epidemia en fin puedes combinar #los dos, #tanto de #los #procesos #como de #los #resultados\$

30 5 #investigación de #los objetivos mismos de la #investigación, pero #los diseños #mas clásicos tienen que #ver con conocer un poco #los #procesos, que #relación tienen #estos #procesos con la #manera en que estan organizados o estructurados #los #recursos y que #relación tienen que #ver #estos #procesos con #los #resultados no derivados de la #atención y el #impacto finalmente en el bienestar de la/

29 2 hay modelos para hacer #evaluación, por #supuesto la #gente que se dedica a #investigación #tendría un poco que conocer metodología para #decir bueno el mejor diseño que yo tengo que hacer para #medir #algún #resultado n que ande buscando tendrá que #ver #mucho con la #pregunta de/

Los programas de atención se evalúan con indicadores referentes a la calidad, cobertura, acceso de la población vulnerable, entre otros. Así se da un reflejo de cómo se esta brindando la atención

32 5 #los #resultados y del #impacto mismo digo están #muy ligados con la #pregunta #misma no, pero podrías utilizar #indicadores #relacionados con la #calidad de #los servicios, que #tanto #estos servicios están contribuyendo a que las #poblaciones #mas desprotegidas #tengan acceso, #cobertura menor gasto etc.

Es importante, considerar a la psicología para intervenir en los programas preventivos y de atención, además de su incidencia en la realización de actividades que sean significativas para la población objetivo, en otras palabras, que puedan incorporarlas en su vida cotidiana.

14 3 que #tanto no y que #tanto se adopta o no el uso de #condón #como #una #practica cotidiana en el/ ámbito #preventivo; #cuando #los #casos ya están dados #como #casos clinicos de #vih o sida, bueno #ahí tiene que #ver #mucho #mas con cuestiones de carácter #mas psicológico y físico también y tendrán que #ver todos #los #procesos de #atención de medico paciente estas #mediciones\$

La evaluación de los programas a nivel federal, estatal y no gubernamental, muestra algunas lagunas referentes al impacto, cobertura, pertinencia, sostenibilidad, entre otros. No obstante, en la mayoría de los programas de salud, educativos y sociales el ámbito de los resultados se mide en el impacto que se tiene en la comunidad.

27 3 entonces si hay #una deficiencia #importante no de hecho si tu vas con #una organización social a pedirle un poco cual es #como están evaluando #ellos su #quehacer, que #tanto #impacto tienen, donde estan sus #coberturas,

34 3 creo que #tendrías #ahí #como/ algunos #componentes #importantes en la #evaluación de #los #programas\$

1 2 la #evaluación de #los #programas de salud en-general tiene que #ver #mucho con #componentes #relacionados #mas que nada con el #impacto que se tienen en la #población o sea que #relación hay entre las actividades que realizan #los #programas y el/

La segunda ramificación reagrupó en total el 52.63% de las uce, titulándose *descifrando el sistema de salud* en las cuales se señalan los elementos necesarios para llevar a cabo una evaluación de programas, por un lado *las debilidades de este sistema (clase 1)* y por el otro *las alternativas de acción (clase 3)*.

La clase 1 nos habla de la falta de recursos humanos y económicos para realizar una evaluación sistemática en cualquiera de los programas, ya sea de manera cuantitativa o cualitativa. Lo anterior, consecuencia de la situación política y económica en nuestro país, no obstante, la consulta de los diversos expertos en el tema del VIH/SIDA contribuye de manera considerable en la disminución de esta epidemia.

17 31 los #servicios de salud #tiene poca #estructura #todavía y no hablo #solamente de los de #México #sino en-general #tienen poca #estructura de #hacer análisis cualitativo eh que de #cuenta mucho de #las formas de #lo que #están haciendo tanto en el/

Cada programa elaborado subyace a los distintos intereses de los sectores de la sociedad, en otros términos, la diversidad de objetivos y estrategias implican la inclusión de diferentes grupos e ideologías.

36 14 los programas #asi visto representan #intereses de #diferentes sectores entonces un programa de SIDA como el de #México resumen #puntos de vista,

#intereses de #diferentes #grupos ¿no? no necesariamente es el programa gubernamental aunque #lo ejecute el gobierno no,

De tal suerte, que cuando se comparan los programas elaborados por el gobierno federal y la sociedad civil en el momento de evaluar, la ideología que los subyace es para el primero dar resultados inmediatos; mientras que para el segundo gestión política para obtener recursos y redes de apoyo.

25 4 de #hecho la #sociedad #civil #tiene poca #estructura si los programas gubernamentales #tienen escasa #estructura, la #sociedad #civil es #todavía menor no, #las iniciativas de la #sociedad #civil #tienen mas que ver #con #cuestiones de gestión política y #con aspectos relacionados #con búsqueda de crear redes de apoyo para #las personas,

48 2 #salud #para resolver las demandas mas inmediatas a los grupos que están integrados ahí #esta #el frente #nacional de #personas que viven con VIH/ SIDA, #pero #hay #otros frentes #también de #carácter #local u #otras organizaciones que trabajan mas con componentes preventivos,

Los programas innovadores impulsados por la juventud, hablan de una creatividad desde su propia trinchera para beneficio de la comunidad y así poco a poco disminuir la epidemia, ya que constantemente se renueva por la dinámica del fenómeno.

76 13 es un #tema novedoso a comparación de la lepra o tuberculosis que #ya conocemos de siglos atrás, entonces hay un #interés renovado permanentemente por #grupos #jóvenes por gente que se mete a investigación por los propios #servicios de salud que #están creando #cosas,

En el momento de diseñar un programa, es necesario considerar el contexto, los recursos, el marco teórico, entre otros aspectos. Sin embargo, la pertinencia del programa es esencial para su buen resultado, por ejemplo la epidemiología de la frontera es diferente a la de Morelos, en otros términos, regionalizar las acciones.

68-12 ver #cual es la #estructura #con que se #cuenta para/ explicar #las #cosas eso es #lo importante, que cuento yo para #hacer eso que tengo que #hacer y/ en que condiciones estoy #tratando de hacerlo también entonces son #dos #momentos muy/ útiles y #tienen que prevalecer...#o sea no es #lo #mismo diseñar un programa para Morelos que/

Por otra parte, enfocar los esfuerzos en poblaciones que tienen una vulnerabilidad social (poblaciones móviles), es fundamental para aminorar la epidemia. Sin embargo, no se deben dejar de lado las poblaciones que están en este momento

introduciéndose a las estadísticas mundiales y nacionales como son: jóvenes y mujeres.

43 11 el estimular a que los #servicios de salud promuevan #realmente información útil para no #solamente #grupos etarios como pueden #ser #jóvenes o adultos #sino para determinados sectores sociales que son #realmente sectores vulnerables a la #epidemia/

44 9 no como podrian #ser: migrantes indocumentados, trabajadoras sexuales, trabajadores agrícolas que tenemos #aquí en el país en fin #tienes #grupos que no responden a edad #solamente #sino que #tienen determinados contextos de vida que los #hace vulnerables a la #epidemia.

La constante discriminación que existe en México, no permite que las poblaciones mencionadas arriba tengan un programa específico, lo cual empeora su vulnerabilidad aunada a la cuestión política de los grupos conservadores.

49 8 los #cuales no siempre es fácil vincularlos a los programas oficiales de la ssa hay que tomar en #cuenta también que nuestra #sociedad #aquí en #México no #toda es pareja hay #grupos sociales que #todavía hasta ahora no esta de acuerdo #con que se/

La desigualdad en el sistema de salud entorpece las acciones emprendidas por el gobierno federal, ya que cada grupo vela por sus propios intereses desde los altos funcionarios hasta los trabajadores.

53 8 los que #trabajan en #las empresas, #tienes el ISSSTE para burocratas, #tienes los de PEMEX, los de/ la MARINA #tienes. y dentro de ellos #todavía #están #las burocracias de elite no entonces de/ repente los jefes, los directores #tienen #servicios públicos pagados por #las propias/ instituciones publicas #lo #cual #ya contradice el sentido #mismo,

58 5 no, entonces todo ese conjunto de #intereses se muestra ahí también desde problemas tan ampliamente sensibles como puede #ser el VIH/ SIDA #con estos obstáculos #estructurales para funcionar por #lo #cual es muy difícil atribuirle por ejemplo a la coordinación de CENSIDA el #hecho de que tenga problemas de funcionalidades #realmente ellos quisieran #tal #vez #hacer otras/

59 2 #iniciativas. cada pedacito #del #sistema trata de hacer lo que a su conveniencia o a su consideración cree que #mejor\$

Sin embargo, una de los aspectos a considerar es retomar la prevención como arma principal para reducir este fenómeno, pero también debemos de resaltar la libertad de moverse dentro del territorio mexicano en busca de mejor atención.

Otro aspecto para la reflexión es la creación de puntos de facilitación de condones, en donde es probable que vayan a tener relaciones sexuales: discos, lugares solos, autos, baños públicos, entre otros.

80 2 en México se dan las dos cosas, prevención y atención, tal vez uno quisiera ver mas intensificada la prevención con mucha fortuna ahora por lo menos a nivel discursivo en los servicios de salud hay disponibilidad en territorios legales para prácticamente todas las personas diagnosticadas con/

87 3 facilitar puntos de acceso para todos a los condones, o sea, no se si deberíamos hacer condonerías rápidas como las pizzas o condón móvil y cosas así pero tendría que haber una iniciativa que facilitaría el acceso a los condones,

La clase 3 nombrada *del control a la acción* señala los elementos a considerar para renovar el sistema de salud y así el tema VIH/SIDA sea prioritario y se atienda de manera global. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo sobre migrantes en Centroamérica se destaca la vinculación entre los tomadores de decisiones locales y las investigaciones efectuadas sobre el tema, en otros términos, disminuir el control federal para poder hacer acciones efectivas en conjunto.

74 12 atender una parte del problema que es el problema de la migración centroamericana que pasa por México, pero ese es un segmento muy pequeño del problema, pero experiencias de este tipo lo que te muestran es que si a nivel local hay mucha posibilidad de generar formas de colaboración si se rompe un poco el nivel de control central que tienen las instituciones\$

79 12 SIDA y a las personas de salud les facilitaría todavía el manejo integrado yo de un problema de este tipo\$

Regionalizar las estrategias de intervención, sería una manera eficaz de atacar el fenómeno del VIH/SIDA en la República Mexicana, pues considerar las diferencias locales de la población (pertinencia) tendría un beneficio para esta, por la identificación en los spot televisivos, carteles, historietas, entre otros.

64 11 el otro creo que podrian haber iniciativas también de carácter regional y no nacional en donde se atendiera un poco mas a los problemas o a los contextos locales no un poco mas amplificado tal vez a regiones los estados para ser mas/

70 7 otro mundo esa dimensión multicultural que hay creo que habría que recuperarla en base a/ todo este carácter regional. A nivel regional también se puede llegar a acuerdos muy bueno/ relativamente mas fácil entonces México se mueve mucho entre la cultura de amistad de el/ compadre de.

66 6 #pero por #ejemplo uno mira los carteles y los carteles se imprimen a #nivel #nacional o sea #esa noción que puede tomarse a #nivel #local/ y hacer sus propias #iniciativas #yo #creo que #también #podría ser como un ingrediente #para/ modificar esto.

También, administrar los servicios de salud de manera local puede contribuir al descenso de la epidemia, ya que permite una comunicación fluida por los mismos responsables de las instancias.

71 11 #entonces es posible que los señores que están dirigiendo estén en la/ #secretaria en #otra dinámica con #otro #tipo #también de interacciones que #podría ser mas/ fluido si a #nivel #nacional cedieran un #poco las presiones de control no que tienen sobre/ #estas #instituciones y les permitieran un #poco administrar con un #carácter mas #local #todo #el/ #asunto de los servicios de #salud\$

La diferencia de CONASIDA y CENSIDA es la rendición de cuentas, en otros términos, cuando era consejo permitía la voz de los distintos sectores de la sociedad, mientras que cuando se vuelve centro, la Secretaría de Salud es la que maneja nuevamente lo relacionado con el VIH/SIDA.

62 10 la idea que tenia inicialmente que fuera un consejo formado por #el #conjunto de #instituciones #entonces #al transformarse en centro #nacional se adscribe mucho mas a un #segmento de nuevo a la #secretaria de #salud que como conglomerado de/

61 7 #hay algunos esfuerzos que se hacen en términos de colaboración entre las #instituciones de hecho #el consejo #nacional de SIDA es una #iniciativa de ello que se transformo después en centro #nacional de SIDA lo cual #yo #creo que perdió un #poco de/

59 2 #iniciativas. cada pedacito #del #sistema trata de hacer lo que a su conveniencia o a su consideración cree que #mejor\$

63 2 #instituciones. #entonces #ese seria #el primer paso que #habría que reconsiderar #creo #yo en términos de la conveniencia de haberle puesto centro y no mantener #el consejo a lo #mejor o a lo #mejor no #pero pienso que #podría ser #ese un comienzo.

Ante esta panorámica, se proponen: 1) la formación de espacios en donde expresar la creatividad de las estrategias en prevención y atención del VIH/SIDA para ir ampliando las acciones desde la investigación; 2) vincular el fenómeno del VIH/SIDA con otras enfermedades, es decir, prevenir desde las enfermedades terminales como el cáncer.

77 7 #entonces crear espacios #para #esa creatividad digamos #para que #ese producto que se están integrando puedan distribuirse, diseminarse, difundirse, discutirse, etcétera. es #también #otro espacio que #yo #creo #podría ayudar

#para adelante eh y #el #otro tema que #yo #creo que #hay que ventilarlo #el
#problema #del SIDA a #otros #problemas no #creo que #habria que verlo como
#parte #del #sistema de #salud como #parte de los/

90 2 #también #para ellos ¿no?, o sea, #todos tendríamos que ir teniendo en
cuenta #este #asunto #del sida no creando #informaciones diferenciadas #para
#todos los #segmentos de la población #pero #al mismo tiempo insertando #el
#problema #del sida como #parte #del #conjunto de #asuntos de #salud\$

Como se puede observar, existen datos fundamentales e importantes, que resulta conveniente retomar; por lo tanto, el capítulo siguiente tiene como propósito discutirlos y analizarlos.

Capítulo 6

Discusión

El arte de evaluación implica crear un diseño y revelar la información que es apropiada en una determinada situación y en el marco de una política determinada...

Michael Patton(1987)¹

La evaluación de los programas de VIH/SIDA, desde mi postura como investigadora (externa), requiere de un proceso más largo, sistemático y coordinado, que involucre tanto a las poblaciones objetivo (jóvenes, MTSC, HSH, niños y jóvenes en situación de calle, enfermos crónicos, derechohabientes, población en general, etcétera) y a los “operadores” (los que se involucran en las actividades a nivel preventivo y de atención), ya que la presente tuvo como finalidad un primer acercamiento a los responsables de los programas a través de su discurso a manera de reconstruir los modos específicos de diseño implementación y resultados, los cuales en su mayoría, eran los que diseñaron y en algunos casos los ejecutaron. Ya que como se ha visto los esfuerzos de prevención funcionan realmente y son más eficaces cuando involucran a las comunidades y se combinan con programas sólidos de asistencia y apoyo a las distintas poblaciones.

Partiendo de los resultados presentados anteriormente, es necesario remitirnos a la historia de las Organizaciones no Gubernamentales (ONG’s), las cuales han liderado acciones específicas en la población vulnerable de la epidemia del VIH/SIDA y estas surgen por la falta de respuesta del estado ante los distintos problemas de salud pública, como es el caso del VIH/SIDA.

Las ONG’s son agrupaciones que surgen por iniciativa de individuos insatisfechos y/o preocupados, por la ausencia, por la carencia, ausencia de algún servicio, lo cual afecta directamente la vida de cierto grupo o fragmento de la población. Con la experiencia adquirida a través de los años, y ayudadas por los

¹ Tomado del libro Evaluar para la transformación en un contexto donde no hay un “receta” que en sí misma determine de que manera abordar y que métodos usar para la evaluación(cualitativos o cuantitativos).

avances científicos sobre el VIH/SIDA, estas organizaciones lograron poner en marcha modelos de atención, capacitación y/o educación novedosos, eficientes, dignos y de calidad para, por un lado, prevenir la transmisión del virus, y por el otro, atender a las personas que vivían con VIH/SIDA y a sus familias. Al adoptar una posición abierta a la reflexión, la discusión, la educación, la información y al debate sobre la sexualidad, estas organizaciones lograron percibir al VIH/SIDA no sólo como un padecimiento, sino que, gracias a una visión integral, comprendieron que las acciones preventivas tenían que vencer el estigma y los prejuicios sociales, y que solamente la información veraz y oportuna podría salvar la salud y la vida de muchas personas.

Se puede afirmar que las ONG's establecieron tres líneas de acción específicas: en primer lugar, el trabajo directo con la comunidad, a través de la educación para la prevención del VIH; en segundo lugar, la atención de las personas que viven con VIH; y, en tercer lugar, ejercer la presión política para la obtención de servicios por parte del Estado que permitan el ejercicio del derecho a la salud por parte de todas las personas y, en especial, de aquellas infectadas por el VIH o vulnerables ante el riesgo de contagio².

Lo anterior, da elementos para corroborar el trabajo de las ONG's en el ámbito de prevención, pues las ONG's que se estudiaron presentan programas innovadores, esto significa, cada intervención evaluada considera las características de la población, lo que permitió identificar, por ejemplo, en la población joven es fundamental considerar la diversidad de los mismos y sus necesidades, así como enfocarnos en la afectividad de los mismos.

Otro ejemplo de esto, se visualiza en la población de mujeres trabajadoras del sexo comercial donde es fundamental reconocer que ellas tienen prioridades que incluyen cuestiones sociales, jurídicas y económicas, así como la preocupación por sus familias e hijos.

² Herrera, C., Campero, L. y Villa, L. (2004) Las Organizaciones no gubernamentales y su trabajo en Mujeres y VIH/SIDA: Experiencias de GLAMS en México. México: Instituto Nacional de Salud Pública

Por otra parte, las instituciones gubernamentales están ligadas a decretos internacionales y nacionales que deben de cumplir, lo cual explicaría la función de los cada programa y su ideología. Lo anterior, se explica porque las instituciones implican historicidad y control, es decir, las tipificaciones recíprocas de acciones se construyen en el curso de una historia compartida: no pueden crearse en un instante. Las instituciones siempre tienen una historia, de la cual son productos. Es imposible comprender adecuadamente que es una institución, si no se comprende el proceso histórico en que se produjo. Las instituciones por el solo hecho de existir, también controlan el comportamiento humano estableciendo pautas definidas de antemano que lo canalizan en una dirección determinada.

De esta manera, el trabajo que llevan a cabo las instituciones gubernamentales tiene que ver con elementos de carácter internacional, es decir, sus estrategias de intervención tienden a quedarse únicamente en el papel. La falta de una estructura económica, política y social imposibilita la implementación de las acciones planeadas, y menos pensar en la evaluación de las mismas. Aunado a una cultura de poca evaluación cualquiera que esta sea, por las razones desde el “miedo” a la evaluación hasta la falta de recursos.

Programas de atención

Evaluación del diseño-conceptualización

El surgimiento de los programas de VIH/SIDA preventivos en las ONG's se diseñan a partir del contexto de las poblaciones objetivo, lo que lleva a considerar, el compromiso social que tienen como investigadores sociales, en otros términos, la aplicación de sus saber con la realidad de los contextos.

En lo que respecta a los términos de VIH/SIDA, todos los programas hacen referencia a una perspectiva médica, la cual ha permeado en el imaginario colectivo a través de los años, sin embargo ello no repercute en que sus diseños sean innovadores. Lo anterior se explica en la vivencia cotidiana de la formación de grupos, en otros términos, definimos nuestra realidad personal por referencia a

nuestra circunstancia. Y como lo señalan Berger y Luckmann (1968), el lenguaje usado en la vida cotidiana me proporciona continuamente las objetivaciones indispensables y disponen el orden dentro del cual éstas adquieren sentido y dentro del cual la vida cotidiana tienen significado para mí.

En referencia a los objetivos de los programas de prevención, cada uno los plantea de una forma concreta, sencilla y medible para poder llegar a las poblaciones objetivo, reiterándose así la funcionalidad de la ciencia, en otras palabras, el aprendizaje teórico se introduce en sus prácticas cotidianas en las organizaciones no gubernamentales e instituciones gubernamentales.

En este sentido, la psicología social y clínica fundamenta su actuar en función de que la conducta relacionada con la salud y enfermedad se aprende y se realiza en un contexto social, por lo que “un abordaje psicológico puramente individual probablemente sólo ofrecería una perspectiva muy limitada de las relaciones entre conducta y enfermedad en este sentido permite contexto (Rebollo, 1996).

Evaluación de la implementación

Algunos programas son de carácter eminentemente educativo, parten de lo lúdico, de la experiencia, del sentido común de la población objetivo, sumado a la teoría de los educadores de calle o “instructores” que llevan a cabo los talleres. Las actividades de los programas llevan un orden lógico, partiendo de la información hasta la sensibilización.

En la mayoría de los programas evaluados la intervención que emplean es un taller, lo que implica que se involucre constantemente la subjetividad de los individuos y lograr así un impacto en cada población. Por ejemplo, en MTSC, el taller se imparte en los lugares donde llevan a cabo su ejercicio profesional, igualmente, la población callejera (de *prevensida*) se efectúa en el contexto donde los *chavos* mantienen relaciones sexuales. Estos, son solo unos indicadores de la efectividad de las estrategias.

Los responsables de los programas hacen uso de una gran creatividad en la prevención, aprovechando cualquier estrategia o recurso para llevar a cabo su trabajo, como en el caso del programa *Alianza juvenil contra la discriminación y por la prevención del VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con otros hombres* que utiliza festivales, ferias, carnavales, entre otros, para la prevención.

En el programa de *Consejería en VIH/SIDA* integran a mujeres y hombres jóvenes, estudiantes y voluntarios, en los trabajos de prevención que lleva a cabo la fundación, lo que posibilita tener una estrategia de pares que permite una mayor identificación con la población. Y así cada programa utiliza la mejor estrategia para su población.

Referente al financiamiento, su gestión política los lleva a conseguir un patrocinador, es decir, cada responsable del proyecto se vincula con instituciones o fundaciones de poder para así implementar sus programas, lo cual nos indica la prioridad que le dan a este tema en sus poblaciones. Sin embargo, también existe la posibilidad de tener un estilo de vida a partir de la misma organización.

Respecto a la autoevaluación ninguno ha llevado una evaluación formal, ya sea interna o externa, pero tienen instrumentos de monitoreo que los ayudan a ver qué impacto han tenido sus acciones en la población, como pueden ser técnicas cuantitativas y cualitativas, sin embargo, sólo uno mencionó que los números son los que permiten el financiamiento, pero no consideran el lado humano de las MTSC, es decir, todo lo subjetivo de la persona así como la presión del contexto (económico).

La cobertura de los programas en las ONG´ es más amplia en comparación con un programa de atención institucional que está sujeto a las disposiciones de la Secretaría de Salud, aunque es importante señalar que no se observa una coordinación con las otras organizaciones no gubernamentales para realizar un trabajo en conjunto. Esto se puede deber a que cada organización busca sus intereses, ya sea económicos, políticos o sociales, mientras que en el programa

estatal del Estado de Morelos, existe una coordinación específica con las cinco organizaciones; sin embargo, se percibe cómo las dos organizaciones que se dedican a la población de hombres que tienen sexo con otros hombres, coordinan más este rubro que el mismo programa estatal, que se enfoca a mujeres para empoderarlas y negociar el uso del condón.

La efectividad de las estrategias en todos los programas esta en función de la prioridad de los responsables del mismo, es decir, los objetivos planteados se lograron de acuerdo a las estrategias planteadas. Por ejemplo, en el programa *Soy, Comunico y Pertenezco* se observa la afectividad del taller a partir de la manta conmemorativa que realizan en grupo, lo que les permite el intercambio de pensamientos entre pares.

Evaluación de resultados

La evaluación de los resultados estuvo en función de los objetivos planteados, encontrándose que los objetivos eran realistas, por considerar el contexto en el cual las poblaciones objetivo se mueven sumado a la marginación que se tiene. Y la difícil tarea para llegar a una percepción del propio riesgo de cada población, es sumamente delicada porque trastoca la parte de la afectividad de las emociones que ha sido disociado del mundo de la razón aquí en Occidente.

El "impacto" que se podría visualizar a partir de las estrategias estaría relacionado con las acciones que la población objetivo realiza para su cuidado en la prevención del VIH, es decir, la misma población se organizo para mantener abastecido de condones el espacio donde mantienen relaciones sexuales (población callejera y HSH) ya que ello aumentará su probabilidad de uso.

Otro aspecto claro en los resultados fue la baja percepción de riesgos en las poblaciones objetivo que también se presentan en general; pero esto depende de cómo valore cada uno el riesgo, ya que esto implica también un abordaje de las diferentes formas de la sexualidad, según las circunstancias, como bien lo menciona Bozon, es más importante saber cómo define cada persona su propio

riesgo, en vez de proponer una definición epidemiológicamente correcta, pero socialmente inviable.

Desmitificar algunos indicadores que hacen vulnerable a las poblaciones como son: La creencia en la fidelidad como medida de protección, la discriminación y estigma en ciertas poblaciones, disminución en la percepción de riesgo, los programas preventivos suelen dirigirse a la población en general y no a grupos específicos, la apariencia física como indicador de protección, la edad no determina tu saber, entre otros.

Propuestas

En este rubro, las coincidencias relacionadas con la prevención como fundamental para la prevención del VIH, pero desde un ámbito de políticas públicas. Otro aspecto, la prevención desde edades tempranas para que se inicie la concientización. También continuidad en las campañas que realizan (CENSIDA), así como regionalizar cada campaña con la finalidad de generar un mayor impacto que se liga con el dominio de la información, para poder ser flexible respecto a las necesidades de cada población. La posible explicación de estas propuestas se relaciona con la ideología de las instituciones gubernamentales en torno a mantener el control desde CENSIDA.

Programas de atención

El diseño de los programas de atención están enmarcados en aspectos relacionados con los servicios de salud, lo cual significa que no se conciben un programa con las características rigurosas de lo que debe ser, en otras palabras, los términos utilizados en sus objetivos encabezan el enfoque biomédico de la enfermedad de VIH. Por lo cual, nos indica la ideología de proteger a los vulnerables, en otras palabras, conciben a su población como un ser “desvalido”, e “incapaz” de protegerse él mismo. En este sentido, el cambio de conducta no es sólo producto de una destreza personal, sino también de la interacción entre la persona (con su estructura biológica y psicológica) y su entorno social.

Para entender esta ideología de los programas de atención, tendríamos que recordar cómo se conforma el sistema de salud en México. En primer lugar, existen tres grandes sectores: las instituciones de seguridad social (IMSS), los servicios de salud pública (Servicios Estatales de Salud) y el sector privado. Por consiguiente, el modelo mexicano es un modelo fragmentado, en el cual cada segmento institucional realiza todas las funciones del sistema de salud (incluyendo financiamiento y prestación de los servicios), pero lo hace para un grupo específico de población. Esta segmentación, implica a veces poca coordinación interinstitucional, sectorial u organizacional, en otros términos, cada institución posea sus propios y diferentes sistemas de registro e informática.³

La continua perpetuación de roles tradicionales genera que los programas de atención estén dirigidos por mujeres, a diferencia de los de prevención donde se relaciona el trabajo con búsqueda de recursos, gestión política, entre otros. De esta manera, el asistencialista que caracteriza a una parte de los programas de atención, conlleva en si misma su historicidad, ya que surgen como una respuesta a la población vulnerable con matices religiosos.

Para finalizar, es importante retomar aspectos del experto sobre el tema; en primer lugar, la evaluación de los programas de salud, tienen que ver con el impacto que se tiene en la población; aunque estas acciones no necesariamente se relacionan con un cambio en los perfiles de salud, por lo cual, el impacto que se pueda observar, generado a partir de los programas de VIH/SIDA, está asociado con el cambio de comportamientos y prácticas más seguras, pero como los individuos se apropian y los reflejan.

En lo referente a la posibilidad de la evaluación de programas, plantea que ni ONG's e Ig la estructura para realizar una evaluación, ya sea por gestiones políticas o políticas públicas. Sin embargo, dio su punto de vista para elaborar un programa eficaz. En primer lugar, no tener la segmentación del sistema de salud;

³ Tomado del libro Políticas Públicas y prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe(2001).

en segundo lugar, retomar un consejo para la vinculación entre las diferentes instituciones u organizaciones; en tercer lugar, tener iniciativas de carácter regional, donde se aborden los problemas locales y, por último, que cedieran las presiones a nivel nacional para que se realizara lo anterior.

De tal suerte, el papel que toma la psicología social entorno a la evaluación de programas es fundamental para realizar la evaluación como una actividad que se realiza a través de toda la vida de un programa, desde su concepción inicial hasta su culminación. Ya que un programa necesita de un sistema de evaluación que no sólo mida lo logrado o no logrado, sino que la evaluación sea la parte integrante del proceso de diseño, implemento y resultados de un programa y no sólo la medición de sus resultados finales. Es necesario desprendernos de la visión atemorizadora de la evaluación, ya que esto nos la presenta como ajena a nuestra actividad cotidiana. Y como bien menciona Bleger, el trabajo profesional del psicólogo sólo adquieren su real envergadura y trascendencia cuando coinciden la investigación y la tarea profesional, porque éstas son las unidades de una praxis que resguarda de la deshumanización en la tarea más humana: comprender y ayudar a otros seres humanos. Indagar y actuar, teoría y práctica, deben ser manejados como momentos inseparables, formando parte del proceso.

También es importante señalar, no obstante, que el éxito de cualquier intervención dependerá en gran parte de si las medidas adoptadas han sido apropiadas. Toda intervención se produce en el marco de un contexto específico, y al planificar, diseñar y poner en práctica programas de prevención del VIH es necesario tener en cuenta el contexto local como fase de la epidemia. De tal suerte que realizar esta investigación nos da la oportunidad de identificar intervenciones eficaces en los distintos niveles y poblaciones. Por ejemplo a nivel comunidad es necesario involucrar a esta a través de organizaciones, grupos y estructuras de educación y apoyo ya existentes, también incluir a personas con el VIH y con SIDA en todas las etapas del proceso para aumentar la visibilidad y sacar provecho de las experiencias y conocimientos prácticos y finalmente crear

un entorno comunitario de aceptación en el que se reconozca que el VIH y el SIDA son un problema que nos incumbe a todos. A nivel programa, proporcionar un mayor acceso a recursos como los preservativos y servicios de salud apropiados y financieramente accesibles, la participación de los grupos beneficiarios en todas las etapas del diseño, ejecución y evaluación, la vigilancia de los programas en todas las etapas de desarrollo y ejecución.

La psicología, sin lugar a dudas debe tener una respuesta afirmativa: desde la investigación, el desarrollo de intervenciones, la colaboración con la comunidad y la inserción en los procesos de política pública hasta la defensa de los derechos humanos de las personas infectadas y afectadas (Toro-Alfonso,2001).

Conclusiones

...los programas no son entidades perfectamente definidas y detrás del constructo pueden localizarse significados y dimensiones muy diferentes.
Mateo, J.

- ✓ La innovación de los programas de prevención permitirán continuar con las estrategias empleadas.
- ✓ El proceso de evaluación como proceso cotidiano posiblemente permita mayor presupuesto para las poblaciones vulnerables.
- ✓ La identificación de estrategias con enfoque psicosocial permitirá encauzar los esfuerzos a nuevos programas en diferentes poblaciones.
- ✓ La única forma de evitar casos nuevos de infección de VIH es invertir en estrategias eficaces en educación y prevención.
- ✓ Las estrategias deben considerar las particularidades contextuales para lograr mayor impacto.
- ✓ Los programas de atención deben considerar la participación de los diversos integrantes de un equipo de salud, constituidos como tales en un proceso de capacitación que incluya aspectos socio-culturales del problema, requiriéndose que los profesionales médicos se integren y participen del proceso.
- ✓ La falta de indicadores de evaluación, dificulta el trabajo externo.
- ✓ La colaboración interinstitucional, intersectorial y organizacional garantizará un apoyo sólido en las distintas poblaciones objetivo.
- ✓ Las investigaciones que se realizan en torno a la evaluación de programas deben ser consideradas por aquellos que toman las decisiones tanto para la elaboración de los programas como para el financiamiento.

Limitaciones, alcances y sugerencias

La presente investigación permitió identificar como se diseñan, implementan y que impacto tienen las estrategias en la población objetivo, además de descubrir que ideología subyace a estos. Entre las limitantes se encuentran:

- la falta de acercamiento a los actores que reciben la intervención, para así contrastar lo plasmado en los programas, el discurso de las entrevistas y las acciones concretas en la población objetivo.
- la falta de programas escritos en las mismas organizaciones no gubernamentales e instituciones no gubernamentales lo que hubiera sido más fructífero para el mismo proceso de la presente.
- Se reconoce también como limitante, el no lograr la participación de más organizaciones e instituciones gubernamentales; consideramos que sus resistencias a colaborar están ligadas "al temor a ser evaluados".

Alcances

En lo que respecta a los alcances, se pudo reconstruir el sentido de las organizaciones no gubernamentales con la finalidad de conocer su dinámica de formulación, implementación e impacto. Sabemos que éstas fundamentan su razón de ser debido a la poca eficacia a nivel federal y estatal para responder a los fenómenos sociales. Como ya se había mencionado, la fragmentación de los sistemas de salud responden a intereses de cada grupo, lo cual dificulta el trabajo entre las instituciones y las mismas organizaciones que por lo general, trabajan con poblaciones específicas.

De igual manera nos permitió entrar en la ideología de las instituciones gubernamentales; por una parte, el libre acceso a la información y disponibilidad de cooperación nos deja en claro cómo operan los programas; en contraste, la falta de cooperación impide conocer a fondo lo que subyace dentro de los programas. Nuevamente las minorías activas son los actores emergentes ante la ineficacia del sector federal.

Gracias a esta investigación se pudo describir el proceso de formulación e implementación de los programas de VIH/SIDA en las distintas organizaciones e instituciones a las que se tuvo acceso.

Finalmente gracias a la utilización del método alceste se pudieron localizar los mundos lexicales que compusieron el discurso, a través del análisis de las asociaciones de palabras co-ocurrentes en las frases. Permitiendo así un mejor análisis en la evaluación.

Sugerencias

Retomar los resultados de la presente investigación para darle un seguimiento integral a la evaluación de los programas tanto interna como externa.

Una vez identificados los programas innovadores es necesario continuarlos y mejorarlos si así lo requieren para sentar las bases y diseñar un programas dirigido a los profesionales de la salud con la finalidad de una preparación previa para el manejo ético y eficiente de las poblaciones afectadas, pero fundamentalmente para prevenir la infección.

REFERENCIAS

- Alatorre, J. (1994) Criterios para la elaboración de documentos psicológicos. México: Departamento de Publicaciones. Facultad de Psicología.UNAM.
- Ávila, C. (1999) "La epidemia del VIH/SIDA en el contexto de las reformas del sector salud en América Latina" en El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. México: SIDALAC/FUNSAUD.
- Bayés, R.(1994) SIDA y psicología: realidad y perspectiva. Revista de Psicología General y Aplicada. 47(2),125-127.
- Berger, P. Luckmann (1968) La construcción social de la realidad. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Bertozzi , S., Rely, K. (1999) Costo Efectividad de las intervenciones en VIH/SIDA. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Bertrand, J. Y Solís, M. (2000) Evaluando proyectos de Prevención, un manual con enfoque en las organizaciones no gubernamentales. MEASURE Evaluation, E.U.
- Bimbela,P. (1994) SIDA y comportamientos preventivos: El modelo PRECEDE. Revista de Psicología General y Aplicada. 47(2),151-157.
- Boletín SSA, 2003.
- Boletín CONASIDA, 2004.
- Bleger, J. (1985) Temas de Psicología (Entrevista y grupos). Buenos Aires: Ediciones Nueva Edición.
- Brindis, C., y Laski, L.(1997) Evaluación de programas de salud. México: McGraw-Hill editores interamericana.
- Bronfman, M., Leyva, R. y Negroni, M. (2004) Movilidad poblacional y VIH/sida. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Bruner, A Ávila, R. (1993) Instructivo para la preparación de propuestas de investigación. México: Departamento de Publicaciones. Facultad de Psicología.UNAM.
- Castellanos, G., Delgadillo, R. y Reséndiz, L. (2000) La Representación Social del VIH/SIDA en un grupo de internos de la penitenciaría del D.F. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.

- Castilla, J (1994) Sociología contra el SIDA. Revista de Psicología General y Aplicada. 47(2), 129-140.
- Castro, R. (1988) "Aspectos psicosociales del SIDA: estigma y prejuicio." Salud Pública de México, Vol.30, Núm.4.
- CENSIDA. (2001) El SIDA en México en el año 2000. México: CENSIDA
- Coates, T. (1992) Prevención del SIDA: Logros y prioridades. Revista Latinoamericana de Psicología. Vol. 24, Núm. 1-2. pp. 17-33
- Cohen, E. y Franco, R. (1988) Evaluación de proyectos sociales. Buenos Aires: GEL
- CONASIDA (2001) Guía para la atención médica de pacientes con infección por VIH/SIDA en consulta externa y hospitalización. México: CONASIDA-SSA.
- Cook, T.D. y Reichardt, C. S (1982) Métodos cuantitativos y cualitativos Madrid: Morata.
- Culebro, H. (1986) Propuesta de un modelo de diagnóstico para orientar programas de prevención de la farmacodependencia en el estado de Chiapas. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM.
- Cruz, L. (1996) Representación social del SIDA en México y sus efectos culturales. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Acatlán, UNAM
- Daniels V, (1994) SIDA, Manual Moderno, México.
- De Alba, M (2004) El método ALCESTE y su aplicación al estudio de las representaciones sociales del espacio Urbano: El caso de la Ciudad de México. Papers on Social Representations textes sur les représentations sociales. Vol. 13. pp.1-20
- Del Río, C. (1994) Infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida en CONAPO Antología de la Sexualidad Humana, México: Porrúa.
- Díaz-Loving, R. (2001) Una visión integral de la lucha contra el VIH/SIDA. Revista Interamericana de Psicología, 35 (2), 25-39.
- Feregrino, G. (1993) Berlín '93 IX Conferencia Mundial sobre SIDA. Amigos contra el SIDA. México.
- Fernández Ballesteros, R. (1995) Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud. Madrid: Síntesis.

- Fernández, J. , y Santos, M. (1992) Evaluación Cualitativa de programas de educación para la salud. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Fernández, P. (1999) Manual para el buen morir para enfermos de SIDA. México: Fundación mexicana para la lucha contra el SIDA.
- Figueroa, A. (1990) Participación civil en la lucha contra el SIDA, catálogo de Organizaciones no gubernamentales, organizaciones civiles e instituciones de Educación Superior. México
- Flores, F. (1993) Representación social de la feminidad y la masculinidad en profesionales de la salud mental. Posibles repercusiones en el diagnóstico y tratamiento. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. España.
- Flores, F. Leyva, R. (2003) Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. Revista Salud Pública de México, septiembre, vol. 45.
- Gómez, A.(2001) La Representación Social del SIDA en un grupo de varones adolescentes considerados como de la calle. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología.UNAM.
- Gómez, R. (1993) "Programas de Control del SIDA" en Velásquez, G. y Gómez, R. Fundamentos de medicina: SIDA enfoque integral. Colombia: Corporación para investigadores biológicas.
- Hernández, J. (1995) El trabajo en VIH/SIDA de las Organizaciones no gubernamentales mexicanas. Revista Salud Pública de México, Vol. 37, Núm.6 Nov-Dic, pp. 654-660.
- Hernández, S., Fernández, C., Baptista, L. (1998) Metodología de la Investigación. México: Mc. Graw Hill.
- Hernández, S. (1999) Prevención en la mujer universitaria desde una perspectiva de género. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología.UNAM.
- Hernández, G., Egremy, G. y Uribe, P. (2000) La respuesta nacional en La respuesta Mexicana al SIDA: Mejores prácticas, SSA-CENSIDA, México.
- Herrera, C. y Campero, L (2002) La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud Pública de México, 44 (6).
- Ibarra, A. (1994) El proceso de duelo y su relación con el VIH/SIDA. Revisión Documental. Facultad de Psicología. UNAM.

- Izazola, J. , Astarloa L, Beloqui, J, Bronfman M, Chequer P, Zacarías F. (1999) "Avances en la comprensión del VIH/SIDA: una visión multidisciplinaria" en El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. México: SIDALAC/ FUNSALUD.
- Juárez, L. y Lizárraga, C. (1990) Continuo Psicoafectivo en torno al SIDA: Un modelo. Algunos pretextos, textos y subtextos ante el SIDA. México, D.F.: INAH.85-92
- Kalichman, S. (1998) Preventing AIDS: A sourcebook for behavioral interventions. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Publishing.
- Kalichman, S.C., Somalí, A., Sikkema (2001) Community involvement in HIV(AIDS) prevention. En W. Schneiderman, M.A. Speers, J. Silva, H. Tomes, J.H. Gentry (Eds.) Integrating behavioral and social sciences with public health. (159-176) Washington, DC: American Psychological Association.
- Kelly, J.A., Murphy, D.A., Sikkema, K.J., Kalichman, S.C. (1993) Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed: New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. American Psychologist, 42 (10) pp. 1023-1034.
- Kerlinger, F. (1994) Investigación Del comportamiento. México: McGrawHill.
- Kubler-Ross Elizabeth (1995) La muerte, un amanecer. Ed. Luciérnaga. México.
- Kubler-Ross Elizabeth(1969) Sobre la muerte y los moribundos. (8ª.Ed.)Ed. Grijalbo, S.A., Barcelona, España.
- Kubler-Ross Elizabeth(2002) SIDA: el gran desafío. México: Roca
- Krippendorff, F. (1988). Metodología de Análisis de Contenido. Teoría y Práctica. Barcelona:Piados.
- Letra S (1999) Frente al vacío: los impactos del diagnóstico. La Jornada. México.
- Letra S (2001, marzo). Fondos del BM para prevenir el VIH en poblaciones vulnerables. La Jornada. México.
- Letra S (2001, octubre). Frenar el SIDA ¿Del consenso a la acción?. La Jornada. México.
- Letra S (2001, diciembre) Veinte años. Repaso cronológico de la pandemia del SIDA. La Jornada. México.

- Letra S (2002, septiembre) La Jornada. México.
- Letra S (2003, enero) La Jornada. México.
- Letra S (2004,) Trafico de plasma. La Jornada. México
- Letra S (2005, octubre) Presupuesto contra el VIH/SIDA para el 2006. La Jornada. México.
- Lía, A. (2002) Algunos aspectos de la reacción social frente al SIDA en Argentina. Revista de Psicología Social. Vol.17 (1) pp.5-17.
- López-Arangurán, E. (1986) "El análisis de contenido" en García, M: et al (1986). El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Editorial.
- Luna, A. (2000) Apoyo psicológico a personas que viven con VIH/SIDA. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México.
- Luque, R. (2001) El SIDA en primera persona. Colombia: Panamericana
- Magis, C, (2000) Investigación de SIDA en México en SIDA, HOY, 2000
- Magis, C. (2000) Enlace entre Políticas e Investigación. El caso del SIDA. En Bronfman, M. (coord.), De la Investigación en Salud a la Política: La Difícil Traducción. México, INSP.
- Morin, M.(2001) Entre representaciones y prácticas: el SIDA, la prevención y los jóvenes. En Abric, J. Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacan.
- Mungía, I. y Rocha, G. (1992) Aforismos (una selección libre) México, UPN, Núm. 21, Vol. 7.
- Navarro, P. Y Díaz, C. (1994) Análisis de Contenido en Delgado, J. Y Gutierrez, J (coords) Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Síntesis: Madrid.
- Nirenberg, O., Brawerman, J. Ruiz, V.(2000) Evaluar para la transformación. Paidós, Buenos Aires.
- ONUSIDA(1999) Summary Booklet of Best Practice Collection. Número 1. Ginebra, ONUSIDA.
- ONUSIDA (2000) Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA. Ginebra, ONUSIDA.
- ONUSIDA (2000) Enfoques innovadores en la prevención del VIH. Ginebra, ONUSIDA.

- ONUSIDA. (2004) Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Cuarto Informe mundial, Suiza: ONUSIDA.
- Organización Panamericana de la Salud. (2000) Modelos de Psicología Comunitaria. Salud y sociedad, Núm. 7
- Organización Panamericana de la Salud (1990) Evaluación para el planeamiento de programas de educación para la salud. Serie PALTEX, núm.18.
- Pick, S. (1979) Cómo investigar en ciencias sociales. México:Trillas.
- Piña, J., Jiménez, S. y Mondragón, V. (1992) La relación entre investigación y el diseño de programas preventivos para el SIDA. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 24, Núm. 1-2, pp. 201-211.
- Quiroga, H. y cols (1990) Investigación de la Facultad de Psicología de la UNAM. Consejo Nacional para la enseñanza e investigación en psicología en México. Vol. XVI(1-2) Enero-Diciembre,156-163.
- Rebollo, E. y Morales, J. (1996) Evaluación de programas y psicología social. En Psicología Social Aplicada. Alvaro, J., Garrido, A. y Torregrosa, J. (coordinadores). Mc Graw Hill, España, 475-510.
- Rodríguez, M. (1995) La contratransferencia en el equipo de salud como causa de rechazo a pacientes con VIH/SIDA. Tesina, Facultad de Psicología, UNAM.
- Rossi, L (1997) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA. Aspectos psicológicos. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Rossi, P.H. y Freeman, H.E. (1989) Evaluación: Un enfoque sistemático para programas sociales Mexico: Trillas
- Salame, E. (1996 Mayo-Julio) Importancia de la Psicoterapia en personas que viven con VIH/SIDA. SIDA/ETS.2(2)55-60
- Sepúlveda, J. (1989) SIDA, ciencia y sociedad en México. México: Fondo de Cultura Económica.
- SIDA HOY (1997). México: Amigos contra el SIDA A.C.
- Sontag, S. (1989) El SIDA y sus metáforas. Barcelona: Munchnik Editores.
- Tap, J.T. Warner, R. (1995) The mutisystems view of health and disease. En N. Schneiderman, J.T. Tap (Eds.), Behavioral medicine: The biopsychosocial approach (1-23), Hillsdale, NJ: Earlbaum.

- Taylor, S. y Bogdan, R. (1998) La entrevista a profundidad. En Métodos cualitativos de investigación. Barcelona, España:Piados
- Toro-Alfonso, J. (2001) VIH/SIDA: Retos para la Investigación y la acción. Revista Interamericana de Psicología, 35 (2), 5-14.
- Toro-Alfonso, J., Varas, N. (2001) Una revisión de las políticas en torno al VIH/SIDA en Puerto Rico, República Dominicana, Ecuador y Honduras: Tensiones, Limitaciones y Logros. Revista Interamericana de Psicología, 35 (2), 113-132.
- Thomas, O., Nathan, S. y Harold, W. (1992) Adquisición y transmisión del VIH en Manejo médico del SIDA, Interamericana-McGrawHill, México
- Torres, M. (2005) En búsqueda del significado del concepto VIH/SIDA en dos grupos de mujeres amas de casa. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
- UNESCO (2004) Un enfoque cultural de la Prevención y Atención del VIH/SIDA México y Centroamérica. Núm. 21. UNESCO.
- Vizconde, L. (1997) Percepción de riesgo de contraer VIH/SIDA en mujeres. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM. México
- Velásquez, G. (1993) "Diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana". En Velásquez, G. y Gómez R. Fundamentos de medicina: SIDA enfoque integral. Colombia: Corporación para investigadores biológicas.
- Weiss, C.H. (1973) Investigación evaluativa México: Trillas
- Winiarski, M. (ed.) (1997) HIV mentak health for the 21 st century, New York, NY: New York University Press.
- Zozaya, M. (1999) El VIH, pruebas y tratamiento. Letra S la Jornada, Enero 1999
- Ponencia Evaluación de Programas Sociales desde una perspectiva cualitativa. En torno de la definición de las necesidades a partir de los destinatarios en <http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p12.4.htm>.

Direcciones electrónicas

- ✓ www.aids-sida.org
- ✓ www.ssa.gob.mx/conasida/.

ANEXOS

Anexo 1

ENTREVISTA A LOS INFORMANTES CLAVES

Diagnóstico de los programas de VIH/SIDA en el Distrito Federal y el Estado de Morelos

Objetivo: "...Conocer el trabajo de prevención y atención que se hace en torno al VIH/SIDA en el Distrito Federal y el Estado de Morelos a través de la evaluación de los programas de dicho tema..."

I Datos de Identificación

Objetivo: *Conocer de manera general los datos de la institución que proporciona el programa, así como de sus colaboradores.*

1. Nombre de la Institución _____
2. Nombre del Programas(s) _____
3. Fecha de elaboración _____
4. ¿Quiénes elaboraron el programa? _____

II Información Básica

Objetivo: *Conocer la conceptualización de aspectos relacionados en un programa.*

5. En el trabajo que realiza ¿Cómo conciben o definen un programa?
6. De la misma manera ¿cómo se conciben el VIH dentro de su programa?
7. ¿Cómo se conciben el SIDA dentro de su programa?

III Evaluación del programa

Objetivo: *Analizar los programas de VIH/SIDA (preventivos y/o atención) en aspectos como es la formulación, implementación y resultados en las organizaciones no gubernamentales.*

8. ¿Cuáles son los objetivos del programa (conocimientos, actitudes y prácticas)?
9. ¿Cuál es la población objetivo?
10. ¿Cuál es el enfoque teórico que maneja el programa?
11. Cómo se llevan a cabo las estrategias en su programa?
12. ¿Cómo evalúa su programa?
13. En su experiencia ¿Cómo esta funcionando su programa?
14. Hasta el día de hoy ¿Qué cambios ha observado?
15. Los cambios mencionados ¿En qué medida se atribuyen a las estrategias llevadas a cabo por su programa?
16. ¿Cuál ha sido la reacción de la población ante el programa?
17. ¿Cuáles son los problemas encontrados ?

IV Personal

18. ¿Cuál es la importancia en la prevención y atención del VIH/SIDA?
19. En base a su experiencia conoce otros programas de VIH/SIDA

Anexo 2

ENTREVISTA A LOS INFORMANTES CLAVES

Diagnóstico de los programas de VIH/SIDA en el Distrito Federal y el Estado de Morelos

Objetivo: "...Conocer el trabajo de prevención y atención que se hace en torno al VIH/SIDA en el Distrito Federal y el Estado de Morelos a través de la evaluación de los programas de dicho tema..."

I Datos de Identificación

Objetivo: *Conocer de manera general los datos de la institución que proporciona el programa, así como de sus colaboradores.*

1. Nombre de la Institución _____
2. Nombre del Programas(s) _____
3. Fecha de elaboración _____
4. ¿Quiénes elaboraron el programa? _____

II Información Básica

Objetivo: *Conocer la conceptualización de aspectos relacionados en un programa.*

5. En el trabajo que realiza ¿Cómo conciben o definen un programa?
6. De la misma manera ¿cómo se conciben el VIH dentro de su programa?
7. ¿Cómo se conciben el SIDA dentro de su programa?

III Evaluación del programa

Objetivo: *Analizar los programas de VIH/SIDA (preventivos y/o atención) en aspectos como es la formulación, implementación y resultados en las instituciones gubernamentales.*

8. ¿Cuáles son los objetivos del programa (conocimientos, actitudes y prácticas)?
9. ¿Cuál es la población objetivo?
10. ¿Cómo se llevan a cabo las estrategias en su programa?
11. ¿Qué consecuencias positivas o negativas ha tenido su implementación?
12. En la formulación ¿se considero el contexto?
13. Las estrategias llevadas a cabo están orientadas a los aspectos prioritarios en el fenómeno del VIH/SIDA en México?
14. ¿Qué impacto verificable en función de los objetivos tienen?
15. Han dado los resultados esperados (desde el planteamiento).
16. ¿Han propiciado la comunicación y participación entre las diversas instituciones u ONG's para mejorar la atención del individuo?

IV Personal

17. De acuerdo a su experiencia ¿qué recomendaría a los que hacen investigación en este tema referente a la atención?

ANEXO 3

EL CARACOL A.C.

Juan Martín Pérez García (Psicólogo –ENEP-Zaragoza)

Nombre de la Organización: El Caracol A.C.

Nombre del programa: PREVENSIDA CALLEJERO

Fecha de elaboración: 1997 Después de una investigación cualitativa que realizamos en la calle sobre conducta sexual y de alto riesgo.

¿Quiénes lo elaboraron? Juan Martín Pérez García, eh es decir se desarrollo todo el asunto, los contenidos y el equipo digamos de apoyo este Gerardo Rodríguez (diseñador), Carlos Escamilla (Ilustrador gráfico), Juventino Hernández (Escuela de Educación Especial en el área de menores infractores) y Vanesa Ríos (Escuela de Educación Especial en el área de menores infractores).

¿Cómo conciben un programa?

Bueno, entiendo que un programa sería como una este intención, organizada a través de etapas y con objetivos y metas a lograr.

¿Cómo conciben el VIH?

Bueno el VIH es el Virus de Inmunodeficiencia Humana este y que puede estar en su fase latente que serían los seropositivos.

¿Cómo conciben el SIDA?

El SIDA es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y que bueno ya sería todo el conjunto de padecimientos que se desencadenan después de la pérdida del sistema Inmunológico ¿no?

¿Cuáles son los objetivos del programa (conocimientos, actitudes y prácticas)?

Claro, tenemos una primera que es ofrecer a los muchachos una alternativa de información y formación sobre su vida sexual particularmente enfocándonos en conductas sexuales de alto riesgo que pudieran ser sobre tres líneas de prevención o evitar conflictos 1) con embarazos no planeados, 2) Infecciones de transmisión sexual (ITS) y 3) VIH (con especial énfasis).

Digamos esto como gran intención y para esto usamos eh materiales que digamos tenemos un taller que es una de las modalidades entonces esta intencionalidad la cubrimos a través de varios medios el primero es un taller vivencial en cuatro momentos que utiliza diferentes materiales el primero y más importante del taller es el uso de diapositivas o diaporamas que se convierte en una estrategia lúdica y bastante atractiva para los chavos porque es llevar un cañón de video o video proyector de acuerdo a las posibilidades este y trabajar con el grupo en su propio lugar. Otro elemento es que se desarrollaron personas con una intención de modelamiento de conductas de modelamiento que sería Pancho un adolescente callejero, Chela que es también una joven callejera y Lucas que es un niño callejero que se encuentra sin el deseo de cambio pero como tratando de tener vínculos con los educadores de calle estos tres personajes juntos con otros pero son los más importantes nos ayudan a realizar el taller en una búsqueda de identificación de la realidad de los propios chavos ¿no? Otros materiales de apoyo son muchas dinámicas plastilina, historias, recuperación de historias orales, creación de cuentos, eh el juego lúdico con el preservativo y demás, tenemos también comics solamente dos el proyecto eran cinco pero no alcanzamos a contratarlos, este cinco comics que se construyeron con las historias de los grupos focales en la investigación cualitativa e identificamos lo que nos parecía más importante para los contenidos de PREVENSIDA y se lo agregamos o se lo asignamos a los personajes que creamos, de tal forma, que hay un hilo conductor este y muchos chavos en los diferentes grupos, identifican hechos o acontecimientos que en su historia oral o en la recuperación oral de su historia como grupo saben ¿no?, por ejemplo incluso hay un personaje, Oscar en uno de los Comics que es un chico que muere por VIH ¿no? y el grupo lo recuerda, eso lo hicimos, Oscar efectivamente es un chavo que existió y que murió por VIH y que en algunos grupos de calle es identificado, entonces bueno nos pareció como importante poner esos elementos ¿no?. Otra herramienta que utilizamos es un video que se llama LA CALLE, EL DESEO Y OTROS CUENTOS que es un pequeño video documental que recupera como las voces de la

calle de los chavos de calle, hombres y mujeres que hablan sobre la dinámica de la calle, como los elementos de la cultura callejera y particularmente sobre la sexualidad y al final hay otro aporte de chavos que hablan de prácticas, este, de protección y bueno mostramos parte de la aplicación de PREVENSIDA y eso es un material de apoyo también, toda la intervención dura dos meses depende mucho de los grupos pero puede ser de 6 semanas a 8 semanas y tenemos una primera etapa de diagnóstico eh, con materiales que ya tenemos un paquete educativo que se llama de X calle, que se compone de tres juegos que a través de los cuales obtenemos información, uno que se llama bueno su versión de X calle modo de vida, x calle salud reproductiva y un juego de cartas que se llama y tu que? Eh, tenemos también dentro del paquete de PREVENSIDA callejero un juego de cartas que esta diseñado como híbrido y se puede jugar como baraja española y como el juego del uno, este, de colores y número pero que tiene frases y están bajo cuatro líneas que serían las tarjetas azules que serían las de prevención, las tarjetas verdes que serían del uso del condón así en particular, las tarjetas rojas que hablan de las formas del contagio del VIH y las tarjetas amarillas que hablan del uso del dinero, y para nosotros aquí vienen como unos elementos y quizá me adelanto pero solamente los menciono, es que para nosotros es importante que en la prevención de las conductas de riesgo de los chavos siempre cruce por elementos de carácter económico, me refiero a que si van a comprar preservativos que ahorren para comprarlos si van a tener relaciones que paguen un hotel en la intención de no generar una dependencia, no regalamos preservativos, sino fomentamos la compra masiva de preservativos en las por ejemplo en la “brigada callejera Elisa Martínez” que tiene un programa de mercadeo local entonces salen mucho más barato que comprarlos en una farmacia, ¿no? pero este, es una forma de que los chavos vayan conociéndose, que es una inversión para su propia salud ¿no? eso sería en términos gruesos, perdón falto omitir que contamos con un sistema de monitoreo al inicio y al fin para saber un poco en que logramos impactar o en que nivel si solo fue información o fue en términos de clarificar información romper mitos y demás o si logramos tocar la parte de actitudes o percepciones del fenómeno.

¿Cuál es la población objetivo del programa?

Los adolescentes de 12 a 18 años en situación de calle.

¿Cuál es el enfoque teórico que maneja su programa?

Lo ubicaría dentro de la investigación–acción porque al final lo que PREVENSIDA desarrolla es uno con todos sus materiales, es una forma de recuperar información que nos permite estar actualizado en la dinámica de la sexualidad y particularmente en las prácticas de riesgo en la calle y al mismo tiempo nos permite con esa misma información hacer incidencia ¿no? y buscar modificar ciertas condiciones o ciertas pautas de comportamiento en los chavos.

¿En algún momento han evaluado sus programas?

En de X CALLE que se aplica al inicio, particularmente en dos de los materiales que lo integran que es de X CALLE SALUD REPRODUCTIVA, que es un juego de cartas que tiene preguntas con respuesta de opción múltiple de tres tipos pero que son gráficas o son ilustradas, entonces por si los chavos tienen dificultad de leer o si encontraríamos alguno que esta intoxicado o demás es mas fácil que por gráficos los puedan responder ¿no? eso se aplica al inicio y al final, entonces ahí podemos observar si hubo algún tipo de cambio ¿no? y también modo de vida porque ahí preguntamos mucho sobre la red social, pautas de comportamiento, consumo de drogas y demás ¿no? esos son elementos que nos permiten directamente con los chavos tener información. La otra tiene que ver más una parte de observación, contamos con instrumentos de monitoreo que ubican la parte de digamos de salud en términos de su aspecto físico, si se baña si tal y hay otro apartado muy puntual de sobre VIH-ITS y donde tratamos de explorar y esto es a partir de lo que observamos o de lo que recuperamos, si los chavos han cambiado de pareja, si refiere tener relaciones sin preservativo, si por ejemplo en el caso de las chicas embarazadas si están visitando al médico y detalles, como si tiene pareja esa chica y si su pareja la acompaña o no ósea, como esos elementos están recuperados en los instrumentos.

¿De dónde obtienen sus recursos?

PREVENSIDA CALLEJERO ha sido 100% financiado por la Cooperación Internacional hemos tenido a lo largo de estos siete años de aplicación, desde el desarrollo hasta la aplicación, por ejemplo el desarrollo ocurrió en el marco de una beca de liderazgo que me otorga la Fundación Mac Artuhur y que fue una beca de tres años, el primer año de investigación, segundo desarrollo y tercero de aplicación ósea desde 1996 al 1999 fue Mac Arthur, después a partir del 2000 contamos con apoyo de la embajada de Japón eh 2001 hasta 2004 ha sido la embajada de Estados Unidos quien ha aportado recursos para su aplicación, y han un componente particular que agregamos en el 2000 que tiene que ver con una intención de investigación cualitativa para completar y mejorar el programa PREVENSIDA y que se refiere un ámbito de sexo recompensado o explorar sobre sexo recompensado en la calle porque tradicionalmente ha habido un estigma con los chavos callejeros diciendo que se prostituyen ¿no? sin embargo es una visión bastante corta o poco documentada sobre asuntos de salud sexual porque hace un buen rato hay en la literatura científica, eh investigaciones refieren que un primer concepto sería el sexo por sobrevivencia ¿no? y de ahí se ha derivado el sexo transaccional y hay un concepto que nos parece más cercano a la realidad de esta población que sería el sexo recompensado ¿no? y haciendo como diferencias ¿no?, la prostitución tiene una autoidentidad de quien ejerce, este, ya hay una cuota establecida, no eligen al cliente y sobre todo eh, es importante reconocer que los grupos de trabajadores sexuales han sido los principales promotores del uso del preservativo y condicionan sus relaciones al uso del preservativo, sin embargo en el sexo recompensado ubicamos que no hay una auto identidad como de prostitución sino más bien se hace como de una cuestión de sobrevivencia, es un acto no sistemático o no establecido eh ,otro elemento super importante es que ocurre siempre con la red social con alguien conocido: el comerciante, el vecino, el policía, el transportista y otra cosa interesante es que no siempre es por dinero, en muchos casos puede ser por comida, por vestido, por protección, este y la gran desventaja y de ahí la importancia de reconocerlo distinto es que como ocurre en el marco de un favor ¿no? ósea me hace el favor de darme protección, darme comida, casa tal no puedo negociar el uso del preservativo y coloca entonces a los chavos y chavas en una condición de desventaja mucho más sería ¿no? bueno eso lo empezamos a trabajar en el 2000 con algo de asesoría del Instituto Nacional de Salud Pública, particularmente de un investigador y ahora ya tenemos una línea mas clara sobre el tema y ese apartado de manera específica lo estuvimos trabajando con la Fundación Levi's.

¿Cómo se llevan a cabo las actividades dentro del programa?

El primer apartado es seleccionar a los grupos y esto implica primero que en las visitas que nuestro equipo de educadores realiza, eh tenga como indicadores que es pertinente la aplicación sea porque se habla en el grupo que alguien este contagiado, porque notemos una presencia de mujeres o adolescentes embarazadas, este o por petición de los chavos no porque en estos años El Caracol ya es reconocido en la calle como prácticamente la única organización que trabaja el tema de sexualidad en la calle no quiere decir que seamos el único programa, pero directamente en la calle nosotros hace mucho tiempo lo hacemos, entonces los chavos ya nos identifican y generalmente preguntan ¿no? entonces otro criterio que tenemos para aplicación es que no interferir o no afectar la intervención de otra organización, este, si se cubren estos elementos se hace la intervención. Ya dentro del proceso digamos es lo que buscamos, es como características es, nosotros llevamos el taller al baldío, al lugar donde los chavos están, pero no solamente eso, sino que buscamos en el diagnóstico el lugar exacto donde se tienen relaciones sexuales, siempre en los grupos hay un área asignada que tiene digamos, un componente como de identificación, sigamos la habitación más apartada, el rincón más oscuro y demás en el lugar donde se tenga la práctica sexual que esté en el grupo establecido, este ahí mismo, en ese espacio manejamos la aplicación porque manejamos un concepto que decimos que es espacio-emociones, ósea si estamos nosotros en el lugar donde se tienen la práctica sexual o la actividad sexual es el lugar propicio para que los chavos hablen de ellos, no lo podemos hacer ni en la entrada ni en un parque y mucho menos traerlos a una instalación porque es un lugar ajeno ¿no? perdemos como ese principio de intimidad, otro criterio que tenemos es que particularmente en ese programa nosotros evitamos que los chavos participen en actividades si están consumiendo droga, es decir está condicionada su participación a que dejen la sustancia y demás ¿no?, en el caso de PREVENSIDA no, ósea sí le sugerimos que no consuman pero tampoco impedimos que alguien que no quiere dejar de consumir, eh no se le excluye, porque creemos que es muy importante que aún con la poca lucidez que puedan tener por el efecto de sustancias alguna de la información se quedara. ese es otro de los criterios y ya como criterios más del programa si buscamos que hay una participación activa por parte de los chavos en lo mínimo posible, que sería conseguir la luz para el equipo, habilitar el lugar para poder dar la charla y si da para más, que los chavos tengan algo preparado, ósea frituras o cualquier cosa que ellos quieran para hacer ameno y agradable el espacio el cierre del taller siempre

ocurre con una salida de campamento, irnos al volcán por dos días y donde se refresca y se repite todo el taller pero ahí sí, sin sustancias porque nos vamos con ellos dos días y estamos ajenos al entorno y concentrados en las actividades ¿no? y bueno no se si aquí entraría, pero otro de las cosas que tenemos como principio es que no fomentamos ni buscamos, eh la detección serologica ¿no? es decir, ni les decimos háganse la prueba ni tampoco la estamos nosotros promoviendo, no, porque la experiencia nos ha dicho que eso no necesariamente cambia la vida de los chavos ¿no?, ósea que alguno sea portador no significa que al enterarse que lo es dejara la calle, o cuidara de su vida o de su cuerpo, eso no es ninguna garantía entonces a parte es que la otra realidad es que no hay como muchas alternativas ¿no?, para esta población que es de por sí muy discriminada ¿no?, no lo promovemos si los chavos en el proceso deciden o tienen dudas por sus prácticas ya se les acompaña y se les busca el espacio donde puedan hacerlo.

¿Cuál ha sido la reacción de la población o usuarias ante el programa?

Yo lo ubicaría por etapas , la primera y valdría la pena contextualizar es históricamente, el tema de la población callejera ha sido delegado o asignado a los grupos religiosos que en proyectos o acciones asistenciales les ofrecen servicios, sin embargo como es secreto o todas las iglesias tienen un veto al tema de sexualidad y eso ha impedido que el tema se toque ¿no?, eso lo comento como contexto porque los chavos en una primera instancia, eh ven el asunto de la sexualidad con cierta reserva ya en el caso nuestro hay una identificación clara, nos convertimos en un referente permanente y constante ¿no?, para temas de salud desde embarazos hasta ITS que nos buscan o que son nuestros educadores requeridos para llevarlos al médico o cosas así ¿no?, creo que los grupos en general responden muy bien porque el material es de muy buena calidad y esta diseñado específicamente para la realidad de la calle, e incluso los personajes se quedan en parte del imaginario de los chavos ¿no?, este y estos mismos personajes nos acompañan y nos ayudan para otro proyecto que se llama **adiciones callejeras** para profundizar o reflexionar sobre las formas de consumo y también las formas de evitar o resolver ese tema ¿no?.

Debo comentar que hasta ahora las evaluaciones no reportan un cambio importante en términos de la percepción de los riesgos, creo que ahí hemos aportado mucho también en romper con mitos, tabú sobre el tema sin embargo notamos que no hemos logrado impactar de manera profunda en el cambio de actitudes, ósea me refiero que todos no usan el preservativo es muy baja todavía, el logro en ese apartado y bueno lo entendemos, el modo de vida callejero es en todo sentido de riesgo, entonces es difícil que los chavos modifiquen esas pautas por sus propios determinantes ¿no?, ¿donde viven? ¿donde se desarrollan?, sin embargo lo que hemos estado tratando de hacer es que ellos desarrollen estrategias de autoprotección grupal y me refiero que al final de los talleres un tema que tiene que estar resuelto es el de los preservativos ¿no? y desde las compras colectivas o que en algún lugar específico donde ellos están existan condones, este como facilitar esas cosas ¿no? o acércalos a los servicios de la red local, digamos para que puedan acceder a esos espacios sin embargo eso es muy complicado porque los propios médicos y trabajadores de la salud eh, tienen mucho prejuicio en torno a esta población ¿no? y más hemos optado por desarrollar otras estrategias.

¿Cuál ha sido la reacción dentro de la comunidad?

Fijate que aquí hemos trabajado el tema en con adolescentes, pero con los niños aún hay dificultad, hemos intentado hacer talleres con niños menores de 10 años y los papas sí tienen cierta reserva, digamos hemos evitado digamos imponer el asunto, pero sí creo que hay todavía como mucho prejuicio entorno a este tema. eh PREVENSIDA ha tenido éxito importante en los grupos callejeros, es decir, aquellos que no tienen vínculo familiar donde son autónomos de decidir si quieren participar o no, en el taller a diferencia de los chicos de riesgo la cosa cambia ¿no? porque ahí es inevitable el tomar la opinión de los padres ¿no?.

¿Qué problemas u obstáculos ha encontrado en el programa?

Un problema importante es un contexto poco favorable para hablar de la sexualidad, en un continuo me refiero porque la intervención de **El caracol** tiene una **temporalidad**, pero los chavos no solamente interactúan con nosotros, sino la mayor parte del tiempo con organizaciones religiosas entonces en muchos momentos hemos observado que las organizaciones estigmatizan con una lógica de pecado las expresiones de sexualidad, entonces si los chavos de su sexualidad o del preservativo, pues hay esas informaciones de carácter muy conservador como el preservativo no es seguro, como que eso es pecado tal eso creo que es un

obstáculo, otro tiene que ver con la propia condición de los grupos de calle, ósea la necesidad de sobrevivir en muchos momentos supera como la necesidad de cuidar su cuerpo y eso tiene que ver con otro componente de carácter psicológico y es que los chicos **viven en la inmediatez**, no hay una perspectiva a futuro y entonces esto lleva a conclusiones muy duras, si van a tener una relación de sexo recompensado, eh que de por sí es difícil para negociar y si ellos pensaban en el futuro de puede esto convenirme o si me voy a poner mal y todo esto, pues o lo dejarían de hacer pero como no hay perspectiva a futuro sino es lo inmediato entonces no se piensa demasiado. Otro componente de su propia condición de vida y de su forma de pensar es que hay una **baja percepción de riesgo** entonces igual se atraviesan una avenida sin mucha complicación así de una manera muy temeraria como pueden tener relaciones así en una lógica temeraria sabiendo que hay riesgo pero aventándose el quite dicen ellos ¿no?

¿Cuál sería la importancia en la prevención y atención de los programas en el D.F.?

Bueno yo creo que deberíamos identificar que la prevención siempre es más barata ¿no? este, otro elemento importante es que en el Distrito Federal una población mayoritariamente joven que tiene una vida sexual activa y que requiere en consecuencia ser atendida, requiere información, disponibilidad de preservativos u otros medios de protección y creo que tiene que ver visto desde una visión de política pública, ósea como un tema de salud pública ¿no? que me da la impresión de que eso no es así ¿no?, se ha quedado a nivel de programas ¿no? esta la Clínica Condesa que bueno, hace su buen aporte pero es insuficiente para la realidad que vive la capital, te hablo particularmente del tema de callejeros, ósea no hay ningún programa local oficial que atienda población callejera en este tema en particular ya no digamos de VIH de la salud sexual reproductiva de esta población, no hay.

¿Existen diferencias entre los programas de VIH/SIDA del D.F. ? ¿Y otros estados?

Pues yo creo que todos son hermanos en varios sentidos primero, porque carecen de continuidad, segundo porque depende mucho tiempos administrativos y tercero porque hay una intención y visión muy conservadora de quien toma la decisión y eso se traduce en que los presupuestos son absolutamente raquíticos ¿no? o innecesarios para todo lo que el fenómeno requiere en términos de prevención y tratamiento.

Anexo 3

María Luisa Estrada Carrillo
Médica General con especialidad en Salud Pública
Coordinadora del Programa estatal de VIH/SIDA e ITS en Morelos

Nombre de la Institución: Servicios de Salud de Morelos.

Nombre de su programa: Programa Estatal de VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión sexual de Morelos.

¿Cuándo lo elaboraron?

Mira, el programa en sí ya tiene muchísimos años, yo he estado a cargo de él desde aproximadamente cuatro años y medio, más o menos, sí pero el programa tiene como 10 años que se integra dentro de los programas como prioritarios, sí, pero bueno esta dentro de los 24 25 programas prioritarios que hay en la Secretaría de Salud o en los servicios de salud.

¿Quiénes elaboraron el programa?

Mira, el programa en sí, sigue algunos lineamientos nacionales y estrategias que se realizan aquí, en el estado, de acuerdo a la situación epidemiológica del comportamiento del VIH/SIDA y de Infecciones de Transmisión Sexual.

¿Quién lo elabora?

Bueno, nosotros estamos a cargo en este momento te puedo decir que tu servidora es la que hace la programación completa desde lo que son acciones y actividades, coordinación, no nada más coordinación con intrasectorial o interinstitucional con IMSS, ISSSTE, SEDENA o Institutos Privados o particulares que son laboratorios, laboratorios clínicos, pero que son dentro de la programación de estrategias efectivas a realizar en vigilancia epidemiológica, o sea, tiene varios componentes el programa, mucho de los componentes son sujetos o son lineamientos nacionales y de esos muchos también son lineamientos internacionales y va la cadencia hacia lo local, entonces el programa, nosotros aquí lo elaboramos el programa estatal también participan las jurisdicciones sanitarias en algunas estrategias muy específicas y locales que requieran hacer entonces ya finalmente se integra un programa general donde también participan las organizaciones no gubernamentales en algunos aspectos, aquí tenemos cinco organizaciones no gubernamentales que trabajan en VIH/SIDA dos de ellas es sobre atención y medicamentos y otras tres en relación a pura prevención.

¿Hacia que población están dirigidas?

Si dos de ellas a población lésbico-gay y la otra homosexual, y las otras tres más dirigidas hacia la juventud, hacia los jóvenes más que hacia los adultos y una de asistencia social que esta en Cuautla que atiende, bueno, como asistencia social ayuda, asesora, informa, promueve todo lo que es estrategias preventivas o medidas de prevención que es en Cuautla y a parte tiene como una especie de albergue, pero no muy grande, para dos tres gentes o cinco gentes en los cuales pues requieren que sus familiares pues ya están abandonados y que son adultos, bueno pues los tienen ahí, pero su servicio y atención médica la reciben del Hospital de Cuautla y ellos nada más los tienen como si fuera un Hotel para poderlos estar asistiendo únicamente.

¿Cuáles serían los objetivos dentro de su programa?

También tenemos un programa que es alterno que nosotros le hemos denominado Binomio TV, a cuestión de que se están encontrando que estas situaciones son necesarias para poder abordar los temas.

La visión es: Definir, planear, coordinar las acciones necesarias en un marco de consenso y descentralización para que los sectores públicos, privados y las organizaciones sociales del estado se comprometan en la lucha contra el VIH/SIDA con el objetivo de disminuir el riesgo la vulnerabilidad y el impacto en las personas y las comunidades.

Lograr una mayor participación intersectorial, una respuesta social organizada para que todas las personas que viven dentro del estado cuenten con los elementos necesarios para prevenir el VIH/SIDA y que las personas afectadas tengan acceso a una atención integral de calidad en un marco de respeto de la diversidad y de los derechos humanos.

OBJETIVOS

- Incrementar el uso de las medidas preventivas entre la población con prácticas de riesgo con mayor vulnerabilidad para adquirir la enfermedad.
- Reforzar la vigilancia epidemiológica con enfoque en los padecimientos.
- Disminuir la transmisión sexual y sanguínea en las poblaciones y los municipios más afectados que tenemos en nuestra región.
- Interrumpir la transmisión perinatal del VIH/SIDA y de la sífilis congénita asegurando el acceso a la información, atención, pruebas de detección y tratamiento oportuno.
- Garantizar a la población su seguridad social que requiere según factores de riesgo confirmado, servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento adecuado para cualquier ITS o VIH en los servicios en las unidades del sector gubernamental del Hospital.
- Disminuir el impacto social del VIH en las personas y comunidades en un marco de respeto de los derechos humanos.

Esto es una síntesis muy general, realmente, de los objetivos, pero, bueno, las estrategias son grandes y como te digo en este programa tenemos la recopilación, tenemos las estrategias generales que son las estatales, donde incluimos todo el sector y todas las instituciones, tenemos también estrategias jurisdiccionales que cada una con su forma dentro de los componentes que tenemos en la prevención: sexual, perinatal, sanguínea y atención integral y mitigación del daño en relación a eso es que se va haciendo por jurisdicción sanitaria, ya muy específico cada uno no y te digo en las estrategias generales es donde abarcamos e incluimos organizaciones no gubernamentales como alguna ONGs inmediatamente que tienen algún problema y por eso es como un compendio, así como de varios módulos en estrategias y actividades.

De manera general podría hablar dentro de estas estrategias **¿cómo se llevan a cabo las estrategias?**

Dentro de estas estrategias en general así muy ampliamente, te las voy a mencionar.

Responsabilidades:

- Mejorar el nivel y calidad de vida entre las personas que son afectadas e infectadas por el VIH o alguna infección de transmisión sexual, promoviendo y otorgando servicios oportunos y eficaces con calidad y calidez, administrados en forma honesta y eficiente, mediante la regulación y la coordinación de todas instancias involucradas en esta materia con plena participación social.
- Fomentar la creación de multiplicadores educativos y de información, tendientes a la prevención y control del VIH/SIDA/ITS, a través de actitudes de cambio en el autocuidado y responsable de la población en general, así como de conjuntar acciones pertinentes y eficaces que redunden en una vida más digna y respetuosa de sus derechos humanos, eliminando el estigma y la discriminación que aún persiste entre nuestra sociedad, las cuales dificultan el avance de las acciones, actividades y estrategias e implementadas.

De una manera no ha sido tan fácil, pero ya vamos mucho mejor.

ACTIVIDADES, ACCIONES Y ESTRATEGIAS

- Priorizar las acciones y actividades de prevención, en las localidades con mayor afectación, en poblaciones con mayor riesgo y vulnerabilidad como son los migrantes, usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen sexo con otros hombres, trabajadoras y trabajadores del sexo comercial, jóvenes adolescentes entre 15 a 24 años, adultos y adultas mayores, mujeres embarazadas, personas con tuberculosis, personas con alguna ITS y la población en general.
- Regionalizar y optimizar los servicios de prevención, detección, atención, tratamiento y hospitalización.
- Promover la capacitación, supervisión, investigación y apego a las mejores prácticas que han dado resultados satisfactorios, utilizándolas como herramientas permanentes en la toma de decisiones. *Afortunadamente, por tener tan cercano al Instituto Nacional de Salud Pública*

hemos tenido una participación con distintas investigaciones y de éstas hemos tomado algunas estrategias que estamos aplicando en forma operativa de estos resultados y bueno, por esos atenciones que son las herramientas más eficaces que hemos tenido satisfacción en ellas y se aplican y seguimos teniendo, pues, coordinación con el Instituto de diferentes maneras tanto en la forma económica, tanto en la forma económica en el sentido de que son investigaciones que van viendo qué tanto está el costo efectividad en nuestros servicios, en atención médica o en atención de detección, otras han sido dirigidas con encuestas de comportamientos, desde 2001 estamos trabajando estas encuestas de comportamiento a diferentes grupos poblacionales, encuestas centinelas para poder conocer mejor o tener mejor conocimiento de prevalencia en el estado. Han sido esos proyectos que ahorita ya los estamos traduciendo en acciones específicas.

- Disminuir el estigma y la discriminación asociados a comportamientos de riesgo, como aspecto central para el impacto.
- Aumentar el compromiso, la asignación de recursos humanos, materiales y financieros, así como la participación de las instituciones del sector de salud públicas, privadas y de otros sectores de la sociedad en los ámbitos estatal, jurisdiccional, municipal y local.
- Establecer mecanismos de monitoreo y evaluación para garantizar el cumplimiento de la normatividad vigente que da soporte legal al programa.
- Programación de actividades y acciones encaminadas a la identificación, detección, atención y tratamiento Binomio SIDA/Tuberculosis, entre la población en general.
- Promover el uso correcto y constante del condón, como medida de prevención eficaz, llevar a cabo sesiones educativas en materia de VIH/SIDA/ITS, haciendo énfasis en la población estudiantil del estado, difusión de la información a través de medios masivos de comunicación, simposios, talleres, cursos, seminarios, entre otras. Ahorita tenemos para el mes de mayo el simposium el cuarto Simposium para trabajar VIH prevención, donde participan muchas instituciones, estamos hablando instituciones de salud, gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, la SEP, la Delegación Federal del Trabajo, Derechos Humanos estatales, la Universidad también la dirección general del empleo del estado que de alguna manera hemos tenido coordinación con ellos para las personas que han quedado fuera de sus empleos a causa del VIH, tengan asesoría, no, y que bueno, mientras se ve todo esto de la legislación, bueno, se les acomoda según sus aptitudes y habilidades en empresas que ellos ya determinan, no, es como se les está apoyando también a estas personas.

COORDINACIÓN

- Con Organizaciones civiles de la sociedad, donde el programa ha impulsado su trabajo, apoyando con donación de condones y material impreso para difusión, así como apoyo a proyectos de intervención en los grupos de población que trabajan. Aquí te puedo decir que uno de ellos durante dos años consecutivos ha estado teniendo proyectos que CENSIDA convoca y ha ganado este concurso y el año pasado por este trabajo que ellos realizaron, sobre todo en hombres que tienen sexo con otros hombres ganaron aquí en el estado el Premio de la Juventud, son jóvenes entusiastas, entonces este premio de la juventud se lo ganaron aquí en el estado entonces también les ayudamos a realizar sus proyectos que de alguna manera se puedan validar y que sean efectivos para que les otorguen esas concesiones.
- Con el H. Ayuntamiento de los 33 municipios, el programa apoya, asesora y capacita al personal de salud, así como la implementación de estrategias específicas preventivas mediante la instalación de máquinas dispensadoras de condones, con la finalidad de mayor facilidad y acceso para su utilización. Porque ellos trabajan o tienen bajo su responsabilidad todo trabajador y trabajadora del sexo comercial, por eso es que nosotros somos normativos y proveemos de alguna manera las medidas que deben de utilizarse. El día 6 entregamos a 18 municipios dispensadores (los que ahorita tienen mayor incidencia aunque no hemos dejado afuera a ninguno, Acatlaca, Minatitlán, Zacatepec, Punte Ixtla, Mazatepec, Yautepec, Mayacapan ...estos son en la primera entrega no pero esto ha sido un esfuerzo bastante grande. también por parte de estos municipios porque el convenio que se firma tiene que estar autorizado por su cabeza o sea no es nada mas la toma de decisión del presidente municipal sino en el cabildo tiene que estar aprobado, firmado en común acuerdo todo el cabildo y los ayuntamientos que están dispuestos a colaborar, entonces si es un esfuerzo muy grande el todo el estado.

- Con el CERESO de Atlacholaya, para la atención de internos con VIH/SIDA, donde el programa hace entrega semestral de medicamentos antirretrovirales gratuitos, material impreso y condones, apoyo en la hospitalización de estos internos, acciones de capacitación actualizada al personal de esa dependencia.
- Con la SEP y el IEBEM, a través de la implementación del Programa de Promotores Adolescentes Voluntarios. Esto se hace con pláticas, orientaciones, cuestiones de talleres educativos para formar entre ellos mismos sus pares y den la información, buscamos los líderes de cada uno de sus grupos de secundaria, preparatoria, universidad, esos grupos, para que ellos se les capacite y den la información, bueno, los directores y el Secretario de Educación están siendo partícipes de todo lo anterior.
- Con asociaciones estatales de Laboratorios Clínicos particulares, su participación es referente a la vigilancia epidemiológica, con la notificación del número de pruebas que realizan para el VIH mas alguna de ITS que pudieran ser sujetas a la vigilancia como son la sífilis, la gonorrea, hepatitis B, hepatitis y algunos de las personas que están acudiendo en forma voluntaria resultan positivas o negativas nosotros tenemos ese reporte semana por semana y por lo tanto a través de eso hacemos el seguimiento ya y lo derivamos a la jurisdicción sanitaria para que hagan la visita correspondiente a la persona en su domicilio y si requiere atención médica si requiere algún medicamento, se canaliza al centro de salud más cercano de esta persona o de este paciente para que se le de la atención.

¿Cuáles son las políticas de prevención y atención para determinar más o menos recursos de las que son poblaciones de riesgo y de las que no?

Mira, realmente utilizar el término de políticas es muy amplio, más bien nosotros lo que hacemos es destinar un recurso o los recursos económicos que tiene el programa ya, asignado año con año.

En este año, ¿cuál es el recurso que manejan?

En este año el recurso para este año, es un poquito más de cinco millones de pesos, entonces estamos hablando que este problema de salud pública realmente una mayor parte se va hacia tratamientos o sea a los tratamientos antirretrovirales, pero no obstante, estamos designando o se está designando casi un poquito más de la mitad este presupuesto a lo que es la prevención, sí, entre éstas fortalecer todas estas acciones que acabas de escuchar para poder en recursos humanos y nos facilite todas las actividades como también la compra de insumo, materiales, todo lo necesario para poderles nuestras actividades de prevención sean más efectivas y tengan una buena aceptación en la población, entre éstas estamos asignando una cierta cantidad también para lo que es comunicación social en este caso a través de spots televisivos que durante dos años consecutivos hemos estado teniendo tres meses al año, una serie de spots que estamos realizando aquí en el estado y pasándolos a las regiones sobre a todo los radios de mayor afluencia local mas que en la zona urbana, nos vamos un poquito mas a la regionalización de los centros de salud o de las regiones un poquito menos accesibles.

¿Qué impacto verificable en función de las metas u objetivos tienen?

Bueno, uno de los impactos que hemos estado teniendo es la reducción de la mortalidad, esto nos traduce de una manera mas eficiente las acciones. Otro de los impactos que hemos tenido es el número de pruebas que se están realizando la gente tanto en instituciones públicas como en las privadas, el número de pruebas para tamizaje de VIH; esto por qué fue, bueno, pues esas sesiones educativas, a través de esas pláticas de información, bueno, la gente ya esta tomando otro tipo de conciencia y era lo que te decía cambiar un poquito el comportamiento, sí, la actitud hacia cuál es mi riesgo, no, ya sea en una forma institucional, se presenta, hacemos el tamizaje para sentirse mejor verdad y con menos riesgo y que tenga el VIH como también de forma particular, entonces el número de pruebas a comparación anterior a 1999 ha incrementado más del 100%. entonces es otro impacto que nosotros estamos midiendo de una forma indirecta y también, bueno, la satisfacción en el caso de atención médica, la satisfacción a través de encuestas que también se realizan de calidad sí a los mimos usuarios del servicio, en este caso de la atención médica de los hospitales vemos que ahí tenemos una buena respuesta y una de las cosas es que bueno los cambios de esquema de tratamiento son ya los mínimos no esto quiere decir que tienen buen apego al tratamiento todos los talleres de sensibilización y de práctica que hemos realizado con los pacientes, estas son como las mediciones indirectas porque es imposible medir un impacto real pero si a través de estas mediciones indirectas vemos que ha empezado a

disminuir de una manera u otra cambios de comportamiento y una reducción o estabilización de números de casos nuevos.

¿En qué medida estas consecuencias han contribuido a las prácticas de riesgo a la prevención?

Bueno, más bien, como te decía, al momento en que ya la gente empieza a tomar una actitud aunque no sea muy abierta, pero sí en forma individual y particular y el estar acercando a algún servicio para poder conocer su estado serológico, esto hace un cambio de actitud en la persona y ha sido una medida de prevención realmente.

¿Estas acciones están orientadas a aspectos prioritarios como son hombres que tienen sexo con otros hombres?

Sí son efectivas, enfocadas a esto estamos teniendo aunque no aquí, es importante, yo creo que señalar una de las situaciones, yo creo distintas, en comparación a las estadísticas nacionales es que en las estadísticas nacionales tienen más casos de hombres que tienen sexo con otros hombres o sea es la estadística que marca la Dirección General de Epidemiología a nivel nacional, es más homosexuales, un tanto por ciento mayor, después los heterosexuales y luego los bisexuales. Aquí hay un poquito de diferencia en el estado porque nosotros tenemos este como primero claro esta heterosexuales, bisexuales y después homosexuales, aquí la diferencia es que dentro de este grupo de bisexual hay hombres que tienen sexo con otros hombres, pero que no se asumen como homosexuales como tal, entonces por lo tanto hay esa pequeña discrepancia en este número no y que también nuestra migración es todavía mayor, entonces esto nos ocasiona que esta heterosexualidad vaya también en aumento, pero se enfocan como ves muy bien las estrategias en estos grupos ya identificados, sí, este, la acción que realizan las ONG's, estas dos son hacia dirigidas en hombres que tienen sexo con otros hombres no en muy específicas y nuestras acciones también van muy encaminadas a fortalecer en mucho toda esta área cognoscitiva de la mujer, empoderamiento a la información, porque nuestra situación de migración nos hace o nos fuerza a poderle darle esta información a la mujer para que tome sus previsiones, no, por eso es que estamos enfocando sin dejar finalmente a la población en general con todas las campañas que se realizan tanto a nivel nacional y regional.

¿Estos resultados son los esperados para reducir el VIH/SIDA?

Bueno, son congruentes, pero, bueno yo creo que todavía nos falta mucho, yo creo que esto ha sido un avance, en estos cuatro años ha sido un avance significativo, pero al plantearnos una metas muy específicas es difícil de alcanzar siempre no siempre es difícil de alcanzar, pero dentro de un contexto general se ha avanzado mucho y se han tenido logros satisfactorios.

Con su experiencia ¿qué recomendaría a los que hacen investigación sobre este tema? ¿Cuáles son los programas eficaces?

Mira yo creo, este, que se ha hablado mucho de SIDA, se han hecho muchas investigaciones realmente en todos los ámbitos que se requiere de investigación, pero también es importante que dentro de estas investigaciones, unos cuantos podamos o tomar en cuenta estas investigaciones en lo operacional, si no yo creo que el impacto o la mejor práctica que se pueden tener es que todas estas investigaciones en una manera de conjuntar todos y todas estas experiencias se hicieran ya prácticas realmente en cada uno de los estados, yo creo que a la larga como nos ha pasado en el estado tendría un impacto mayor todavía a nivel nacional, yo creo que aquí hay gente que todavía tiene la idea de que las investigaciones son investigaciones y van a parte y la operación es otra cosa distinta, no, yo creo que aquí hay que cambiar en los que toman esas decisiones, en los que tienen a cargo los programas en hacerles conciencia que una investigación no es nada más ayudar a un investigador o ayudar a otras personas o a una agencia a dar un resultado, yo creo que aquí lo más importante es que tomen esas como un ejemplo como una acción que beneficie a una operación, entonces podemos decir que las prácticas o las investigaciones en cualquiera de los ámbitos, materias o en los tópicos que se realicen, sean efectivas.

¿Cómo se concibe lo que es un programa?

Bueno, los programas son muy de sistemas, no, realmente si nosotros decimos éste es un programa que tenemos que tener que la introducción, que toda la metodología habida y por haber, que se tiene que poner, voy de acuerdo hasta ahí, pero yo creo que un programa para que sea efectivo, que resulte, eh, con impacto se le debe de dar otro tenor, otra conceptualización, en la cual, si nosotros conocemos realmente lo que estamos manejando de información, si nuestra información es veraz, es oportuna, si nos va a permitir darle enfoques distintos a esta sistematización que tenemos siempre y al momento de introducir esta sistematización a algunos enfoques, sean muy directos, si conocerlos bien a tu ámbito de competencia el programa será efectivo y dará los resultados e impacto, si, no, ahorita porque el problema del VIH desgraciadamente no tenemos un impacto inmediato sino a largo plazo

Pero que debe de ser sostenido estos enfoques año con año e introducir o renovar algunas otras acciones que te permitan mejorar la situación, pero si tú no conoces realmente, este, eh, el manejo de esta información, los contextos en los cuales esta este medio ambiente tuyo personal o de tu localidad o de tu estado pues difícilmente los programas seguirán siendo como de cartón, no siempre estarán ahí y siempre pasarán años y años pero no les estás dando la importancia que debe. Por lo tanto, al tener un programa de estas características, sí, tú ya viste cuales son tus estrategias encaminadas hacia la atención, fortalecieron o innovaron y te están dando resultados, bueno, pues continúa con ese contexto, no, entonces es por ello que de una manera u otra el conocer perfectamente el ámbito de lo que estás manejando de información y del contexto social, económico y político dentro de tu trabajo, eso es lo que te va a permitir que sea eficaz.

¿Cómo se concibe el VIH?

Cómo quieres que te lo diga, pues el VIH es una persona infectada que tenemos la historia natural de la enfermedad.

SIDA: Es una infección ya con sus manifestaciones clínicas en sus diferentes estadios.

ITS: es una parte muy importante que hemos dejado de trabajar y que ha pesar que desde la humanidad tenemos las infecciones de transmisión sexual, pero no le damos la importancia debida que nosotros desde hace unos años ya estamos introducido no solo en las sesiones educativas con VIH/SIDA sino las ITS, porque es la puerta de entrada de una manera u otra y que coadyuva o contribuye a la adquisición del VIH y por ende al SIDA, entonces esto es una parte que todo mundo lo dejamos porque todavía nuestra población sigue con esa idea de que son enfermedades, a pesar del 2005 todavía escuchamos esas versiones, por lo tanto necesitamos seguir insistiendo en las infecciones de transmisión sexual y lo más importante y que hay prevención y una curación inmediata, ahí sí hay una curación a diferencia del VIH.