

VIVE Y CONVIVE MEJOR CON INFORMACIÓN

Sistematización de la experiencia de
capacitación para PVVS, familiares y
allegados sobre salud integral y soporte
emocional desde una perspectiva de
derechos humanos

CONSORCIO Vía Libre,
Coordinadora Peruana de Personas que Viven con VIH/Sida “Peruanos Positivos”,
y Universidad Peruana Cayetano Heredia
Fondo Global - Conamusa
Consortio: Objetivo VIH4 II Ronda



PERÚ
Ministerio
de Salud



Investing in our future
The Global Fund
To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria







VIVE Y CONVIVE MEJOR CON INFORMACIÓN

**Sistematización de la experiencia de
capacitación para PVVS, familiares y allegados
sobre salud integral y soporte emocional
desde una perspectiva de derechos humanos**

CONSORCIO Vía Libre,
Coordinadora Peruana de Personas que Viven con VIH/Sida “Peruanos Positivos”,
y Universidad Peruana Cayetano Heredia



Mejía Navarrete; Ada Ysela

VIVE Y CONVIVE MEJOR CON INFORMACIÓN. Sistematización de la experiencia de capacitación para PVVS, familiares y allegados sobre salud integral y soporte emocional desde una perspectiva de derechos humanos. / Elaborado por Ada Ysela Mejía Navarrete. / Lima: Consorcio Vía Libre: Objetivo VIH-4 "Garantizar la atención integral de calidad para PVVS (hombres mujeres y niños) y que incluya el acceso al tratamiento antirretroviral", 2008.

126 pp.: tab., ilus., map, graf.; 23,5cm largo x 17 cm ancho

ISBN xxxxxxx

SISTEMATIZACIÓN / TALLERES DE CAPACITACIÓN / VIH / PERSONAS CON VIH / SALUD INTEGRAL / SIDA / DERECHOS HUMANOS / VÍA LIBRE / FONDO GLOBAL / PERÚ

VIVE Y CONVIVE MEJOR CON INFORMACIÓN. Sistematización de la experiencia de capacitación para PVVS, familiares y allegados sobre salud integral y soporte emocional desde una perspectiva de derechos humanos. Esta publicación fue realizada en el año 2008 por Vía Libre en el marco del Programa "Fortalecimiento de la prevención y control del sida y la tuberculosis en el Perú" Segunda Ronda VIH: PER-202-GO1-H-00 Objetivo VIH-4 "Garantizar la atención Integral de calidad para PVVS y que incluya el acceso al Tratamiento Antirretroviral". Financiado por el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria. El Objetivo es implementado por el Consorcio Vía Libre, liderado por Vía Libre, conformado por la Universidad Cayetano Heredia, la Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH y Vía Libre, y auspiciado por el Ministerio de Salud y Conamusa.

La presente publicación cuenta con la autorización de publicación por parte de CARE Perú como receptor principal del Programa del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

COORDINADORA OBJETIVO VIH-4 – SEGUNDA RONDA – PROGRAMA FONDO GLOBAL

Lic. Ada Ysela Mejía Navarrete

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan el punto de vista del Fondo Mundial.

AUTORA Y RESPONSABLE DE LA PUBLICACIÓN

Lic. Ada Ysela Mejía Navarrete

CONSULTORA PARA REVISIÓN Y APOYO EN LA ELABORACIÓN DE TEXTOS

Lic. Martha Luque Velarde

EQUIPO DE TRABAJO

Lic. Ada Ysela Mejía Navarrete

Sr. William Gonzáles Saavedra

Sra. Sonia Parodi Arias

Dr. Jhon Gutiérrez Guerrero

INFORMACIÓN BASE DE DATOS

Lic. Jeannette Pasquel

Lic. Jacqueline Girón

CORRECCIÓN DE ESTILO Y DISEÑO

Raúl Huerta Bayes

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2008-16084

Primera edición, 500 ejemplares

Impreso por Gráfica Jhorbi

Jr. Callao 236, Lima

Impreso en el Perú

Lima, diciembre de 2008

© Vía Libre

Jr. Paraguay 478, Lima

Teléfono: 4331396 • www.vialibre.org.pe • vialibre@vialibre.org.pe

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
PARTE I	
MARCO DE REFERENCIA	11
1. Antecedentes	11
2. Escenarios institucionales de la capacitación	16
2.1. El Fondo Global	16
2.2. Los mecanismos de coordinación país (MCP)	17
2.3. El Proyecto “Fortalecimiento de la Prevención y Control del Sida y la Tuberculosis en el Perú”	18
2.4. Consorcio Vía Libre, Universidad Cayetano Heredia y Peruanos Positivos	21
PARTE II	
ELEMENTOS REFERENCIALES EN LA PLANIFICACIÓN DE LA CAPACITACIÓN PARA PVVS, FAMILIARES ALLEGADOS	25
1. La propuesta de trabajo	25
2. Marco institucional de la Asociación Vía Libre	33
3. Elementos teóricos de la intervención	39
3.1. La familia y los allegados	39
3.2. Salud integral	44
3.3. Soporte emocional	48
3.4. Derechos Humanos	53
4. Bases educativas en el planteamiento de la capacitación	57
4.1. El aprendizaje de PVVS, familiares y allegados	57
4.2. Características del aprendizaje	65
4.3. Roles de los participantes	67
4.4. Objetivos de la capacitación	69
4.5. Metodología de trabajo	71
4.5.1. Estructura del taller de capacitación	72
4.5.2. Las sesiones de aprendizaje	72



PARTE III	
EL DESARROLLO DE LA CAPACITACIÓN	75
1. Los aspectos planificados	75
2. La ejecución	76
2.1. La cobertura de intervención	76
2.1.1. Ciudades seleccionadas	77
2.1.2. Los talleres de capacitación	79
2.2. Los beneficiarios	79
2.3. Análisis de receptividad	85
2.3.1. Análisis de receptividad de los talleres 2004	85
2.3.2. Análisis de receptividad de los talleres 2005	87
2.4. Análisis de calidad	90
2.4.1. Análisis de calidad de los talleres 2004	90
2.4.2. Análisis de calidad de los talleres 2005	94
2.5. Metas alcanzadas y productos obtenidos	99
3. La experiencia en una segunda fase de intervención	101
3.1 Los beneficiarios	101
3.2 Análisis de receptividad	108
3.2.1. Análisis de receptividad de los talleres 2006	108
3.2.2. Análisis de receptividad de los talleres 2007	109
3.3. Análisis de calidad	110
3.3.1. Análisis de calidad de los talleres 2006	110
3.3.2. Análisis de calidad de los talleres 2007	112
PARTE IV	
DE LA REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA AL APRENDIZAJE POSTERIOR	115
1. Conclusiones	115
2. Lecciones aprendidas	117
3. Recomendaciones	119
ABREVIATURAS	122
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123



INTRODUCCIÓN

La sistematización que a continuación se presenta tiene el propósito de mostrar la experiencia de intervención desarrollada en el marco del Proyecto “Fortalecimiento de la Prevención y Control del Sida y la Tuberculosis en el Perú”, a partir del trabajo realizado en el Componente VIH/Sida, Objetivo 4 “Garantizar la atención integral de calidad a las PVVS (hombres, mujeres y niños) y que incluya el acceso al tratamiento antirretroviral”. También tuvo actividades dirigidas a la “Capacitación para PVVS, familiares y allegados sobre salud integral y soporte emocional desde una perspectiva de derechos humanos”. Esta intervención ha sido financiada por el Programa del Fondo Global y ejecutado por el consorcio liderado por Vía Libre (institución que además fue responsable de la implementación de la actividad de capacitación que es eje de la presente sistematización; objeto del presente trabajo) e integrado por el Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH/Sida “Peruanos Positivos”.

La revisión de la experiencia de intervención implementada a la capacitación para PVVS, familiares y allegados en salud integral y soporte emocional desde una perspectiva de derechos humanos, ha sido una línea importante de trabajo del Objetivo VIH4, II Ronda: “Garantizar la Atención Integral de calidad de las PVVS, que incluya el acceso a Tratamiento Antirretroviral” del proyecto “Fortalecimiento de la Prevención y Control del Sida y la Tuberculosis en el Perú”, que se ha desarrollado del año 2004 al 2008. Sin embargo, la presente sistematización cubre la experiencia desarrollada hasta diciembre de 2007 con la intención de identificar elementos que permitan en el futuro generar aportes para experiencias de trabajo similares, habiendo identificado lecciones, fortalezas y debilidades del trabajo. El trabajo de sistematización tiene en ese sentido un carácter propositivo para plantear nuevas propuestas o mejorar la implementación de experiencias similares que se ejecutarán, pero que está abierto a nuevos aportes, comentarios y sugerencias dentro de la lógica de presentación de la sistematización que a continuación damos a conocer. Lo principal es rescatar el aprendizaje obtenido.

Lo antes señalado se fundamenta en el enfoque acción, reflexión y acción, del cual partimos para realizar este trabajo de sistematización, que en pocas palabras es aprender desde la reflexión de la práctica, marco de entendimiento que es respaldado por autores como Oscar Jara:

[...] la sistematización de experiencias es una manera de aprender de la práctica, que nos permite interpretar críticamente lo que hacemos y está en función de la transformación de nuestra propia práctica; además es un elemento indispensable para recoger todos los aprendizajes de nuestra experiencia y es un elemento indispensable para mejorar y transformar la práctica que desarrollamos.¹

El trabajo que se desarrolló para la capacitación de personas que viven con el VIH/Sida, familiares y allegados indudablemente recupera las acciones realizadas, pero sobre todo pretende compartir las características de los sujetos participantes, es decir, reconocerlos como personas con expectativas, temores, esperanzas y demandas; por lo tanto, conocerlos y tratarlos como parte de los procesos y dinámicas que formaron parte de la experiencia que en las siguientes páginas compartimos.

En la primera parte se presentan temas generales de referencia al marco en el que se desarrolló la experiencia de trabajo. En la segunda parte se comparte información sobre los elementos que influyeron en el planteamiento de la propuesta de trabajo, que estaban relacionados al marco institucional, al marco teórico y a las bases educativas de la capacitación, eje principal de la intervención. Una tercera parte aborda el desarrollo del trabajo de capacitación, las etapas de planificación y de ejecución, se hace una revisión de la participación y los diferentes actores de la intervención, se presentan las características de los beneficiarios con los que se trabajó para concluir en la identificación de las fortalezas y dificultades que se presentaron en el trabajo.

Finalmente, en la cuarta parte del trabajo se plantean algunas conclusiones, lecciones aprendidas y recomendaciones para trabajos posteriores en ex-

¹ JARA HOLLIDAY, Oscar. *Sistematización de la práctica educativa: una pasión y un reto por la transformación*. Cátedra Jaime Torres Bidet. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. Costa Rica.

perencias similares o nuevas propuestas con personas viviendo con VIH y Sida, familiares y allegados.

Es importante señalar que uno de los actores de la experiencia fue la institución ejecutante, en este caso Vía Libre, una organización no gubernamental (ONG) sin fines de lucro, con 15 años de trabajo en el área de la salud y los derechos humanos. En su quehacer ha priorizado su labor con grupos en situaciones de vulnerabilidad y personas que viven con VIH/Sida, población objetivo que es parte de la naturaleza misma de Vía Libre. La constitución de la institución fue justamente dirigida por una PVVS que para su época fue un precursor en la lucha contra el VIH/Sida y quien inspiró la mística de trabajo que desde ese entonces guía la labor institucional, esa persona fue Gonzalo Rey de Castro a quien recordamos siempre y desde estas páginas le brindamos el tributo y reconocimiento que merece.

Esperamos que el presente trabajo contribuya a una mejor comprensión del problema, asimismo sirva para posteriores propuestas de intervención y, en general, ofrezca elementos de trabajo para seguir enfrentando el VIH y Sida con posibilidades que permitan vidas dignas a quienes se ven afectados por esta enfermedad, desde el respeto de sus derechos como seres humanos.



PARTE I

MARCO DE REFERENCIA

1. ANTECEDENTES

El desarrollo de la enfermedad del VIH/Sida en el Perú ha adquirido connotaciones propias de una epidemia, que la convierte en uno de los problemas centrales de la salud pública en el Perú. Según las estadísticas de la Oficina General de Epidemiología (OGE) del Ministerio de Salud, hasta agosto de 2008, había aproximadamente 32,282 casos de VIH y 22,237 casos de sida desde el inicio de la epidemia en el Perú (1983). Asimismo, según cálculos de la OGE, podría considerarse entre cinco mil y 10 mil personas que también desarrollaron inmunodeficiencia, pero que nunca fueron notificadas al Ministerio de Salud. Es decir, más del 50% de las personas no saben su diagnóstico por la naturaleza asintomática de la evolución de la infección que oscila entre 8 y 10 años. Actualmente se reporta más de mil nuevos casos de sida cada año en el ámbito nacional².

El Ministerio de Salud (Minsa) estima que existe aproximadamente entre 76 mil y 100 mil casos de personas que viven con el VIH/Sida. De modo más concreto, se puede destacar que alrededor del 70% de los afectados tiene entre 20 y 39 años, es decir, posiblemente adquirieron la infección cuando tenían entre 15 y 24 años, lo que indica que la epidemia en el país es un fenómeno fundamentalmente joven. Asimismo, cerca del 20% de los casos registrados son de mujeres y la relación epidemiológica hombre-mujer en los últimos años ha crecido de manera tal que se estima que cuatro hombres de cada mil personas de la población en general tienen la infección del VIH, en tanto que dos mujeres de cada mil personas están en igual situación³.

2 CABELLO CHÁVEZ, Robinson. *Situación y respuesta al VIH/Sida en el Perú (Diciembre 2007)*. Vía Libre.

3 OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA. *Situación del VIH/Sida en el Perú*. Boletín epidemiológico mensual. Agosto 2008. Minsa.

En relación con los niños y niñas afectados con la infección, hay aproximadamente 1500 niños viviendo con VIH/Sida (NVVS), de los cuales 420 han accedido al tratamiento antirretroviral en lo que va del año 2008⁴.

Respecto a las ciudades con mayor prevalencia de casos de VIH y Sida, en Lima y Callao se concentra entre el 70% y 75% de los afectados. Sin embargo, se observa un crecimiento paulatino en Ica, Arequipa, Loreto y La Libertad.

En este contexto, la epidemia se concentra además con importante incidencia entre grupos específicos: hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y trabajadores sexuales (TS), que por sus peculiares características de exclusión social y vulnerabilidad económica son los que tienen menos acceso a los servicios de salud y soporte social cualificados. La invisibilidad del diagnóstico es mayor en estos grupos por la doble estigmatización y por las consecuencias que la revelación del mismo puede traer en sus vidas cotidianas.

La información presentada esboza de manera general el panorama crítico de la enfermedad en nuestro país, realidad que se agudiza con la situación de estigma y discriminación a la que se ven expuestas las personas afectadas, así como a las diferentes situaciones de carencia y pobreza en la que se encuentra un amplio porcentaje de esta población.

Por otro lado, las diversas investigaciones realizadas sobre la situación de las personas que viven con VIH y Sida (PVVS) en nuestro país señalan que las conclusiones más importantes serían las siguientes⁵:

- Las PVVS que se atienden en el Sistema Público de Salud son las que tienen menos poder adquisitivo, la mayoría carece de recursos económicos para pagar una consulta médica periódica.
- En las regiones, la posibilidad de ser “descubiertos” aleja a las PVVS de los servicios de salud que necesitan, no se respetan los principios de con-

4 VÍA LIBRE, *Referencia del Proyecto Niños, Niñas por un entorno positivo*. Lima, 2008.

5 La información se recoge de: Vía Libre. *Diagnóstico sobre necesidades de información para capacitación*. Actividad 1, Objetivo 4. Componente VIH. Programa Fondo Global. Mayo 2004. Diagnósticos del proyecto de “Fortalecimiento del Movimiento de las Personas Viviendo con VIH/Sida en el Perú”, ejecutado por la Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH/Sida en colaboración con el Proyecto POLICY. Lima, 2004. Se tiene además información del diagnóstico de PVVS atendidas en Vía Libre, información recogida a través de la Oficina de Trabajo Social, en los últimos 10 años. Material gris.

fidencialidad del diagnóstico, ni aun entre el mismo personal de salud que padece la enfermedad, y las personas sufren maltrato en la prestación de estos servicios.

- Algunas PVVS reciben el diagnóstico en forma inadecuada y con escasa información previa. Muchas de ellas no tienen noción de lo que representa su diagnóstico y, por lo tanto, no dan importancia a las medidas de autocuidado.
- En algunas poblaciones, la falta de información sobre signos y síntomas se debe a la inasistencia a la Consulta Médica Periódica, a esto se suma el desabastecimiento de las medicinas más básicas como la quimioprofilaxis para TB y PCP.
- No se cuentan con estrategias de prevención secundaria para PVVS, las personas no son concientizadas sobre su rol como agentes de prevención ni sobre los riesgos de la reinfección.
- Las organizaciones de PVVS son incipientes, entre otras razones por la dispersión de la propia población infectada, por la falta de recursos financieros y humanos y la multiplicidad creciente de necesidades básicas: medicamentos, alimentos y trabajo. Estos factores contribuyen a la inmovilidad de las PVVS.
- En el caso específico de las mujeres, tras el fallecimiento del conviviente o cónyuge se incrementan los problemas económicos, fundamentalmente por la escasez de trabajo.

Esta difícil realidad en que viven las personas afectadas indudablemente exige la realización de acciones urgentes para poder solucionar las necesidades principales de las PVVS. Las propuestas tienen como punto de partida el respeto de los derechos humanos, para contribuir a mejorar la calidad de vida frente a la adversidad que inicialmente representa el VIH y Sida en la vida de miles de personas.

Las organizaciones no gubernamentales como Vía Libre y Prosa, además de los grupos organizados de PVVS ofrecen diferentes servicios a las personas afectadas, entre los cuales está el brindar información y capacitación a las PVVS, familiares o allegados, principalmente, para que aporten al cuidado y al soporte emocional, estableciéndose el desafío aun de enmarcar esta labor en el enfoque de salud integral y derechos humanos.

Estos servicios se ofrecen gratuitamente, pero por su naturaleza tienen una cobertura limitada —son realizados por una ONG u organizaciones de base—. Aunque en los últimos años se cuenta con el apoyo financiero del Fondo Global en el país.

Entre las actividades más importantes, se destaca la atención integral que incluye asesoría antes de la prueba y después de ella, consejería de soporte emocional e información sobre autocuidado (realizada por PVVS), suministro de los medicamentos para profilaxis, fortalecimiento de las redes de soporte (familia consanguínea y social) enmarcado en un ámbito de salud integral y derechos humanos. Las acciones planteadas formaron la base de la propuesta que, desde el Objetivo 4 del Componente VIH del Programa del Fondo Global “Garantizar la atención integral de calidad a las PVVS (hombres, mujeres y niños) y que incluya el acceso al tratamiento antirretroviral”, se planteó trabajar en consorcio entre Vía Libre, la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Coordinadora Peruana de Personas viviendo con VIH/Sida con su contraparte, el Ministerio de Salud, a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Infecciones de Transmisión sexual y VIH/Sida.

La experiencia inicial demostró la importancia que tiene la capacitación a las PVVS, familiares y allegados sobre salud integral y soporte emocional teniendo en cuenta es aspecto de los derechos humanos. De acuerdo con los resultados obtenidos, se consideró la posibilidad de desarrollar planes de capacitación según los siguientes criterios:

- Elaboración de una propuesta basada en modelos que impliquen bajo costo.
- La propuesta educativa para estos grupos poblacionales ofrece un espacio adecuado para romper con las barreras que permitan discutir asuntos sensibles.
- La propuesta cuenta con posibilidades de sostenibilidad, que asegure la formación de agentes para su replicación.
- La propuesta de capacitación se basa en la utilización de recursos definidos socialmente por la propia población.
- Finalmente, la propuesta promueve el fortalecimiento de relaciones cotidianas en relación con una práctica de salud integral, soporte emocional con una perspectiva de derechos humanos.

Sin embargo, es necesario fortalecer la elaboración de propuestas dirigidas a estas poblaciones con componentes que tengan en cuenta un programa de capacitación que promueva no sólo los aspectos cognitivo-informativos sino, principalmente, el desarrollo personal (actitudes proactivas, manejo adecuado de emociones, conocimiento de competencias, enfoque constructivista) y las herramientas que favorezcan el rol de soporte social de las PVVS, de familiares y allegados (habilidades para la escucha abierta, empatía, comunicación verbal y no verbal, integración de los problemas, etc.). Perspectiva que el Programa del Fondo Global se propuso impulsar.

Asimismo, era importante considerar el planteamiento de un sistema de evaluación continua que permita identificar los vacíos de las capacitaciones. Además, era vital dotar a los capacitados de material útil y sencillo que permita reforzar la información ofrecida en las capacitaciones. Aspectos generales que pasaremos a revisar en la parte tres de este documento, en el que reconstruiremos la experiencia y reflexionaremos a la luz de algunos elementos teóricos que la sustentaron.

En esa misma dirección, con el inicio del Programa de provisión de Antirretrovirales (ARV) para PVVS por parte del gobierno, la labor de los familiares o allegados se constituiría fundamentalmente en el contexto de un Plan Nacional de Adherencia, sustentado en un enfoque de salud integral y de derechos humanos.

En conclusión, los antecedentes permiten ubicar la experiencia desarrollada en la realidad del país y reconocer que en una propuesta en la que las personas afectadas son el principal eje de atención, el enfoque de derechos humanos es prioritario. La protección de los derechos humanos es una parte fundamental de una respuesta eficaz frente a la pandemia, de tal forma que la capacitación a PVVS, familiares y allegados no sólo implicaba la entrega de información para reconocer los derechos y exigir su respeto, sino plantearlos como un componente central de una vida digna, plena y de calidad para las poblaciones afectadas.

2. ESCENARIOS INSTITUCIONALES DE LA CAPACITACIÓN

2.1. EL FONDO GLOBAL

El Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM, por sus siglas en inglés) fue creado en enero de 2002 para financiar, atraer y desembolsar recursos adicionales que lleven hacia un cambio radical la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria a través de la asignación de recursos financieros que apoyen intervenciones contra estas enfermedades. El propósito del Fondo es el de promover una nueva asociación público-privada que realice una contribución sostenible y significativa contra estas tres enfermedades, mitigando el impacto causado por el VIH y sida, tuberculosis y malaria en los países necesitados y contribuyendo a la reducción de la pobreza como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El Fondo Global contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria es una organización independiente regida por un consejo internacional de representantes de donantes y gobiernos, ONG y representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial. Este Fondo prometió destinar, durante la reunión de su Consejo Internacional en Chiang Mai (Tailandia), 623 millones de dólares (535,683 millones de euros) a sus programas de lucha contra estas tres patologías.

En el 2000 empezó a constituirse el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Este Fondo (que combina fondos públicos y privados) se crea oficialmente en enero de 2002. Entre sus metas se encuentran mejorar los programas y políticas nacionales de salud en los países en desarrollo y detener el avance de estas tres epidemias en todo el mundo.

El Fondo está integrado por una junta formada por organismos internacionales (ONUSIDA, OMS, entre otros), representantes de los países desarrollados y en vías de desarrollo, de las ONG y del sector privado⁶. El Perú forma parte de este Fondo desde setiembre de 2003.

6 Consorcio Vía Libre, Peruanos Positivos, UPCH. *Vive y convive mejor*. Cartilla Informativa. 2004.

En cuanto al VIH y Sida, en la propuesta de la Segunda Ronda del Proyecto Fondo Global, para el caso del Perú se planteó:

- Promover estilos de vida saludables en adolescentes y jóvenes respecto a los temas de ITS y VIH/Sida.
- Disminuir la prevalencia de la infección por VIH/Sida en poblaciones vulnerables (trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con otros hombres y las personas privadas de su libertad).
- Disminuir la transmisión vertical del VIH (gestantes).
- Garantizar la atención integral de calidad a las PVVS incluyendo el tratamiento antirretroviral.
- Fortalecer la respuesta de la sociedad civil y el Estado frente a la epidemia del VIH/Sida.

2.2. LOS MECANISMOS DE COORDINACIÓN PAÍS

El Mecanismo de Coordinación País (MCP) es un elemento capital en el compromiso del Fondo Global que impulsa a los países a asumir como propias las iniciativas y participen en las decisiones. Estas asociaciones elaboran propuestas de subvenciones que presentan al Fondo Global, según las necesidades prioritarias del país. Una vez aprobada la ayuda, supervisan los progresos realizados durante la ejecución. Los MCP están formados por representantes tanto del sector público como del privado, incluidos organismos multilaterales y bilaterales, organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas, empresas privadas y personas que viven con alguna de las tres enfermedades.

En nuestro país, el Ministerio de Salud, en mayo de 2002, decide nombrar una comisión técnica para realizar una segunda propuesta al Fondo Global, debido a que la propuesta presentada en la Primera Ronda había sido rechazada. Esta comisión consideró necesario la participación multisectorial, es decir, todas las organizaciones comprometidas en la lucha contra la tuberculosis, el sida y la malaria. Para ello, decidió instalar el MCP con la participación de las diversas organizaciones públicas y privadas comprometidas en la lucha contra estas enfermedades. Se realizaron diversas reuniones con dos niveles de discusión, una relacionada a la propuesta técnica en la que participan por subcomisiones y otra relacionada a la necesidad de la formación del MCP.

En la segunda semana de julio de 2002, en una reunión conjunta de todas las instituciones convocadas, se acordó que cada una de ellas debería tener una representatividad en una organización mayor y que funcione como mecanismo coordinador. Una vez fijada la cantidad de representantes fueron designados en una elección democrática. Esta designación fue entregada posteriormente al Ministerio de Salud y, el 8 de agosto de 2002, el viceministro de Salud presidió la reunión de instalación del MCP, que en nuestro país adoptó el nombre de Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud (Conamusa), e inmediatamente se conformó una Secretaría Ejecutiva con tres comités relacionados a las áreas temáticas de tuberculosis, sida y malaria con la participación activa de todas las organizaciones representadas en el MCP.

En lo que respecta al área de sida y tuberculosis se preparó la propuesta “Fortalecimiento de la Prevención y Control del Sida y la Tuberculosis en el Perú” que fue aprobada en enero de 2003. La base de participación tenía como principio una perspectiva integral de salud desde la equidad, la ética, los derechos humanos, la solidaridad, la participación social y la abogacía en la salud.

2.3. EL PROYECTO “FORTALECIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA Y LA TUBERCULOSIS EN EL PERÚ”

La propuesta peruana fue presentada por la Conamusa al Fondo Mundial en setiembre de 2002 y aprobada en enero de 2003.

La propuesta tenía tres componentes: VIH/Sida, tuberculosis y VIH/TB con un tiempo de duración de cinco años. El componente VIH/Sida estaba destinado a contribuir al fortalecimiento de una respuesta articulada entre los diferentes sectores del gobierno y la sociedad civil con una perspectiva de participación ciudadana y respeto de los derechos humanos.

Componente VIH/Sida:

META: Mantener y disminuir la prevalencia de VIH/Sida

OBJETIVOS:

- Promover estilos de vida saludables entre los adolescentes y jóvenes en temas de ITS y VIH/Sida.
- Disminuir la prevalencia de infección VIH/Sida en poblaciones vulnerables.
- Disminuir la transmisión vertical del VIH.
- Garantizar la atención integral de calidad a las PVVIH y que incluya el acceso al tratamiento antirretroviral.
- Fortalecer la respuesta de la sociedad civil y el Estado frente a la epidemia VIH/Sida.

RESULTADOS ESPERADOS: (Primera fase de la propuesta de la Segunda Ronda presentada para VIH/Sida)

Se esperaba disminuir la infección del VIH en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) de 11.8% a menos de 8%, disminuir la infección del VIH en trabajadoras sexuales (TSx) de 2% a menos de 1%, disminuir la proporción de gestantes infectadas por el VIH de 0.4% a menos de 0.5%, incrementar la proporción de hijos VIH positivos que seroconvierten a los 18 meses de 80% a más de 90%, incrementar la proporción de PVVS que acceden a una atención integral de menos de 10% a más de 90%.

BENEFICIARIOS:

- Con este proyecto se planteaba beneficiar en general a:
 - ❖ 400 mil gestantes en control prenatal para que se realicen un examen voluntario para VIH, en zonas donde no son accesibles las pruebas de Elisa.
 - ❖ 300 mil gestantes en trabajo de parto, pero sin control prenatal previo, para que se realicen un examen voluntario para diagnóstico de VIH a través de pruebas rápidas.
 - ❖ 600 mil casos sintomáticos de ITS que accederían a diagnóstico, tratamiento y consejería oportunos, proporcionados por el Estado, a través de personal capacitado en actividades financiadas por el Proyecto.
 - ❖ 400 mil adolescentes y jóvenes accederían a información sobre el sida y otras ITS, estrategias de prevención para disminuir su riesgo de exposición y cómo buscar servicios de orientación y consejería.

- En las poblaciones más vulnerables se beneficiaría a:
 - ❖ 15 mil hombres que tienen sexo con otros hombres recibirían información y orientación para la modificación de conductas sexuales, garantizándose la atención médica periódica por parte del Estado que aseguraría el diagnóstico precoz de ITS, así como el tratamiento correspondiente.
 - ❖ 25 mil trabajadores y trabajadoras sexuales que recibirían información sobre el uso del preservativo y recursos para su negociación, asegurándose también su atención médica periódica por parte del Estado que garantizaría el diagnóstico precoz de ITS y el tratamiento correspondiente.

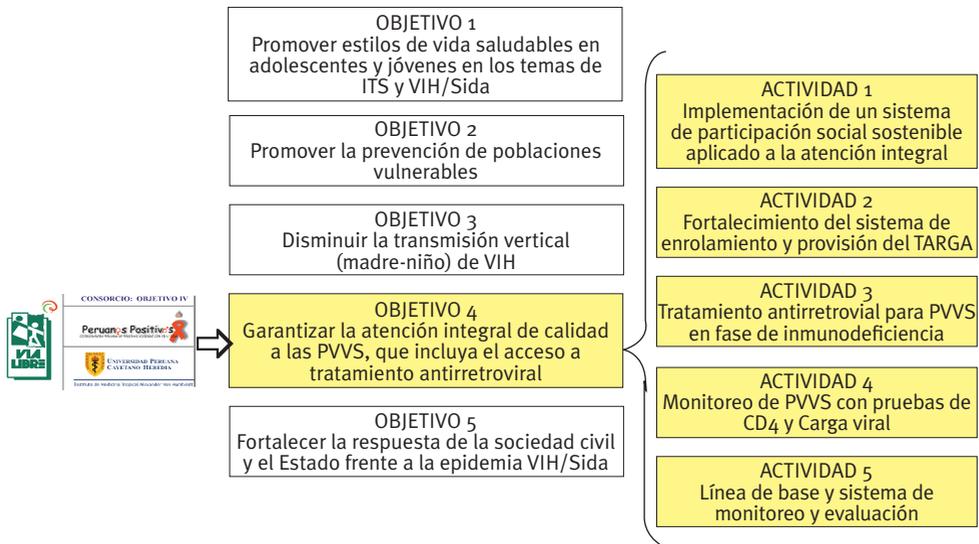
- En la población de personas con el VIH/Sida se beneficiaría a:
 - ❖ Siete mil personas que se encuentran en fase de inmunodeficiencia durante el primer año recibirían atención integral descentralizada y de calidad, incluyendo el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).
 - ❖ Se proyectaba un incremento anual entre 1,500 y 3,000 nuevos casos de sida.
 - ❖ El proyecto financiaría el 40% el primer año y el 30% el segundo año, el país asumiría el porcentaje restante. Los tres siguientes años, se solicita un monto de emergencia para 500 paquetes de tratamiento y 180 paquetes de pruebas de monitoreo.
 - ❖ Cinco mil personas con diagnóstico, y que se encuentran como portadores asintomáticos, recibirían atención integral descentralizada y de calidad, incluyendo pruebas de monitoreo que permita vigilar su estado inmunológico, así como esquemas de profilaxis.
 - ❖ En el caso de los resultados que se esperaban en la segunda fase de esta misma propuesta, se buscaba reforzar lo inicialmente planteado, pero se incorporaron algunos temas adicionales para trabajar, como enfermedades oportunistas.

La propuesta aprobada fue ejecutada por los consorcios e instituciones privadas y públicas (ONG y universidades, principalmente) en coordinación con el trabajo desarrollado por la contraparte, el Estado a través de los Ministerios, cuyas áreas de incidencia están relacionadas con la propuesta de intervención.

Así tenían un rol importante el Ministerio de Salud (Minsa), el Ministerio de Educación (Minedu) y el Ministerio de Justicia (Minjus) a través principalmente del Instituto Nacional Penitenciario (Inpe).

La propuesta aprobada se constituyó en Objetivos que hallarían su operatividad a través de Actividades, así es cómo se ubica el Objetivo 4 y la Actividad 1 del Componente de VIH dentro del cual se ubicaba la capacitación para PVVS, familiares y allegados sobre salud integral y soporte emocional desde una perspectiva de derechos humanos.

GRÁFICO 1
EL OBJETIVO VIH-4 ESTÁ A CARGO DEL CONSORCIO



2.4. CONSORCIO VÍA LIBRE, UNIVERSIDAD CAYETANO HEREDIA Y PERUANOS POSITIVOS

Desde la aparición del primer caso de sida en nuestro país, las diferentes organizaciones de la sociedad civil y el Estado han enfrentado este problema de acuerdo a su propio enfoque y a sus limitaciones.

Vía Libre, fundada el 19 de mayo de 1990, fue una de las primeras instituciones que proporcionó un enfoque integral sobre este problema. Para ello incluyó

atención médica, soporte, organización comunitaria y los aspectos preventivos promocionales relacionados, entre otros.

Por ese entonces, los hospitales e institutos tenían poca experiencia en la atención de PVVS. Uno de los centros con experiencia era el Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), donde se reunían, como hasta ahora, a connotados especialistas en el tema.

A medida que la infección fue aumentando, los PVVS se fueron organizando en los Grupos de Autoayuda Mutua (GAM) y otros como el Programa de Soporte para la Autoayuda (Prosa). Se fundan instituciones de apoyo como el Hogar San Camilo y la Posadita del Buen Pastor, para los niños.

Las organizaciones de autoayuda y de PVVS empezaron a elaborar materiales para el autocuidado. Estos tuvieron gran acogida entre PVVS de diferentes instituciones. Es así como con el transcurrir de los años, las organizaciones de PVVS se fueron multiplicando y tuvieron un rol de mayor importancia respecto a la lucha frente al VIH/Sida en nuestro país. Estas organizaciones deciden unirse en una organización que las vincule y coordine, es así que nace la Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH/Sida “Peruanos Positivos”.

De esta forma se resalta a las instituciones que forman parte de este consorcio y de forma sucinta se presenta su labor en el panorama que el VIH/Sida ha trazado históricamente en nuestro país, las mismas que frente a las posibilidades que aportó el Fondo Global unieron sus esfuerzos para conformar el Consorcio Vía Libre, Universidad Peruana Cayetano Heredia —a través del Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt— y la Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH/Sida “Peruanos Positivos”, con el propósito de plantear y ejecutar propuestas en relación con las exigencias que el Objetivo 4, “Garantizar la atención integral de calidad a las PVVS (hombres, mujeres y niños) y que incluya el acceso a tratamiento antirretroviral” del proyecto “Fortalecimiento de la prevención y control del VIH y la TBC en el Perú”, asimismo, se planteó que contaría con el financiamiento del Fondo Global.

Así, a través de las *actividades*, que no son sino microproyectos, se ejecutan las *acciones* para alcanzar el mencionado *objetivo*.

Dentro del Objetivo 4 del Componente VIH se plantearon cuatro actividades que el consorcio desarrollaría bajo el liderazgo de Vía Libre.

- **ACTIVIDAD 1:** Programa de Capacitación a PVVS, familiares o allegados sobre salud integral y soporte emocional con perspectiva de derechos humanos.
Institución responsable de la ejecución: Vía Libre.

- **ACTIVIDAD 2:** Programa de Formación de consejeros entre pares, dentro y fuera de los establecimientos de salud.
Institución responsable de la ejecución: Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH/Sida “Peruanos Positivos”.

- **ACTIVIDAD 3:** Programa de Capacitación sobre cuidados domiciliarios y acompañamiento para personas viviendo con VIH. Formación de voluntarios para acompañamiento domiciliario.
Institución responsable de la ejecución: Coordinadora Peruana de Personas Viviendo con VIH/Sida “Peruanos Positivos”.

- **ACTIVIDAD 4:** Programa de Capacitación a equipos multidisciplinarios encargados de la atención integral y tratamiento antirretroviral en las PVVS.
Institución responsable de la ejecución: Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Posteriormente en la segunda fase de esta ronda, las actividades desarrolladas fueron: Actividad 1: Programa de Capacitación a PVVS, familiares o allegados sobre salud integral y soporte emocional con perspectiva de derechos humanos.





PARTE II

ELEMENTOS REFERENCIALES EN LA PLANIFICACIÓN DE LA CAPACITACIÓN PARA PVVS, FAMILIARES Y ALLEGADOS

1. LA PROPUESTA DE TRABAJO

En contextos de escasos recursos, la movilización y uso de los recursos y habilidades de las comunidades ha sido un factor fundamental para enfrentar las carencias de los sistemas de salud. La falta de programas de cuidado domiciliario en los servicios sanitarios públicos encarece la prestación de dichos servicios y satura sus capacidades logísticas, el desconocimiento y falta de información por parte de los familiares y el entorno de las personas afectadas para el manejo de casos de menor complejidad o frente al soporte emocional que pudieran brindar, agrava dicha situación.

Las PVVS en el país en su mayoría proceden de los sectores más empobrecidos de la sociedad, por lo que el impacto de la infección suele ser mayor en sus familias y entorno; no hay un sistema de apoyo eficaz que disminuya el aislamiento y el estigma, que favorezca la organización y la inserción social efectiva.

En términos generales, cuando hablamos de familia sólo se considera a la de origen o consanguínea, es decir, la formada por los padres, hermanos, esposo(a), hijos, tíos, etc.; aunque es frecuente que exista otra manera de sustitución: la familia social, constituida por amistades, allegados con los que la convivencia forma fuertes lazos fraternos, y a quienes las situaciones de crisis física o emocional de su ser querido que vive con el VIH/Sida también afecta. Se señala que esta familia puede estar mucho más preparada psicológicamente para el apoyo.

Por ello la capacitación de personas afectadas, familiares o allegados se presenta como una alternativa sostenible, en el sentido que se reconoce el trabajo con las redes naturales de soporte que socialmente se establecen.

Para lograr un menor impacto individual y social causado por la infección del VIH o la aparición del sida —caracterizado por el silencio y la invisibilidad, la muerte social y la discriminación, la estigmatización y la falta o pobre acceso a servicios de salud oportunos y de calidad—, la participación directa de las PPVS, así como familiares y allegados, como proveedores de asesoría e información, debe constituirse en una estrategia fundamental para la promoción de la salud integral y el soporte emocional.

Por su bienestar físico y emocional, las PVVS necesitan del apoyo de amigos, familiares y pareja. A todas luces, la familia es importante en la vida de cualquier persona, y con un manejo adecuado puede ser el factor determinante para mantener saludable a la persona que vive con el VIH, incrementando su resistencia y capacidad de recuperación y amortiguando los malos trances por los que con frecuencia pasa a partir del momento que conoce su diagnóstico.

Sin embargo, es importante señalar que la familia y los allegados requieren también de soporte y aprender a cumplir mejor su rol en el aporte al cuidado, además de ser apoyo.

En ese sentido, se ha comprobado que quienes mejor calidad de vida conservan son aquellas personas que tienen una fuerte red social de apoyo, es decir, cuentan con la comprensión de amigos, familiares, parejas, vecinos, compañeros de trabajo o de estudios y demás personas que lo rodean y con quienes tiene trato directo. Las PVVS que tienen estos apoyos deben conservarlos y quienes no lo tienen deben obtenerlos.

Este trabajo debe estar enmarcado, por lo tanto, dentro de un enfoque de promoción de la salud integral y soporte emocional como parte del derecho a la salud de todo individuo. La labor de sensibilización sobre los derechos humanos de las PVVS y sus familias debe ser un trabajo permanente no sólo para el personal de salud, sino para la comunidad en general. ONUSIDA lo señala de manera clara⁷:

7 ONUSIDA. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004: Cuarto informe mundial*. Ginebra, Junio de 2004.

Sin una respuesta basada en los derechos humanos el impacto y la vulnerabilidad de la infección se incrementará y la habilidad de la comunidad para responder será obstaculizada.

A partir de estos elementos de reflexión es que se planteó la propuesta de la Actividad 1 del Objetivo 4, dentro del componente VIH/Sida del Programa Fondo Global: “Programa de capacitación para PVVS, familiares y allegados sobre salud integral y soporte emocional desde una perspectiva de derechos humanos”. Es, además, la base para la elaboración de la presente sistematización.

En la propuesta de trabajo para la Actividad 1, se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo general

- Capacitar en salud integral y soporte emocional a las PVVS y familiares o allegados con una perspectiva de derechos humanos.

Objetivos específicos

- Promover la adquisición de conocimientos en salud integral y soporte emocional.
- Diseñar y validar módulos educativos.
- Diseñar, validar y difundir manuales informativos.

A partir de los objetivos planteados, se obtuvieron los siguientes resultados:

Para los años 2003-2005

- Diseño e implementación de un programa de capacitación a PVVS, familiares y allegados sobre salud integral y soporte emocional con perspectiva de derechos humanos.
- Se realizaron seis talleres en Lima de 50 personas cada uno durante el primer año.

- Se realizaron cinco talleres en cinco ciudades de mayor incidencia con al menos un total de 100 personas durante el primer año.
- Se realizaron 12 talleres en Lima para 600 PVVS, familiares o allegados el segundo año.
- Se realizaron seis talleres en seis ciudades de mayor incidencia con un total de 200 PVVS, familiares y allegados el segundo año.
- Se elaboró y difundió 1,300 manuales para salud integral y soporte emocional (guías de información con contenidos técnicos de la actividad).
- Se diseñaron 100 módulos de capacitación.

Para los años 2006 al 2008

Los beneficiarios directos del Programa de Capacitación para PVVS fueron los siguientes:

- Personas viviendo con VIH o sida.
- Familiares o allegados de PVVS.

Las actividades abarcaban a las 34 Direcciones de Salud del Perú, es decir, se trataría de cubrir todo el país, aunque debido al limitado presupuesto se priorizaría las ciudades de mayor incidencia de VIH/Sida, y en las que se hubiera implementado el programa del TARGA para las PVVIH.

Las principales subactividades de la propuesta planteada desde el inicio del proceso hasta la evaluación final fueron las siguientes:

- *Mapeo de beneficiarios potenciales*

Para lograr que la estrategia de capacitación sea sostenible fue necesario unificar el trabajo con las Direcciones de Salud, grupos organizados de PVVS y otras instituciones privadas.

Se desarrolló una base de datos a partir de los informes obtenidos en las 34 Disas, organizaciones de PVVS, las municipalidades y organizaciones sociales (Vaso de Leche, Clubes de Madres, etc.).

En esta actividad, se elaboró fichas de registro del mapeo, que luego se incorporó a la base de datos, y también se preparó una ficha de inscripción para las personas que serían capacitadas.

En la ejecución de la actividad se desarrolló la base de datos y se recogió información sobre los beneficiarios que participarían en las capacitaciones.

- *Recopilación de información (grupos focales, encuestas y entrevistas) para elaboración de módulos y manuales*

Para poder confeccionar un adecuado currículum, el módulo y los manuales de información, como parte de los materiales educativos para la capacitación, es indispensable identificar las necesidades, expectativas, demandas sobre información, preferencias y estilos de capacitación, entre otros aspectos importantes. Ello permitirá una participación activa de quienes se considera como beneficiarios del programa. Es importante también conocer las dificultades y vacíos de experiencias similares, desde la perspectiva de quienes las ejecutaron.

Para esta actividad, que tiene como producto un informe diagnóstico, se realizan entrevistas a profundidad, grupos focales y encuestas rápidas a una muestra de PVVS, familiares y allegados, así como entrevistas a responsables de experiencias similares desarrolladas anteriormente.

- *Diseño del módulo*

Basado en la experiencia de otras organizaciones y en los hallazgos de la actividad previa de conocimiento se diseña un currículum de formación, contenidos y metodología que incluyen aspectos cognitivos e informativos y metodologías participativas (se trabajó bajo el enfoque *educativo constructivista* y el enfoque *psicológico del construccionismo*) que privilegian el desarrollo de capacidades y herramientas para un adecuado manejo de información que contribuye a promover condiciones adecuadas de salud integral y apoyo emocional.

El módulo contempla como ejes temáticos: sexualidad, manejo de la pérdida, el duelo y otros aspectos para el soporte emocional, además de conocimientos básicos sobre el VIH/Sida y adherencia al tratamiento, salud integral y derechos humanos.

- *Validación (población beneficiaria, expertos, etc.)*

El módulo será validado a través de grupos focales conformados por PVVS, familiares o allegados (grupos diferenciados), así como mediante la consulta a expertos (en ambos casos el recojo de información será hasta el punto de saturación de la información), profesionales de diversas especialidades con experiencia en el área educativa, de trabajo con PVVS y en soporte emocional. Esto permite brindar mensajes técnicos apropiados. Se considera atracción, comprensión, aceptación, identificación y persuasión para la validación del mensaje, contenidos y metodología de trabajo.

El módulo en la validación debe basarse en una metodología de educación de adultos.

- *Prueba piloto*

Una vez validado el módulo de capacitación se trabaja un primer taller piloto para comprobar su operatividad y acercamiento a la realidad.

- *Elaboración, validación e impresión de manual de información*

Se diseña un manual para ser entregado como material de apoyo en la labor educativa tanto a PVVS, familiares y allegados. El manual contiene aspectos técnicos comprendidos en la actividad del presente objetivo, así se identifican temas básicos sobre la infección por el VIH, soporte emocional, manejo de efectos adversos de terapia ARV y adherencia, prevención de VIH/Sida y manejo de otras ITS, aspectos básicos sobre derechos humanos de las PVVS, entre otros.

Durante el primer año, la capacitación incluyó la realización de talleres de formación para familiares en atención domiciliaria. La capacitación en este tema ya no se incluyó después porque la entrega de tratamiento antirretroviral fue disminuyendo esta necesidad en los familiares. Más adelante se reforzó la

capacitación a los familiares para una mayor adherencia al tratamiento antirretroviral de las PVVS.

Respecto al manual, se validó con grupos focales de las poblaciones meta: familiares o allegados de PVVS y las mismas PVVS.

Una vez validado el contenido y el formato, la comprensión, el lenguaje, el diseño y la aceptabilidad se realizó su impresión.

- *Promoción, difusión y convocatoria de las capacitaciones dentro y fuera de los establecimientos de salud*

Se realizaron las coordinaciones necesarias con las Direcciones de Salud (Disa), organizaciones comunitarias, organizaciones de base y grupos organizados de PVVS para promocionar y difundir las capacitaciones. Para ello también se utilizaron afiches.

- *Desarrollo de los talleres en Lima y provincias (preparación de materiales, instrumentos de evaluación, informes de talleres, etc.)*

Durante el primer año se realizaron seis talleres de capacitación en Lima para 50 personas cada uno y cinco talleres en cinco ciudades (Chimbote, Ica, Iquitos, Piura y Trujillo) de mayor incidencia de VIH/Sida con un total de 400 personas.

Los participantes fueron convocados como resultado de las coordinaciones iniciales durante el mapeo y en la fase de promoción y difusión del programa, de las organizaciones sociales identificadas en cada Disa, GAM u organización de PVVS.

En el segundo año se capacitaban a 800 PVVS, familiares y allegados en talleres efectuados en Lima y en provincias (Arequipa, Chiclayo, Cusco, Huancaayo, Pucallpa, Tumbes).

En los años siguientes se fue ampliando la cobertura en Lima y a nivel nacional.

Inicialmente, cada taller constaba de tres sesiones de cuatro horas cada uno, la duración respondió a la constatación hecha en otros talleres acerca de la ne-

cesidad de optimizar el tiempo y favorecer el compromiso de los participantes. Los ejes temáticos se determinaban previamente en el módulo y en razón de la información recogida en la etapa de conocimiento-recopilación de información.

Sin embargo, después de tres años, el número de horas de los talleres disminuyó a nueve horas en un solo día. Este cambio tuvo que ver con un tema presupuestal y no por la metodología, viéndose así la necesidad de trabajar los diferentes temas en una sola sesión, siempre bajo la metodología de talleres.

Se realiza una evaluación de entrada y otra de salida en cada taller para medir el progreso de los participantes (nivel cognitivo), además se elabora una ficha de observación sobre la dinámica del desarrollo del taller (nivel de participación, actitudes, liderazgos que se identifican, entre los principales aspectos).

Al final de los talleres se evalúa a los participantes y se confecciona una base de datos con las principales informaciones de los participantes, la cual es transferida al Minsa. Asimismo, se presenta una ficha de evaluación del taller, que contiene información sobre los ponentes y su desempeño, la logística de los eventos, temas relevantes, cumplimiento de los objetivos del taller, apreciaciones sobre la metodología de trabajo y sobre los recursos didácticos, dificultades y facilidades.

- *Sistematización de la experiencia*

Al final de cada año se elabora un informe del desarrollo de las capacitaciones a PVVS, familiares y allegados, el cual servirá de insumo para el presente trabajo de la sistematización de la experiencia.

- *Análisis de la evaluación de los resultados*

Para evaluar los resultados se elaboró un informe mensual narrativo sobre el trabajo desplegado, así como trimestralmente se presentó un Informe de Supervisión y Monitoreo, labor que fue asumida por los responsables de monitoreo del Objetivo 4 del Consorcio en su conjunto. Así, las fuentes primarias de este último informe fueron: informes de trabajo, lista de asistencia a los talleres, maeps, informe de talleres, registros de distribución de materiales, entrevistas y encuestas, principalmente.

Asimismo, se planificó presentar una evaluación al final de cada año de ejecución, a partir del cual se obtendría un informe. La evaluación consistió en un taller de trabajo con el equipo responsable de la ejecución de las capacitaciones para PVVS, familiares y allegados.

En la propuesta de trabajo se plantearon además los siguientes indicadores de proceso importantes a considerar para la evaluación de la propia actividad y del trabajo conjunto del Objetivo 4. Los indicadores de proceso planteado fueron considerados dentro del Plan Operativo que se trabajó para la ejecución de las acciones que se llevarían a cabo.

CUADRO 3
INDICADORES DE PROCESO DEL PLAN OPERATIVO

INDICADORES
Número de módulos diseñados
Número de manuales impresos
Número de talleres realizados
Número de PVVS, familiares o allegados capacitados
Número de personas participantes en los talleres
Número de manuales distribuidos
Número de módulos distribuidos en capacitaciones
Número de informes anuales de desarrollo del programa
Número de informes trimestrales de desarrollo de actividades
% de incremento en conocimientos y actitudes positivas (Puntaje prueba de salida/prueba de entrada).

2. MARCO INSTITUCIONAL DE LA ASOCIACIÓN VÍA LIBRE

Vía Libre es la institución encargada de llevar directamente el Programa de Capacitación a PVVS. Vía Libre fue creada en 1990 en Lima, Perú, a iniciativa de profesionales de la salud y de personas viviendo con VIH/Sida, como respuesta a la insuficiente acción del sector público para aminorar el impacto del sida. Desde su fundación, Vía Libre ha recibido el aporte de personas afectadas por el VIH/Sida, de miembros de comunidades con riesgo de ser afectados, y de profesionales —trabajadores de salud o no— y no profesionales. Luego de más de quince años de labor, Vía Libre ha acumulado amplia experiencia en la provi-

sión de servicios especializados de calidad para las personas afectadas por el VIH/Sida, en intervenciones preventivas dirigidas a sectores específicos de la comunidad y a la población en general, en actividades de defensa de los derechos de las personas con VIH, y en la difusión de información y de capacitación al personal de salud, que la han convertido en una de las organizaciones no gubernamentales líderes en el trabajo en sida en el Perú⁸.



Local institucional de la Asociación Vía Libre

Jr. Paraguay 478, Lima 1, Perú. Central (51-1) 433-1396 - Fax: (51-1) 433-1578
Correo: vialibre@vialibre.org.pe / Web: www.vialibre.org.pe

Durante los últimos 18 años, Vía Libre ha desarrollado la capacidad de gestión necesaria para lograr su crecimiento institucional y, en el convencimiento de la necesidad de aunar esfuerzos, ha realizado trabajo conjunto con diversas organizaciones, tanto nacionales como extranjeras, públicas y privadas.

La responsabilidad asumida por la Asociación Vía Libre ha sido el desarrollo de un planteamiento estratégico para el control del sida en el Perú, basado en el absoluto respeto de los derechos de las personas afectadas, priorización de intervenciones preventivas para población en situación de vulnerabilidad, promoción del acceso a servicios de calidad para la atención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/Sida. De esta forma, desde su fundación,

8 Información tomada de: VÍA LIBRE. *Currículo institucional*. Lima, julio 2005.

Vía Libre ha brindado un importante aporte en la lucha contra el VIH/Sida y sobre todo en el respeto de los derechos humanos de los afectados.

En la historia de las políticas sobre VIH y Sida en el Perú, Marco Cueto lo señala de la siguiente forma⁹:

Vía Libre se propuso atender, proteger y defender a la persona viviendo con VIH/Sida, informar a la población sobre la realidad de esta enfermedad y capacitar al personal de salud para lidiar con los enfermos de sida. Lo primero era relativamente nuevo aun en países más desarrollados como los Estados Unidos, donde recién en 1987 se dieron las primeras normas de consejería a los pacientes y sólo en 1990 el Congreso dio una ley protegiendo a los enfermos de sida. En el Perú de entonces eran pocos los que ofrecían los escasos recursos médicos disponibles a los pacientes, atendiendo además sus dimensiones psicológicas [...] Eventualmente, el trabajo de Vía Libre se transformó en una defensa de los derechos humanos de los enfermos de sida [...] Vía Libre era la expresión más visible de una serie de ONG y grupos de autoayuda donde se reunían activistas y personas viviendo con sida entre los que se encontraban: El Hongo, Generación, Germinal, el MHOL, Ayudémonos, entre otros...

Con el tiempo, Vía Libre aglutinó a un grupo humano proveniente de diferentes áreas de formación académica, en total 100 personas, tanto voluntarios como trabajadores y que son representados en la gestión institucional por una Asamblea General compuesta por seis miembros plenos:

Presidente de la Asamblea General	Directora de información, educación y comunicación
Dirección ejecutiva	Director de atención y servicios
Director de administración y recursos humanos	Director de imagen institucional

9 CUETO, Marco. *Culpa y coraje. Historia de las políticas sobre VIH/sida en el Perú*. Consorcio de Investigación Económica y Social. Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca”. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 2001.

Asimismo, se cuenta con un Comité Institucional de Bioética (CIB) instalado, el 31 de agosto de 1998, por acuerdo del Consejo Directivo y que se encuentra inscrito en el Office for Protection of Human Subjects (OPHS), Washington DC.

La orientación principal de la labor institucional se encuentra en su visión y misión que recogen elementos principales de la naturaleza misma de Vía Libre.

VISIÓN

Vía Libre es una organización que trabaja en favor del acceso universal a la salud sexual con énfasis en VIH integrando la prevención, la atención y la gestión del conocimiento a partir de investigaciones e intervenciones en el marco de los principios éticos, el respeto a los derechos humanos, la diversidad sexual y la equidad de género; esta labor la realiza principalmente en poblaciones afectadas y en situación de vulnerabilidad.

MISIÓN

Vía Libre es una organización reconocida nacional e internacionalmente como uno de los principales referentes sobre la salud sexual y VIH que trabaja de manera descentralizada, con investigaciones científicas y modelos de intervención que inciden en políticas públicas.

Contamos con un equipo profesional y técnico altamente especializado y comprometido con los servicios integrales de calidad que ofrecemos. Gracias a ello, las poblaciones afectadas y en situación de vulnerabilidad tienen mayor acceso universal a la salud, mejorando su calidad de vida.

Destacamos en el trabajo las siguientes líneas de acción:

1. Prevención primaria de ITS y VIH/Sida
2. Prevención secundaria de la infección VIH/Sida.
3. Capacitación en ITS y VIH/Sida.
4. Salud sexual y reproductiva.
5. Derechos humanos.
6. Investigación.
7. Salud mental.

En el caso de los derechos humanos es una línea transversal a su labor, pero dentro de la cual hay que destacar algunas iniciativas que han quedado consignadas como parte importante de la historia del trabajo institucional.

- La conformación de un Centro de Asesoría Legal y Derechos Humanos: el objetivo principal es promover y defender los derechos humanos de las PVVS a través de la educación, la asesoría legal y la elaboración y divulgación de Normas Legales en defensa de sus derechos.
- Ley Contrasida: desde 1994 Vía Libre inició actividad de lobby en el Congreso de la República para modificar la ley dada en 1987, que atentaba contra los derechos humanos de las PVVS, logrando en 1996 la Ley N° 26626 Contrasida.
- Campaña de acceso a tratamientos para PVVS.
- Intervención en el mercado de medicamentos antirretrovirales, cortando la cadena intermedia de farmacias.
- Ley que exonera del pago del Impuesto General a las Ventas (IGV) y de los derechos arancelarios a los medicamentos para el tratamiento oncológico y VIH/Sida. Asesoría, difusión y seguimiento a la iniciativa de la congresista Elvira de la Puente y la Comisión de Salud del Congreso de la República, año 2001.
- Participación en la Conferencia de Acceso a Medicamentos en Centroamérica y en la Reunión de UNGASS, Naciones Unidas, en junio de 2001.

En cuanto a algunas de las experiencias desarrolladas con las personas afectadas tenemos el trabajo desarrollado en prevención secundaria de ITS y VIH/Sida, en el cual se brinda atención integral a personas que viven con VIH/Sida y a su entorno familiar. Además se ofrece:

- Atención médica especializada en infectología y ginecología.
- Atención de enfermedades de transmisión sexual.

- Atención en salud mental (psiquiatría, psicología).
- Asesoría nutricional.
- Servicio social.
- Asesoría legal y en derechos humanos.
- Banco de medicamentos.
- Charlas y talleres informativos.
- Consejería en VIH/Sida.
- Análisis clínicos y despistaje de ITS y VIH.
- Taller de biodanza.

Estos servicios se enmarcan dentro de la labor del Centro Modelo de Atención en VIH/Sida.

Hay acciones en las cuales las personas afectadas son beneficiarias indirectas, pues el trabajo principal está dirigido a la capacitación en ITS y VIH/Sida, fundamentalmente al personal de salud, para contribuir a la erradicación del estigma y la discriminación de los que son objeto. Así, se han llevado a cabo diferentes cursos, talleres y charlas de información, educación y capacitación tanto en Lima como en provincias. Los cursos de consejería son los que han logrado mayor aceptación en este campo.

De esta forma, se ha ofrecido una reseña histórica general y sucinta que determina la influencia y la relación institucional de Vía Libre con el Proyecto del Fondo Global, la participación como institución de la sociedad civil en la conformación del Mecanismo Coordinador País y, finalmente, el marco de referencia para la propuesta de trabajo que se planteó y desarrolló en el Objetivo 4, específicamente la Actividad 1 “Capacitación para PVVS, familiares y allegados sobre salud integral y soporte emocional desde una perspectiva de derechos humanos”.

3. ELEMENTOS TEÓRICOS DE LA INTERVENCIÓN

A continuación presentamos algunos elementos teóricos que orientaron el entendimiento de aspectos fundamentales en la intervención y que requerían de claridad a fin de poder unificar contenidos y orientaciones en el trabajo de capacitación.

3.1. LA FAMILIA Y LOS ALLEGADOS

Uno de los primeros aspectos teóricos sobre los cuales se debe tener claridad es el concepto de familia, familiares y allegados como unidades de intervención, aspectos centrales en la relación con las PVVS, no sólo como referentes en el proceso evolutivo de una persona sino, sobre todo, en el rol de soporte social que juegan frente a una situación de crisis, en este caso en relación con la presencia de una enfermedad que motiva transformaciones profundas en la experiencia de vida de la persona afectada.

Conceptualizar la familia contemporánea significa principalmente comprender la complejidad en la que se construyen las relaciones familiares en un contexto de una sociedad cada vez más mundializada, diversificada y desigual. Su definición corresponde a un proceso de transición, donde las relaciones tienden a configurar formas de permanencia tradicional y desarrollo de cambios, poniendo en tensión lo material y lo simbólico desde un imaginario social que constituye lo esperado socialmente respecto de la familia y los sujetos. No obstante, el núcleo familiar primario continúa siendo un soporte básico en las relaciones afectivas en la construcción de la identidad subjetiva de las personas, permite la socialización como sustento de los procesos de desarrollo del ciclo de vida. Incluso cuando la familia se transforme o se disuelva, se vuelven a buscar lazos que posibiliten la reproducción de la vida subjetiva y social de las personas¹⁰.

La familia en una primera acepción se entiende como aquella “familia” donde se hace referencia a la familia nuclear, y otras en las que se hace referencia

10 DE JONG, Eloísa. *La construcción de significados sobre familia y la intervención profesional*. Facultad de Trabajo Social – UNER. <http://www.margen.org/desdeelfondo/num24/investig.html>.

a la familia extensa. Este significado es de origen cultural y depende en gran parte del grado de convivencia que tengan los individuos con sus parientes. Pero se puede también encontrar en muchas sociedades familias unidas por lazos puramente afectivos, más que sanguíneos o legales.

Entre este tipo de unidades familiares se encuentran las familias encabezadas por miembros que mantienen relaciones conyugales estables no matrimoniales, con o sin hijos. Por tanto, la consanguinidad no garantiza el establecimiento de los lazos solidarios con los que se suele caracterizar a las familias, estos son resultado de un proceso de interacción entre una persona y su familia o entorno (amigos, personas cercanas). La familia es el lugar donde las personas aprenden a cuidar y a ser cuidadas, a confiar y a que se confíe en ellas, a nutrir a otras personas y a nutrirse de ellas. Además, establece una red de prohibiciones y privilegios sexuales y una cantidad variable y diversificada de sentimientos psicológicos como amor, afecto, respeto, temor, etc.

En ese sentido, el concepto de familia se puede entender como la unidad de relaciones de parentesco, cuya característica central es el vínculo filial entre sus miembros. Es decir, las personas que integran la familia están dispuestas a realizar acciones, incluido el sacrificio, sin exigir una compensación utilitaria a cambio, lo importante son los sentimientos por el hogar. Aspecto fundamental en el soporte y manejo de los recursos para las PVVS.

La familia se clasifica en familia con relaciones de parentesco y familia social. Familia con relaciones de parentesco, cuyos vínculos pueden ser consanguíneos: padres, hijos y hermanos, o pueden estar formados por relaciones filiales: esposos o compañeros sentimentales, hijos adoptados. La familia con relación de parentesco puede ser familia nuclear, conformado por el núcleo principal del hogar: padres o compañeros, más hijos. Familia extendida, que además del núcleo central, incluye a otros parientes: tíos, abuelos, etc.¹¹

En los países del mundo andino, por la existencia de fuertes relaciones comunitarias, se puede desarrollar el concepto de familia social, como una prolongación del hogar, con las amistades, allegados, vecinos o paisanos con quienes la convivencia cotidiana forma fuertes lazos fraternos.

11 Ibídem:

En ese sentido, hay que entender que el concepto de familia como unidad nuclear ha cambiado, ahora se entiende de forma más extendida y es allí donde entra la figura de los allegados formando parte de ella; aunque no constituyen propiamente familiares, asumen roles importantes en el hogar, de la misma forma que los miembros consanguíneos o con algún grado de parentesco. Es así que se entiende como allegados a las personas que no necesariamente mantienen vínculos de consanguinidad o parentesco, pueden entrar en este rubro los amigos, los compadres, etc.

Definir la familia en la realidad peruana implica que podemos incluir a los padres, hermanos, tíos, primos, etc.; pero también podemos estar involucrando a los amigos muy cercanos, indudablemente es parte de este entendimiento la pareja sentimental.

El aspecto principal de este sentido común es que la familia y los allegados que son identificados como parte de ella son sumamente importantes en el rol de soporte emocional y en el sostén social frente a las interrelaciones interpersonales y grupales. Asimismo, la familia y la persona tienen una interrelación mutua, lo que afecta a la primera afecta a la segunda y de forma inversa, de allí la importancia de trabajar con este núcleo para hacer frente al VIH/Sida, pues el beneficio es para las personas afectadas y su entorno, siempre y cuando este último esté preparado (información, capacitación, desarrollo de habilidades para el soporte, etc.).

Así se debe entender la importancia del problema o la situación de vulnerabilidad por la que pasa una persona; cuanto es más grave, mayor es el rol que desempeñará la red social-familiar para lo cual debe estar preparada. Situación que inicialmente puede configurarse al afrontar un diagnóstico positivo para VIH.

La familia y sus integrantes deben comprender que la presencia de una enfermedad implica asumir cambios para lo cual debe estar capacitado. Por ello, hay que entender lo que José Navarro y otros autores señalan al respecto y sobre lo cual se debe informar a los familiares y allegados:

Alteraciones en los roles y funciones familiares: si surge una enfermedad, la distribución de roles y funciones familiares necesitan redefinirse (Rolland,

2000). *Esa redefinición será tanto más profunda, y potencialmente más complicada, cuando más importantes eran los roles o las funciones familiares de la persona enferma. En ese sentido, la enfermedad de cualquiera de los padres supone una mayor tasa de cambio, en la medida en que, además del cuidado, impone la necesidad de que alguien se ocupe de ganar el dinero, arreglar la casa, preparar las comidas, etc.*¹²

El lograr condiciones dignas y calidad de vida en las personas está en función del entendimiento de procesos que son parte de la vida y en contar, asimismo, con información (entre los insumos principales) que ayude a esa comprensión. Así se evita situaciones de estigma, discriminación y más bien se fomenta la solidaridad con el otro.

De esta forma, la familia y los allegados son unidades de soporte natural y recursos sobre los cuales no es necesario una amplia inversión, si cumple con un adecuado papel, implica disponer de una red social que tiene varios propósitos y recibe aprobación; confirmar lo apropiado de determinadas creencias; animar la expresión abierta de sentimientos, ayuda material y de información; creación de sistemas de apoyo mutuo, etc.

Finalmente, la función en conjunto de la familia está basada en los roles que cada uno de los integrantes puede asumir. El rol de cuidador familiar, que está a cargo de las necesidades de las personas más vulnerables, ya sea por una enfermedad u otro asunto, suele estar determinado por factores culturales. Podrían ser distribuidos entre todos los miembros de la familia, pero no suele ser el caso, alguien asume toda la carga. Esta responsabilidad suele ser cultural y sigue una pauta ligada al género; de esta forma, se asigna a los hombres las funciones ejecutivas (la dirección de negocios, por ejemplo), en tanto que las mujeres asumen funciones de servicios (el cuidado del enfermo, por ejemplo).

Por ello, se ve más mujeres que participan en la capacitación de familiares y allegados a PVVS, porque sienten que son más importantes para el papel de soporte. Esta situación debe cambiar paulatinamente para relevar la importancia de la participación familiar en conjunto.

12 NAVARRO GÓNGORA, José. *Enfermedad y familia. Manual de intervención psicosocial*. Ediciones Paidós Ibérica S.A. Barcelona, 2004.

Además, como elementos teóricos adicionales en cuanto a la familia y allegados frente al VIH/Sida, tomamos lo planteado en el siguiente cuadro que permitirá orientar mensajes, contenidos y acciones que se trabajan en los talleres de capacitación con la población objetivo:

CUADRO
FASES DE LA ENFERMEDAD, TAREAS DE CADA FASE Y TÉCNICAS PSICOSOCIALES RELACIONADAS CON LAS TAREAS¹³.

FASES DE LA ENFERMEDAD	TAREAS	TÉCNICAS Y ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN
Aguda	<p><i>Convivir</i> con la enfermedad. <i>Informarse</i> sobre el diagnóstico, el pronóstico y sobre el papel de la familia. <i>Relación</i> con el sistema médico <i>Respuesta de emergencia.</i></p>	<p><i>Informar</i> sobre la enfermedad. <i>Mediar</i> con el sistema médico, si fuera necesario. <i>Negociar</i> los ajustes necesarios para la respuesta de emergencia. <i>Normalizar</i> sentimientos y reacciones. Comprender y empatizar con las respuestas de la familia. <i>Airear sentimientos.</i> <i>Mantener la esperanza.</i></p>
Crónica	<p><i>Rediseño</i> de los roles familiares y del papel del enfermo. <i>Adscripción</i> del rol de cuidador. <i>Mantener</i> la enfermedad en su lugar. Adecuar el cuidado del enfermo con los planes de las familias. <i>Apoyo social (emocional, de información y material).</i></p>	<p><i>Negociar</i> los cambios de roles, la responsabilidad del rol de cuidador, el respiro del cuidador. <i>Externalizar:</i> identificar los requerimientos abusivos de la enfermedad. <i>Ampliar la red social:</i> vincularlos a grupos de autoayuda. <i>Normalizar</i> sentimientos y reacciones. Comprender las respuestas de las familias. <i>Airear sentimientos.</i> <i>Mantener la esperanza.</i></p>
Terminal	<p><i>Revisión</i> de la vida. Finalización de asuntos pendientes, medidas que posibiliten la continuidad de la familia. <i>Apoyo emocional continuo</i> a la persona que está muriendo. <i>Duelo anticipado</i> por la muerte del enfermo.</p>	<p><i>Anticipación</i> de los efectos de la muerte. <i>Revisión:</i> ayudar al enfermo a elaborar una imagen positiva de su vida. <i>Contacto emocional y físico</i> con la persona en estado terminal. <i>Rituales de duelo.</i> <i>Airear sentimientos.</i> <i>Mantener la esperanza.</i></p>

13 Idem.

Las fases fueron entendidas como momentos de afronte en el impacto de la experiencia de un resultado positivo frente al VIH, las cuales no establecen tiempo sino posturas y actitudes diferentes que pueden ser más o menos positivas dependiendo de cuan preparados puedan estar los familiares y allegados.

De esta forma, si los familiares o allegados carecen de información en el caso del VIH/Sida, no tendrán la capacidad de manejo de casos de menor complejidad, o frente al soporte que pudieran brindar su aporte sería limitado, situación que en general agrava las posibilidades de entornos afectivos, de comprensión, soporte y ayuda de las PVVS, sus seres queridos.

Por ello, la capacitación de personas afectadas, familiares o allegados se presenta como una alternativa sostenible, porque reconoce el trabajo con las redes naturales de soporte que socialmente se establecen. El trabajo de Vía Libre lo señala de manera clara y precisa:

En el proceso de disminución del impacto individual y social causado por la infección del VIH o la aparición del sida —caracterizado por el silencio y la invisibilidad, la muerte social y la discriminación, la estigmatización y la falta o pobre acceso a los servicios de salud oportunos y de calidad— la participación directa de las personas que viven con VIH o con sida, de familiares y allegados, como proveedores de asesoría e información, debe constituirse en una estrategia fundamental para la promoción de la salud integral y soporte emocional¹⁴.

3.2. SALUD INTEGRAL

La salud actualmente no es vista sólo como ausencia de enfermedad, su concepción es mucho más amplia, supone un estado de bienestar de la persona con su entorno, es un equilibrio dinámico de lo saludable en lo biológico, psicológico y social.

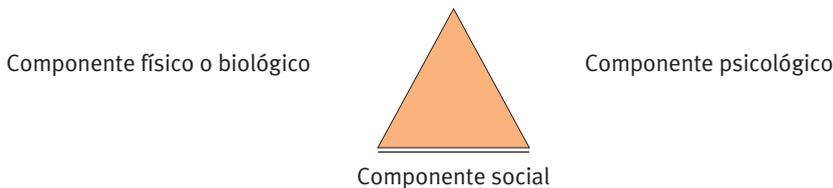
¹⁴ VÍA LIBRE. *Vive y convive mejor con información. Taller de capacitación para PVVS, familiares y allegados sobre salud integral y soporte emocional desde una perspectiva de derechos humanos. Módulo para facilitadores.* Fondo Global. Ministerio de Salud. Conamusa. CARE. Consorcio Objetivo 4 – Componente VIH: Vía Libre, Coordinadora Peruana de Personas viviendo con VIH/Sida y Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, enero. 2005.

La salud es, de esta forma, un componente importante del bienestar de la persona, es decir, la vemos en su integridad y, por lo tanto, en conjunción con su alrededor. Hay una relación estrecha entre la salud y las relaciones del entorno, no es posible ubicar a la persona independientemente o de manera aislada; la salud es producto de todas esas relaciones.

En ese marco, se entiende que la salud es integral, por lo que la persona es un todo, su condición física, su manera de relacionarse, sus sentimientos, su modo de comportarse o su posición social se encuentran profundamente interrelacionados entre sí. La situación de bienestar no sólo implica la carencia de enfermedades sino, lo más importante, tiene que ver con la posibilidad de realización del desarrollo personal. Si, por alguna razón, uno de los aspectos no se desarrolla adecuadamente, se producen desajustes que traen los problemas de salud. Evitar enfermedades requiere tener en cuenta la prevención de todas aquellas situaciones que puede generar desequilibrios en los componentes de la salud de la persona¹⁵.

Las PVVS tienen derecho a una salud integral que abarque los tres componentes: la salud física, mediante el acceso al control de la enfermedad; la salud mental, con el soporte emocional para la PVVS; y las relaciones sociales, que incluye a la familia y sus allegados. Este triángulo de la salud se considera equilátero y, por tanto, debería tener un equilibrio armónico en los tres lados de los componentes. Si hubiese algún problema en uno de los lados se verían afectados los otros dos, pues automáticamente se perdería el equilibrio.

GRÁFICO 3
SALUD INTEGRAL
"Triángulo de la salud"



15 Coprecos Central: *Curso "Salud sexual y desarrollo personal para los/las cadetes y alumnos de las FF AA y PNP"*. Lima, Perú, 2003.

En el marco de esta concepción se puede decir:

- La salud desde lo biológico involucra un buen estado del cuerpo de la persona en su conjunto.
- Desde lo psicológico la salud implica las emociones, sentimientos en armonía con un buen estado de lo mental.
- Desde lo social la salud se enlaza al establecimiento de adecuadas relaciones interpersonales.

En ese sentido, el enfoque de salud integral considera la forma en que los individuos y los grupos percibimos y orientamos las acciones de acuerdo con nuestras características, condiciones y necesidades. Para ello se tiene en cuenta nuestro pasado, presente y futuro, en nuestro contexto y de acuerdo con nuestras oportunidades de salud, bienestar, equilibrio, organización y desarrollo¹⁶.

La salud es todo lo que tiene que ver con la vida misma de la persona, además no se puede considerarla completa si no está acompañada del disfrute pleno y equilibrado de las facultades y capacidades de la persona, que de acuerdo a su proceso evolutivo y cronológico presenta determinadas características que le permiten ese desarrollo a plenitud. En las sociedades actuales, se exige una mirada más integral de la salud que explique sus posibilidades de crecimiento y las dificultades para su goce pleno. La salud se centra ahora en un entendimiento sistémico:

es un concepto dinámico, cambia de acuerdo a la época y más exactamente con las condiciones de vida de las poblaciones y las ideas de cada época. La concepción que tiene la gente sobre su salud está limitada por el marco social en el que actúa¹⁷.

La salud no es una preocupación únicamente individual, sino también social. La sociedad es la que combate y previene las enfermedades usando los avances

¹⁶ LARA PONCE, Antonio. *Salud Comunitaria*. PRODAPP. Lima. 2005.

¹⁷ Artículo citado en Vía Libre. *Vive y convive mejor con información. Taller de capacitación para PVVS, familiares y allegados sobre salud integral y soporte emocional desde una perspectiva de derechos humanos. Módulo para facilitadores*. COPRECOS CENTRAL. *Curso Salud Sexual y desarrollo Personal para los/las cadetes y alumno/as de las FFAA y PNP*. Lima, Perú. 2003.

de la medicina y tratando de conseguir un ambiente adecuado para la vida humana. El enfermo presenta un estado anormal de su organismo que se caracteriza por desórdenes de tipo físico y psicosocial.

La salud será completa si va acompañada del goce total y medido de las facultades de las personas, del disfrute del bienestar, de la realización personal y de su contribución productiva al progreso social.

La salud integral es una dimensión fundamental de las PVVS, cualquier programa de intervención tiene que tener en cuenta el equilibrio de los componentes biológico, emocional y social. La salud y la respuesta a la epidemia del VIH/Sida es un todo que procura que las personas afectadas, en cada etapa de la enfermedad, asuman los cuidados especiales que se requieren, además se orienten a la búsqueda de satisfacciones, encontrarse y aceptarse consigo mismo, disfrutar de cada momento de vida, desarrollar ejercicios físicos, hacer proyectos positivos, comunicarse, intercambiar, relacionarse adecuadamente con la familia y la sociedad, en general, vivir intensamente y de manera responsable.

En el caso de las PVVS, el principal desequilibrio de nuestro triángulo se produce en el componente físico, y a la vez se ven afectados los otros dos componentes, el psicológico, con el proceso de aceptación de la condición, y el de las relaciones sociales, que tiene que ver con la familia y el entorno social al que pertenece. La PVVS ve afectado su aspecto psicológico tanto en el momento del diagnóstico como durante el proceso de aceptación de la condición de seropositividad. Por ello, tiene que recibir apoyo profesional como soporte emocional para la recuperación de su bienestar psicológico. El otro componente afectado es el de las relaciones sociales, puesto que el principal miedo de muchos es la reacción de la familia y el entorno social frente a la nueva situación, además de la búsqueda de mayor afecto, haciendo las relaciones más tensas y tirantes debido al estado de ánimo de la persona seropositiva.

Calidad de vida

La calidad de vida es un concepto que se ha ido construyendo conforme avanza la historia, y se relaciona con la calidad de las condiciones de vida de una persona, es decir, la satisfacción experimentada por la persona, combinando

factores objetivos y subjetivos¹⁸. En este concepto se pueden combinar las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales. Por tanto, ésta sería una categoría multidimensional, ya que tiene en cuenta las dimensiones materiales, culturales, psicológicas y espirituales del hombre¹⁹, incluyendo el grado de adecuación del individuo a su entorno, tanto el físico como a la opinión que éste tiene respecto al mismo. La satisfacción que una persona pueda tener está referida a la condición de un individuo comparada con algún estándar externo de referencia o con relación a sus propias expectativas.

3.3. SOPORTE EMOCIONAL

Está considerado como una herramienta terapéutica básica para emplearse en una persona que se encuentra en situación de crisis. El soporte emocional es el afecto o apoyo que se brinda de diversas formas o actos y que pueden darse en un sistema grupal o social a una o varias personas que se encuentran en una situación difícil. El soporte emocional es la manera de demostrar incondicionalmente amor, afecto, respeto y apoyo a la persona que lo necesita para darle confianza, seguridad y mejorar su calidad de vida.

Las PVVS sienten inseguridad o miedo frente a lo desconocido que puede mostrarse al estar afectados por la enfermedad.

El soporte emocional es el respaldo que tiene la persona para afrontar situaciones difíciles o de crisis, este apoyo ofrece seguridad para asumir decisiones y actos en el desarrollo de la experiencia de vida.

En el caso de la persona con el VIH/Sida, a las repercusiones de cualquier enfermedad crónica se suman el rechazo social y la discriminación incluso en sus formas más sutiles²⁰. En ocasiones, la PVVS sufre un estigma que lo desacredita

18 CHIRINOS, J. A. Shamah T. En: *Revista de Epidemiología*. sisbib.unmsm.edu.pe. La calidad de vida y el proceso salud-enfermedad.

19 PALOMINO, B. "Reflexiones sobre calidad de vida y desarrollo. Extraído el 20 abril, 2004 de http://lanic.utexas.edu/project/etext/colson/17/17_6.pdf.

20 ANTELA, Antonio. *Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/Sida para equipos de atención primaria y comunitaria en Latinoamérica y el Caribe*. Washington, D.C: OPS, 2004.

socialmente. Las personas afectadas podrían tener reacciones negativas de hostilidad y rechazo, así como de sentimiento de culpa o problemas emocionales más severos, que propiciarían la soledad y el aislamiento. Las personas que viven con VIH/Sida necesitan de apoyo, cariño y solidaridad que debe ser acogido con respeto, comprensión y delicadeza. Visto de forma esencial, el soporte emocional es un acto de solidaridad que incluso es recíproco del entorno de la persona afectada hacia ella y de ella hacia los integrantes de su entorno que lo requieran.

El soporte emocional puede ser ofrecido de manera intuitiva, pero siempre basado en ciertas habilidades humanas de quienes lo ofrecen, es mejor si quien ofrece apoyo es preparado, en ese sentido la familia es considerada la principal unidad de la que se recibe apoyo emocional; sin embargo, la familia también requiere soporte emocional y una orientación correcta para que pueda ayudar de modo apropiado a su familiar. Supone la creación de una comunicación abierta y de confianza en función del respeto mutuo que deja de lado la segregación y la discriminación para crear un ambiente de seguridad para la persona afectada. Toda esta estrategia tiene por objetivo reducir el sufrimiento y el miedo de las personas frente a su nueva vida y normalizar sus reacciones emocionales reduciendo la tensión²¹.

Las PVVS necesitan el soporte pues, como en cualquier situación de inestabilidad emocional, cualquier persona busca compañía y trata de compartir sus pesares con alguien con el objetivo de reconfortarse con su sola presencia, sea o no de ayuda, para la resolución del problema. Por ello, el soporte emocional es una herramienta que debe ser considerada fundamental para todos aquellos que se encuentren afectados por el VIH/Sida, los familiares y los allegados. Las técnicas para el soporte emocional tienen más que ver con una cuestión de actitud, pues las capacidades de una persona son innatas, por lo que cualquier persona puede brindar soporte emocional de forma efectiva si es que tiene el deseo.

En muchos casos, las personas afectadas por el VIH/Sida se encuentran completamente aisladas, sin una familia que les ayude. En ese momento, entonces, pueden asumir este rol otros familiares o personas allegadas, entre las cuales se puede incluso reconocer el apoyo del equipo de salud y los grupos de

21 RODRÍGUEZ DECHICHA, Nadia. Necesito soporte emocional. <http://www.esthetic.es/articulos/psicologia>.

autoayuda. Estos pueden ser entonces todavía más necesarios y de allí su importancia de que el rol que cumplan sea de calidad, con calidez y compromiso. El afecto que pueden dar los familiares o allegados a una PVVS cobra importancia en momentos de gran necesidad de éste, y pueden materializarse en conductas concretas por parte de los allegados a las PVVS con orientación, resolución de problemas, entre otros. Se entiende por afecto el apoyo social o el esfuerzo o cantidad de trabajo no remunerado que se realiza en beneficio del otro.

Ya que todos sufrimos una crisis en nuestra vida, no es difícil entender que una PVVS, en un determinado momento, pueda tener un desequilibrio emocional, que afecte nuestra calidad de vida y provoque sufrimiento ante la situación desconocida. Las personas involucradas querrán obtener afecto de parte de sus familiares o las personas más llegadas que los rodean, ya sean amigos, parejas o compañeros.

Frente al soporte emocional se pueden reconocer algunas reacciones psicoemocionales por las que pueden estar pasando las personas que viven con VIH/Sida, éstas son:

- Shock: Impresión.
- Negación: Rechazo de la verdad.
- Enfado: Reconocimiento de la verdad.
- Pacto: Compromiso con la verdad.
- Abatimiento: Ante la verdad.
- Aceptación: Reconciliarse con la verdad.

Hay que reconocer además algunas situaciones como, por ejemplo:

- La noticia de la infección por VIH puede llegar cuando el familiar o amigo todavía no tiene síntomas o cuando ya tiene alguna manifestación. En este último caso pueden experimentarse sentimientos más críticos, puede ser un momento importante para expresar el soporte emocional.
- Algunas personas comparten su diagnóstico tan pronto como se enteran; otros, tardan meses o años; algunos no lo comentan con nadie y viven solos este proceso. Se debe reconocer y respetar cada una de estas situaciones, el soporte emocional no debe ser forzado, ni provocar a la persona afectada para que lo requiera.

- Sólo la persona con VIH/Sida podrá decidir a quien informarle su resultado y de quien recibir de forma segura y confiada el soporte emocional que pueda necesitar.

En general, hay que considerar que las emociones son un medio de expresión pero, a veces, también son mensajes de bienestar o malestar que indican que algo está sucediendo. En ese sentido, para la persona afectada y la gente que lo rodea, estas emociones pueden movilizarse con gran rapidez conforme se van presentando los acontecimientos, frente a esta situación lo que la familia o allegados deben reconocer es que son un elemento clave en el apoyo emocional y deben recordar “tratar de ponerse en el lugar del otro” para no expresar algo que pueda estarle molestando, si es que pensamos que a uno mismo también le puede molestar; este ejercicio dentro del apoyo emocional se le conoce como empatía.

Para que el soporte emocional tenga buenos resultados en relación con la persona afectada se debe tener en cuenta:

a. La importancia del dejar hablar

Para las PVVS el decir o contarle a alguien su situación resulta una decisión muy difícil, pero si ya ha tomado esta determinación es porque confía en la persona a la cual ha recurrido. Por ello, explicar lo ocurrido facilita el primer paso para la adaptación a una nueva vida y tomar conciencia de ésta aunque sea una situación negativa. Contar la verdad ayuda a aceptar la realidad. Aunque parezca una tarea sencilla en realidad no lo es tanto, la aceptación intelectual de cualquier hecho se hace de forma inmediata, pero la aceptación emocional (lo que supone en mi vida) requerirá de cierto tiempo para poder elaborarlo.

b. Permitir la expresión de los sentimientos

Frente a una situación como la que enfrenta una PVVS es normal que la persona tenga sentimientos negativos y los materializa mediante el llanto, el enfado o la angustia. Muchos de nosotros reaccionamos, frente a una situación así, con la intención de reprimir estas emociones y no nos damos cuenta de que es una reacción normal. Debemos facilitarles el expresar sus emociones para que así se sienta seguro: ya que esa persona sólo busca comprensión y acompañamiento. Probablemente si las personas supiéramos los beneficios que tiene “dejar” que el que sufre exprese lo que siente, todos estaríamos más dispuestos a escuchar

a los demás. Las personas que sufren tan solo necesitan tener la certeza de que pueden desahogarse con nosotros y expresar lo que sienten.

c. Saber escuchar

Escuchar es una de las características más importantes que debe tener este proceso, pues no sólo se trata de “oír” lo que hacen muchas personas, sino de escuchar y entender lo que la otra persona está expresando acerca de sus problemas o preocupaciones. La falta de comunicación que se sufre hoy día se debe en gran parte a que no se sabe escuchar a los demás. Las personas tendemos a estar atentos a lo que nosotros mismos vamos a decir, dejando de lado lo que la otra persona nos está diciendo. La escucha activa se refiere a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está expresando directamente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen en lo que se está diciendo.

d. Empatía

La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona, es poder entender sus problemas como si fueran los nuestros, “poniéndonos en sus zapatos”, es comprenderla según sus circunstancias y no las nuestras. Para que la empatía sea efectiva hemos de demostrarla: “Pensar que nosotros la entendemos no basta para que la otra persona se sienta comprendida”.

La primera acción que debemos tener para lograr la empatía es identificar la emoción que la otra persona siente en el momento. ¿Qué es lo que está sintiendo? (tristeza, miedo, ansiedad), y la mejor manera de hacerlo es preguntándose ya que muchas veces algo tan simple como una pregunta puede ser dejada totalmente de lado. Luego debemos preguntar acerca de las causas, para que tenga la confianza de explicarlo con sus propias palabras, y por último hacerle saber que estamos escuchándolo.

e. No dar mensajes impositivos

Nuestro objetivo debe ser estimular su capacidad para que enfrente la situación y buscar posibles salidas. Debemos dejar de lado las intenciones de solucionar el problema con nuestros conocimientos mediante el “síndrome del experto”, sino preguntar por las posibles alternativas que él podría manejar. Si adoptamos una actitud demasiado directiva o paternalista a lo mejor aliviarnos algo de sufrimiento de forma inmediata, pero aumentamos la sensación de inseguridad

y la poca capacidad de control en esa persona, por lo que en realidad y a la larga estaríamos manteniendo su malestar psíquico.

Eso sí, una cosa es imponer y otra ofrecer. Si nosotros no estamos tan impactados por la situación nuestro punto de vista puede ser importante. Se trataría de proponer algún recurso de ayuda que sustituya los “Tienes que...” por “Qué te parece si...”.

f. Ser creíble

Lo que menos necesita una persona que se encuentra en situación de crisis es sentirse aún más desdichada por ir acumulando pequeñas decepciones al no ver cumplidas sus expectativas. Si le hemos dicho que la llevaremos a cenar o que la visitaremos tantos días a la semana, etc., hay que hacerlo. Las personas que sufren son mucho más dependientes de las pequeñas ilusiones que le generan los de su alrededor.

3.4. DERECHOS HUMANOS

Los derechos humanos han sido definidos como “el conjunto de facultades e instituciones que concretan las exigencias de la dignidad, la libertad e igualdad humana, las cuales deben ser reconocidas positivamente por los ordenamientos jurídicos a nivel nacional e internacional (Pérez Luño, 2003)”²². Son considerados universales, indivisibles e interdependientes y se asume habitualmente como inherentes a la persona, irrevocables, inalienables, intransmisibles e irrenunciables.

Los derechos humanos, de forma abreviada, son entendidos como aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos que incluyen a toda persona, por el mero hecho de su condición humana, para la garantía de una vida digna. Son independientes de factores particulares como el estatus, sexo, etnia o nacionalidad; y son independientes o no dependen exclusivamente del ordenamiento jurídico vigente, pero tienen que ser garantizados por el Estado²³.

22 CORCUERA, Ricardo. *Exigibilidad del derecho a la salud: Acceso a atención, tratamiento e insumos en salud sexual reproductiva y VIH-Sida*. CIES. Lima. 2006.

23 RODRÍGUEZ, Enrique; Zoila ASCENCIO; María del Pilar GAMERO. *VIH-Sida y discriminación en Ica. Un problema de salud pública*. Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Lima. 2007.

Ninguna condición de enfermedad varía o atenta contra el goce de estos derechos. Así, las PVVS no pierden en ningún sentido sus derechos como persona humana sino que, por el contrario, se deben garantizar sus derechos; más aún aquellos relacionados a su enfermedad. Se convierte en una preocupación del Estado y la sociedad cuando la enfermedad se transforma en una amenaza a la salud pública.

Por tanto, las PVVS tienen los mismos derechos que cualquier otra persona. Los más importantes son:

1. *A la igualdad y a la dignidad*

No debe existir ningún tipo de discriminación por motivos de raza, sexo, edad, orientación sexual, credo o condición de seropositividad. Ninguna PVVS debe ser víctima de discriminación ni segregación de ningún tipo, ya sea en el trabajo, en el acceso a la educación, en el entorno social o incluso dentro de su vida familiar.

También debemos tener en cuenta la autosegregación por parte las PVVS por razones de índole personal como son la inseguridad y el miedo frente a la reacción ajena sobre la condición de la persona seropositiva. En este caso se debe apelar al apoyo por parte del Estado, familiares y allegados para el soporte emocional y psicológico de estas personas, ya que sólo así podrán hacer valer sus derechos.

2. *Al trabajo*

En relación con los derechos laborales de las personas seropositivas VIH/Sida, todas las personas tienen derecho a solicitar y ser considerados para cualquier tipo de empleo para el que esté apto a desempeñar y ser remunerado por este. Las leyes establecen que no se puede exigir la prueba de diagnóstico del VIH como requisito para iniciar una relación laboral, educativa o social. Además señala que las PVVS pueden seguir trabajando mientras se encuentre en condiciones aptas para desempeñar sus funciones dentro del centro de trabajo.

3. *A la confidencialidad*

Los resultados de las pruebas diagnosticadas, así como la causa de contagio, tienen carácter confidencial; a excepción de que sea solicitada por el Ministerio Público o el Poder Judicial para investigación delictiva²⁴. Tienen sanción las

24 VIA LIBRE. *Construyendo una vida positiva: Manual Informativo y de orientación para personas con VIH/*

personas o instituciones que atenten contra este derecho. Toda la información sobre la infección deberá ser manejada sólo por el paciente o su médico de confianza. El entorno familiar del paciente deberá ser informado por el mismo paciente y decida él a que persona deberá comunicársele.

4. *A la vida y a la salud*

El derecho a la salud y a la no discriminación están reconocidos en numerosos tratados, convenciones y declaraciones, que tienen como punto de partida la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que en su artículo 25.1 señala que «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar».

El derecho a la vida, como derecho fundamental de toda persona, debe ser protegido mediante la constatación de protección del derecho a la salud. Por ello, el derecho a la salud es aquel en virtud del cual las personas deben gozar de un buen nivel de salud integral y se traduce en el aumento o la prolongación de la vida, en la disminución de las alteraciones del equilibrio fisiológico, en la reducción de los malestares, en la limitación de las incapacidades, en el mayor bienestar, en el equilibrio y satisfacción con el medio ambiente.

La perspectiva de derechos humanos en salud refiere que ésta constituye un componente de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere mayor argumentación. En ese sentido, todo ser humano, por el hecho de existir, tiene derecho a la salud, y los Estados tienen la obligación de garantizar, sin excepciones, que todas las personas hagan uso de este derecho²⁵.

Salud integral es definida como la salud que no sólo considera el aspecto biológico sino también el aspecto psicológico y el social, término que definiremos más adelante. Las personas seropositivas tienen derecho a recibir una atención de salud integral digna y eficaz que garantice su derecho a vivir y a la expectativa de llevar una vida plena. Por parte del Estado, las PVVS tienen derecho a recibir servicios a través de las instituciones de salud que estén a cargo y en el caso del sector privado se harán efectivos cuando se trate de obligaciones contraídas en una relación contractual.

Sida, familia y amigos. VÍA LIBRE. Lima. 1992

25 RODRÍGUEZ, Enrique; Zoila ASCENCIO; María del Pilar GAMERO. *VIH-Sida y discriminación en Ica. Un problema de salud pública.* Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Lima. 2007.

Se consideraría una falta grave el desestimar o rechazar el ingreso de casos sospechosos de VIH/Sida en establecimientos de salud, públicos y no públicos, pues están obligados a atender todos los casos que requieran cuidados médicos respetando la cultura de las personas y dando la información oportuna y completa sobre el proceso y las características del servicio.

En la práctica, en el Perú, existe una gran división entre lo que dictan las leyes y el uso de ellas por parte de los beneficiarios. Una gran parte de la sociedad desconoce sus derechos a la salud, sobre todo en los sectores marginados de nuestro país donde incluso hay desconocimiento por parte del personal de los centros de salud.

Es importante señalar la situación desprotegida y atentatoria de los derechos humanos en que se encuentran las PVVS, en particular en lo referente al derecho de salud, por ser el más sensible y el que los afecta directamente. Las PVVS se enfrentan con frecuencia a muchas formas de prejuicios y discriminación social, que tienen sustento en diversas formas de estigmatización de las PVVS, que merecen su destino porque han llevado un comportamiento malo, con frecuencia relacionado con conductas sexuales promiscuas, consumo de drogas y comportamientos homosexuales. También es importante resaltar la autoestigmatización de las propias PVVS, cuando interiorizan actitudes negativas, situación que puede conducir a la depresión, retraimiento y sentir desprecio por uno mismo, que conduce a que las PVVS se culpen a sí mismas. El estigma es una forma de violencia simbólica, impide el desarrollo y la realización de las PVVS como seres humanos y los justifica socialmente mediante el prejuicio, se encuentra ligado al poder y al dominio, produce y reproduce las relaciones desiguales en la sociedad. En esta forma, el estigma puede conducir a la discriminación social, cuando el prejuicio conduce a conductas que afectan y perjudican a las PVVS, hacen que sean tratadas injustamente por pertenecer a un grupo social afectado por el VIH/Sida, generando relaciones sociales desiguales, donde los que padecen de VIH/Sida son los marginados y excluidos de la vida social²⁶. El estigma y la discriminación son formas de violación de los derechos humanos.

26 ONUSIDA: *Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA*. Suiza, 2002.

La discriminación puede originarse en el propio seno familiar y extenderse a los grupos de amigos, al trabajo, y darse en la sociedad en general. Las formas más externas pueden ser: el despido del trabajo, con el pretexto del posible riesgo que el patrón y los trabajadores contraigan el VIH; la negativa de las instituciones de salud para atender e internar a PVVS, con el argumento de escasez de equipos y medicamentos adecuados para el tratamiento; el maltrato e indiferencia por parte del personal médico en las instituciones de salud; la expulsión de instituciones educativas, asociaciones de convivencia, asistencia o beneficencia sociales, de agrupaciones religiosas; detención ilegal y aislamiento.

4. BASES EDUCATIVAS EN EL PLANTEAMIENTO DE LA CAPACITACIÓN

4.1. EL APRENDIZAJE DE LAS PVVS, FAMILIARES Y ALLEGADOS

El programa de capacitación concibe los procesos de aprendizaje como un conjunto de experiencias organizadas sistemáticamente para favorecer la adquisición o fortalecimiento de conocimientos, prácticas y actitudes favorables para la calidad de vida de las PVVS, sus familias y su entorno social.

La propuesta asume el enfoque constructivista, por ello no limita los procesos de capacitación sólo a la transmisión de información, sino que promueve prácticas positivas y la adopción de actitudes para vivir y convivir mejor con las PVVS. Para este enfoque, la enseñanza no es una simple transmisión de conocimientos, en cambio es la organización de métodos de apoyo que permiten a los participantes de la capacitación construir su propio saber. No aprendemos sólo registrando en nuestro cerebro, aprendemos construyendo nuestra propia estructura cognitiva. El constructivismo promueve la exploración libre de un participante dentro de un marco o de una estructura dada, que puede ser de un nivel sencillo hasta un nivel más complejo, en el cual es conveniente que los participantes de la capacitación desarrollen actividades centradas en sus habilidades, así pueden consolidar sus aprendizajes adecuadamente. En otras palabras, “el aprendizaje se forma construyendo nuestros propios conocimientos desde nuestras propias experiencias”.

Esto sólo será posible si quien aprende considera valioso para su desarrollo lo que se le propone como nuevo aprendizaje, lo que permite reorganizar su

conocimiento y transferir dicho conocimiento a nuevas realidades²⁷. Sin esta condición, ningún proceso de capacitación será sostenible.

Podemos definir el aprendizaje como un proceso para adquirir, a través de la experiencia, cambios relativamente permanentes en el conocimiento, en el entendimiento de distintas situaciones, en las actitudes, en capacidades y habilidades. Frente a una situación nueva, en este caso la condición de vivir con VIH/Sida, se requiere nuevos conocimientos o técnicas para mantener un nivel elevado de bienestar tanto por parte del afectado como de los familiares y allegados que conforman su entorno más cercano, sólo adquiriendo una nueva capacidad de desempeño podrán mantener una vida plena gozando de sus derechos y capacidades como persona.

Para el desarrollo del proceso de aprendizaje se considera importante la colaboración de las personas involucradas para la construcción del conocimiento. Mediante este proceso se logra que las personas puedan trabajar para clarificar y ordenar sus ideas, encontrar conclusiones, contarlas a los demás, así como tener la oportunidad de elaborar lo que aprendieron. Los capacitados, en este caso las PVVS, aprenden la nueva información que se les presenta construyendo sobre el conocimiento que ya poseen.

Asimismo, para lograr que se desarrolle un proceso de aprendizaje educativo se tomó en cuenta que la capacitación que se comparte en esta sistematización planteada esté dirigida a adultos (PVVS, familiares y allegados mayores de 18 años) y, por lo tanto, dicho proceso educativo y de aprendizaje debía ser adaptado para este público, en el sentido que las competencias y metodologías sobre las cuales se debía trabajar debían considerar este aspecto para que sea eficaz y se logre alcanzar los objetivos propuestos para la capacitación. Para el aprendizaje de adultos, es importante este tipo de aprendizaje. En suma, aprendemos lenguaje, información, conocimientos, actitudes, conductas y formas de actuar frente a distintas situaciones de la vida y se “aprende” por la acción de algunos agentes sociales como son: el grupo familiar, el grupo de los iguales, los medios de comunicación y en general en la interacción con otros.

27 Aldea Educativa. Aprendizaje significativo: cuando partimos de lo que el alumno sabe. 2001. En www.aldeaeducativa.com

En el caso de las PVVS, la condición de la persona es un fenómeno que propicia el cambio de conductas en la vida de las personas afectadas, así como de las personas de su entorno cercano. Este cambio le causa un desequilibrio en su salud, provocándole una sensación de inestabilidad, inseguridad y angustia por lo desconocido del tema. Esto sucede hasta que la persona conoce el tema y se da cuenta que puede dominarlo.

Proceso de instrucción-aprendizaje

Este proceso se forma a partir de la interacción de tres elementos principales:

- El participante, que es la PVVS, sus familiares y allegados.
- El instructor, que es el sujeto que capacita.
- El contenido del curso, que es el objeto de conocimiento, aprender a vivir con VIH/Sida.

El medio ambiente también es importante en la práctica para que se desarrolle con total éxito la capacitación, pues puede reflejar diversas situaciones de las personas que asisten a la capacitación influyendo en el proceso formativo.

Características de los adultos

Según el enfoque constructivista, en el proceso de aprendizaje, los adultos deben tener la oportunidad de participar activamente utilizando sus propias experiencias como base. Sin dejar de lado la guía del capacitador en el aprendizaje, ya que en determinado momento puede resultar negativo y hasta obstaculizar el proceso. Los adultos, por estar inmersos en organizaciones o instituciones, al frente de una familia o sociedad, tienen una serie de características como:

- Experiencias en diferentes campos.
- Costumbres y hábitos determinados.
- Opciones y preferencias.
- Actitudes formadas por su propio contexto.
- Intereses y necesidades específicos: les interesa aprender lo que les satisface una necesidad determinada.
- No les gusta ser tratado como escolar.
- Justifica el tiempo y el esfuerzo en los procesos de capacitación.

Estilos de aprendizaje

Parece que los adultos tienen diferentes estilos de aprendizaje. Algunos encuentran más fácil aprender en contextos comunitarios o de pequeños grupos, otros en actividades de aprendizaje individualizadas o más anónimas, algunos otros haciendo cosas y experimentando, mientras que otros requieren asesoría y pequeños avances.

Es importante que el instructor guíe a los participantes para que relacionen los conocimientos adquiridos con las experiencias previas con el objeto de dar un sentido al aprendizaje.

La capacitación propuesta fue elaborada a partir de las demandas de las PVVS, sus familiares y allegados. Después de la realización de un diagnóstico de necesidades de capacitación mediante encuestas, grupos focales y además de los procesos de validación, se pudo determinar aquellos contenidos más relevantes para los participantes de las actividades de capacitación²⁸.

Se tomó como referencia los principios básicos de la educación de adultos según Malcom Knowles²⁹:

- Los adultos a medida que van madurando tienden a preferir la autodirección.
- Las experiencias de los adultos constituyen un valioso recurso para el aprendizaje.
- Los adultos aprenden mejor mediante técnicas experienciales, tales como la discusión o resolución de problemas, que a través de escuchar pasivamente.
- Los adultos son conscientes de sus necesidades específicas de aprendizaje, que son generadas por situaciones de la vida real, tales como el matrimonio, divorcio, tomar un empleo, perder un empleo, etc.

28 Notas tomadas del Módulo de Capacitación del Programa. En VÍA LIBRE. *Vive y convive mejor con información. Módulo para facilitadores. Taller se capacitación para PVVS, familiares y allegados sobre salud integral y soporte emocional, desde una perspectiva de derechos humanos*. Fondo Global. Ministerio de Salud. Conamusa. CARE. Consorcio Vía Libre. Actividad 1. Objetivo 4. Componente VIH/Sida. Lima, 2005.

29 Proyecto Pasare-Perú. JHU/PCS. *Principios y técnicas de la educación de adultos*. Lima 1999.

Los adultos son aprendices guiados por la competencia o suficiencia, es decir, buscan aprender una habilidad o adquirir un conocimiento que puedan aplicar de manera pragmática en sus circunstancias inmediatas.

La capacitación en salud integral y soporte emocional a las PVVS y familiares o allegados con una perspectiva de derechos humanos fue ejecuta con metodologías identificadas para el trabajo con adultos, considerándose que, para ellos, el aprendizaje depende de las siguientes características³⁰:

“Tienen que querer aprender”: Debe despertarse su interés, motivándolos a aprender. Ninguna acción debe ser forzada.

“Aprenden lo que consideran necesario”: Lo que se enseña tiene que ser adaptado a sus necesidades y no a las del instructor. En este sentido las capacitaciones que se imparten a las diversas poblaciones responden a la pregunta: ¿Cómo me puede ayudar la información en este momento? La metodología y la información de las capacitaciones, para cada una de las poblaciones intervenidas, se encuentra diferenciada, de acuerdo a los roles que deberán cumplir.

“Aprenden haciendo”: La retención de los conocimientos obtenidos es mayor si existen oportunidades repetidas para practicar o usar lo que se está enseñando. Motivo por el cual el *Role Playing* es un recurso de suma importancia debido a que funciona en una zona delimitada del campo experimental, que permite la posibilidad de “jugar” dentro de un quehacer, pudiendo incorporar el rol a través de sucesivas situaciones donde se ensaya, repite, corrige y pule conductas que en principio son inadecuadas al desempeño del rol profesional.

En las capacitaciones debe enfatizarse en la importancia del apoyo o ayuda que se le puede brindar a la PVVS, asumiéndose el rol que fue desarrollado en la capacitación.

³⁰ Tomado como referencia de: “Mejorando nuestra habilidad para capacitar. Una guía para capacitadores de personal de áreas protegidas”, Editor: Alan W. Moore, National Park Service, Washington, 1993.

Por ejemplo, el familiar deberá asumir que el tiempo dedicado al soporte emocional es indispensable para motivar a la PVVS, por lo cual deberá hacerlo constantemente.

“Centran su función de aprender en problemas, los cuales deben ser realistas”: Se puede enseñar principios y una serie de ilustraciones hipotéticas a los adultos, pero aprenden de manera más adecuada trabajando con problemas reales, cuando se les incentiva a formular sus propias soluciones y luego deducir los principios generales.

“Aprenden mejor en una situación informal”: No hay que recordarles sus años escolares. Actividades de grupo en acción ayudan a lograr informalidad (tormenta de ideas, juego de roles, etc.).

“Necesitan una variedad de métodos para ser instruidos”: Entre más vías sensoriales sean utilizadas para hacer llegar el mensaje, mejor.

“Quieren lineamientos y orientación, no notas o marcas rígidas”: Son impacientes con el formalismo de la educación, pero a la vez requieren saber cómo les va en el curso. Así que el instructor debe proporcionar el máximo de retroalimentación que pueda, sean elogios o críticas, siempre que se sea honesto.

a. Enfoques para lograr el aprendizaje

Las capacitaciones fueron estructuradas considerando que existen enfoques, a través de los cuales se identifican características a considerarse en un proceso educativo:

APRENDIZAJE POR OBSERVACIÓN: Se considera que podemos aprender por observación o imitación, pues si todo el aprendizaje fuera resultado de recompensas y castigos nuestra capacidad sería muy limitada.

El aprendizaje observacional implica atención y memoria, es una actividad cognitiva que se expresa a través de los siguientes pasos:

- *Adquisición*: El sujeto observa un modelo y reconoce sus rasgos característicos de conducta.

- *Retención*: Las conductas del modelo se almacenan en la memoria del observador.
- *Ejecución*: Si el sujeto considera la conducta apropiada y sus consecuencias son positivas, reproduce la conducta.
- *Consecuencias*: Imitando el modelo, el individuo puede ser reforzado por la aprobación de otras personas. Implica atención y memoria, es del tipo de actividad cognitiva.

APRENDIZAJE COGNITIVO: Aprendemos de la experiencia pero es el sujeto quien construye el conocimiento del mundo externo en función de su organización cognitiva interna, el sujeto interpreta la realidad y proyecta sobre ella los significados que va construyendo. El conocimiento puede definirse como el proceso de organizar y dar sentido a una experiencia.

El aprendizaje cognitivo es el resultado de la acción social y el lenguaje y, por lo tanto, es una experiencia compartida. Visto desde esta perspectiva, el ambiente social tiene una fuerte influencia sobre la estructura del pensamiento propio, y las habilidades cognitivas pueden enriquecerse por interacciones más extensas, estructuradas y de mayor calidad con otros individuos. Forman parte de un aprendizaje cognitivo, los siguientes:

- **APRENDIZAJE RECEPTIVO:** El sujeto sólo necesita comprender el contenido para poder reproducirlos, pero no descubre nada.
- **APRENDIZAJE POR DESCUBRIMIENTO:** El sujeto no recibe los contenidos de forma pasiva, descubre los conceptos y sus relaciones y los reordena para adaptarlos a su esquema cognitivo.
- **APRENDIZAJE REPETITIVO:** Se produce cuando el alumno memoriza contenidos sin comprenderlos o relacionarlos con sus conocimientos previos, no encuentra significado a los contenidos.
- **APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO:** Es el aprendizaje en el que el sujeto reorganiza su conocimiento del mundo y transfiere ese conocimiento a nuevas realidades, es el más importante y el que se considera para el presente trabajo.

APRENDIZAJE CONDUCTUAL: Implica lo siguiente:

- *Sucesos*: Supone adquirir información de las relaciones entre acontecimientos que tienen lugar en el ambiente.
- *Conductas*: Implica adquirir respuestas eficientes para modificar las condiciones ambientales.
- *Teorías implícitas*: Una teoría es una representación de la realidad y suele ser incompleta, falible y limitada.

APRENDIZAJE SOCIAL: Las habilidades sociales son pautas de comportamiento que adquirimos en nuestra interacción con los demás. Por otro lado, las actitudes implican la tendencia a comportarse de una forma determinada en presencia de ciertas personas o situaciones.

En suma, el aprendizaje de tipo social implica la capacidad de entenderse a sí mismo, a los demás y las relaciones humanas. Aprender a evaluarse a sí mismo (reflexionar sobre sus éxitos y fracasos e igualarlo con sus logros y metas) y considerar al entorno social como un referente de una propia evaluación.

b. Estilos para el aprendizaje

Existen sistemas o canales a través de los cuales se logra pensar, recordar o representar un conocimiento, estas son consideradas vías para el aprendizaje, y son presentadas a continuación.

Lo cognitivo hace referencia a la capacidad de los individuos para procesar la información captada desde un proceso educativo o de aprendizaje, valiéndose de la carga subjetiva con la que cuentan, esto producto de desarrollarse en una sociedad cargada de valores y normas las cuales son interiorizadas por un proceso de socialización. Lo cognitivo puede ser un hecho natural o de alguna manera artificial, puede ser un hecho consciente o inconsciente; en resumen, lo cognitivo se encuentra relacionado con: percepción, razón, inteligencia y aprendizaje.

De esta manera, para implementar las capacitaciones se consideró que existen sistemas o canales a través de los cuales se logra pensar, recordar o representar un conocimiento, estos son denominados estilos o vías para el aprendizaje:

CUADRO 5

TIPO	IDEA PRINCIPAL	CARACTERÍSTICAS
Visual	Se piensa en imágenes para poder recordar.	<ul style="list-style-type: none"> • Toman nota, lo cual les permitirá posteriormente poder leer. • Leen constantemente o prestan atención a las imágenes. • Prefieren seguir la proyección de slides, en lugar de seguir el discurso o explicación de un ponente. • Se considera que estas personas tienen facilidad para recordar grandes cantidades de información con rapidez. • Se prefiere. Transparencias, videos, películas.
Auditivo	Se piensa o recuerda de una manera ordenada y secuencial la información recibida.	<ul style="list-style-type: none"> • Memorizan palabra por palabra. • No pueden generar conceptos abstractos fácilmente. • Aprenden mejor cuando reciben las explicaciones oralmente y cuando pueden hablar y explicar esa información a otra persona. • Se prefiere escuchar conferencias, en la que se generen preguntas constantes.
Kinestésico	Se piensa o recuerda asociando la información con movimientos corporales.	<ul style="list-style-type: none"> • El aprender se muestra como un proceso lento. • Buscan satisfacer la necesidad de movimiento, debido a que se aprende haciendo o ejecutando. • Una vez que se aprende relacionando la información con movimientos, lo aprendido es difícil de olvidar.

4.2. CARACTERÍSTICAS DEL APRENDIZAJE

Las organizaciones Vía Libre, la Universidad Peruana Cayetano Heredia y Peruanos Positivos se hallan comprometidas con este enfoque. Por ello, han emprendido acciones de capacitación y la facilitación de recursos de aprendizaje, reconociendo las necesidades y expectativas de las personas. Una primera muestra de este compromiso es la realización de talleres de capacitación que es parte de procesos de educación en salud más amplios, como el que se comparte en la presente sistematización.

a. Las competencias

Se entiende por competencia a la integración de tres saberes: SABER, SABER HACER, SABER SER. Es necesario señalar que esta división sólo se hace con fines didácticos, pues en la realidad son indisolubles. No se puede considerar competente a una persona con conocimientos sólidos, pero con un bajo nivel de compromiso o que no desarrolle prácticas adecuadas.

b. Los contenidos

Los contenidos de un proceso de aprendizaje son de tres tipos: conceptuales, procedimentales y actitudinales.

Los contenidos conceptuales son aquellos que se refieren a los conocimientos, hechos, conceptos, leyes y principios que pueden servir de base para favorecer una acción. Por ejemplo: definición de los derechos humanos y características del tratamiento antirretroviral.

Los contenidos procedimentales son el conjunto de habilidades, destrezas, manejo de técnicas y estrategias que permiten operar sobre determinada realidad. Por ejemplo, reconocen factores de protección ante el VIH y caracterizan las etapas de la infección por VIH.

Los contenidos actitudinales son los hábitos, normas y valores que se consideran necesarios para la adopción de un concepto y práctica. Por ejemplo: se reconoce como actor importante para contribuir a la calidad de vida de las PVVS.

c. Los recursos

Es el conjunto de herramientas necesarias para el desarrollo de los contenidos del sistema, lo que se propone a través de la experiencia de las capacitaciones para PVVS, familiares y allegados. Están conformados por:

- Un módulo para el facilitador.
- Un manual del participante.
- Una carpeta del participante.
- Material complementario inserto en carpetas.

4.3. ROLES DE LOS PARTICIPANTES

a. El participante

Según el enfoque constructivista, las personas no son “páginas en blanco” sobre las cuales hay que “escribir” nuevos conocimientos, sino más bien “los individuos son participantes activos y que deben construir el conocimiento”³¹, que relacionan sus experiencias de vida con la adquisición de nuevos contenidos de aprendizaje.

De este modo, el aprendizaje se inicia con el rescate de los denominados saberes previos, que se adquirieron a través de otras experiencias. Logrado esto se los vincula y contrasta con nuevos contenidos y nuevas experiencias, a partir de los cuales las personas pueden construir una nueva estructura de conocimientos, que favorece el desarrollo de nuevas prácticas y cambios de actitud positivas.

PERFIL DE LOS PARTICIPANTES

Los participantes son:

- Personas que viven con VIH/Sida (PVVS).
- Familiares de PVVS.
- Amigos, allegados, vecinos de PVVS.
- Personas comprometidas con la promoción y defensa de los derechos humanos de las PVVS.
- Personas que deben dedicarle un mínimo de 12 o 8 horas a las actividades de capacitación.
- Mayores de 18 años.
- Personas que sepan leer y escribir.

Como parte del proceso educativo se estableció posteriormente criterios para la capacitación, de esta forma se tenían varios participantes pero se consideraba capacitado a las personas que cumplían con los siguientes criterios:

- Asistencia completa al taller.
- Mayores de edad.

³¹ SHUNK, Dale H. *Teorías del aprendizaje*. Ed. Prentice Hall. México 1997.

- Tener un grado de instrucción.
- Personas que no hayan sido capacitadas antes en los mismos talleres.

b. El facilitador

Es la persona a cargo de la capacitación. Es quien planifica las actividades, define recursos, facilita y evalúa el aprendizaje. En el proceso de capacitación no asume el rol de experto, no dicta contenidos, busca que sean los propios participantes quienes lo construyan, basándose en sus propias experiencias.

Así se consideró en el programa de capacitación el siguiente perfil para los capacitadores o facilitadores, como se les denominó:

PERFIL DE LOS FACILITADORES

Es indispensable que sean personas con:

- Sólida formación profesional y técnica sobre el VIH/Sida.
- Compromiso sólido con la promoción y defensa de los derechos de las PVVS.
- Habilidades para desarrollar procesos de capacitación participativos.
- Capacidad para la empatía.
- Habilidad para establecer una comunicación fluida con los participantes.

Se determinó, asimismo, algunos criterios sobre los cuales se identificaba una capacitación óptima desde una buena participación del facilitador, a partir de bases y enfoques educativos en los cuales el constructivismo y constructivismo eran los enfoques de trabajo ejes para entender los procesos educativos que se desplegaron en la experiencia de trabajo de capacitación ejecutada por Vía Libre.

¿EN QUÉ CONSISTE UNA BUENA FACILITACIÓN?

- En establecer metas y aclarar las expectativas.
- En saber compartir las responsabilidades y poder manejar la situación.
- En generar actitudes reflexivas, estimular el recuerdo, desafiar ciertas creencias y confrontar opiniones.
- Saber balancear los diversos factores que componen el programa de aprendizaje, la presentación de nuevos materiales, su debate y discusión.
- Saber compartir experiencias relevantes de los aprendices. Todo esto dentro de los límites de tiempo disponible.
- Desarrollar un ambiente de aprendizaje que se nutra de las experiencias de los participantes, que proteja la opinión de la minoría, que mantenga los desacuerdos a un nivel de civilidad, que relacione las diversas opiniones o ideas que le recuerde constantemente al grupo que existe una variedad de posibles soluciones a un problema
- Saber usar los comentarios o retroalimentación descriptiva de los participantes y reforzarlos por sus contribuciones o logros.

Tomado de Proyecto Pasare-Perú. JHU/PCS- "Principios y técnicas en educación de adultos: capacitando a través del diálogo". Lima, 1999.

4.4. OBJETIVOS DE LA CAPACITACIÓN

Facilitar experiencias de aprendizaje dirigida a PVVS, sus familiares y allegados, destinadas a la asunción de compromisos y acciones que favorezcan la salud y el soporte emocional de las PVVS, con el propósito de mejorar su calidad de vida.

a. Eje transversal: Los derechos humanos

Los derechos humanos son inherentes a todos los seres humanos por el único hecho de serlos y les corresponden a todos los seres humanos sin ningún tipo de discriminación por razones de raza, color, sexo, género, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

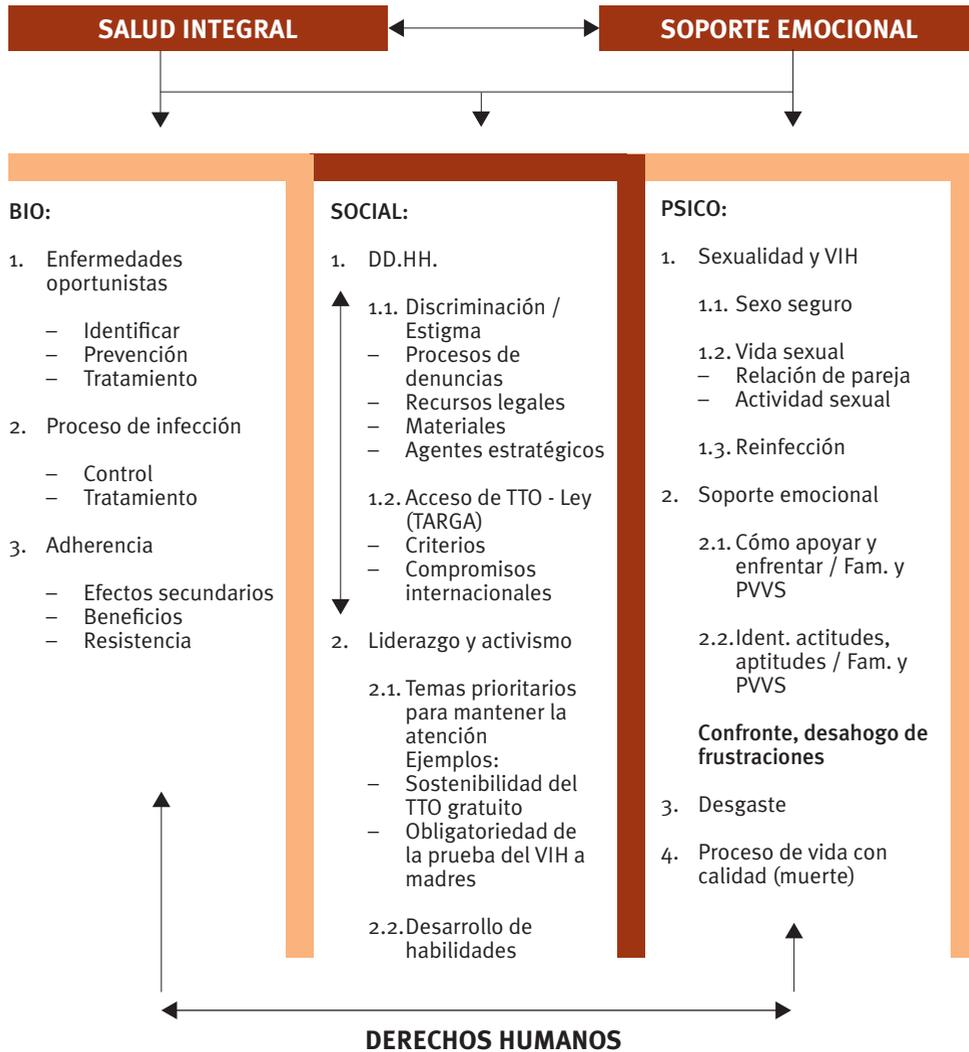
Los derechos humanos no son una dádiva ni una concesión especial del Estado, instancia internacional, persona u organización. No es el producto de esfuerzo particular, ni un beneficio que se concede en mérito de alguna evaluación.

En ese sentido, la situación de las PVVS no puede ser abordada fuera de este marco, pues no han perdido su condición de seres humanos por el hecho de vivir con VIH/Sida. Remarcamos esta situación porque en muchas sociedades estas personas son excluidas por el solo hecho de ser portadores del VIH. De este modo se atenta contra sus derechos humanos.

Así, las capacitaciones basarán todos sus contenidos en el ejercicio de los derechos humanos, en la medida en que estos constituyen un elemento clave e inherente para la calidad de vida de las PVVS.

En general, la estructura de contenidos de la capacitación se trabajó en base a los contenidos del diagnóstico de necesidades de información que se levantó de la población objetivo de la intervención, asimismo, los contenidos se obtuvieron de un trabajo de operacionalización de los tres ejes temáticos que se definieron y sobre los cuales la información del diagnóstico también recogió información. De esta forma, la estructura lógica de los contenidos se estableció de la siguiente forma:

GRÁFICO 4
ESQUEMA LÓGICO DE CONTENIDOS DEL MÓDULO DE CAPACITACIÓN



4.5. METODOLOGÍA DE TRABAJO

La lógica de trabajo fue desarrollada en contenidos específicos que fueron trabajados en matrices de contenido y planificación de las sesiones operativas de los talleres de capacitación.

4.5.1. Estructura del taller de capacitación

a. Los talleres de capacitación

La idea planteada para el trabajo fue proporcionar conocimientos, desarrollar habilidades y modificar actitudes, siendo estas características consideradas como una capacitación. Este proceso guardó las siguientes características:

- Esfuerzo previamente planificado por parte de una organización, grupo o individuo con la finalidad de facilitar el aprendizaje de aptitudes. Por otro lado, las aptitudes son producto de la sumatoria de cualidades innatas y lo aprendido.
- Implica una relación directa entre enseñanza y aprendizaje; entre sentir, pensar y actuar.
- Se define como fin el que los participantes puedan llegar a dominar o interiorizar lo presentado en el evento.

b. Estructura del taller de capacitación

Se proponía para el taller una duración de tres días en los que se abordarían los siguientes temas:

DÍA	TEMA	HORAS
1	Salud Integral: Aspectos médicos y clínicos VIH/Sida	4
2	Salud Integral: Aspectos psicológicos (soporte emocional)	4
3	Salud Integral: Aspecto sociales (derechos humanos)	4

Durante una segunda fase de la capacitación, se mantuvo la misma estructura pero la sesión de trabajo se disminuyó a ocho horas aproximadamente, pero de manera proporcional se tocaron los tres temas.

4.5.2. Las sesiones de aprendizaje

Las sesiones de aprendizaje se organizan en tres momentos básicos³² en función de lo siguiente:

³² COPRECOs CENTRAL. Curso “Salud sexual y desarrollo personal para los/las cadetes y alumnos/as de las FFAA y PNP”. Lima, Perú. 2003.

Recuperación de saberes previos: En él se indagaría acerca de lo que saben, piensan o hacen las PVVS, sus familiares y personas de su entorno, respecto a los asuntos que se abordarían en la sesión.

Construcción de nuevos saberes: En este momento se busca que los participantes contrasten sus saberes previos con nuevos saberes. Esto les permitiría reflexionar acerca de lo que saben, modificar, complementar o mejorar sus saberes. Es en este momento cuando se plantean nuevos contenidos para que el participante pueda incorporarlos en sus estructuras cognitivas a partir de un proceso analítico y de reflexión.

Aplicación de lo aprendido: Esta parte de la sesión de aprendizaje permitiría que se aplique lo adquirido a las situaciones de la vida cotidiana. Además, nos da indicios sobre la asimilación de los contenidos de aprendizaje.

La evaluación: La evaluación es un proceso permanente que:

- Determina el nivel de los aprendizajes obtenidos por los participantes a lo largo de la capacitación.
- Permite incorporar ajustes para mejorar cualitativamente los procesos.

a. La evaluación por competencias

Permite constatar en el logro y desarrollo de competencias. En ese sentido, se pretendía evaluar el logro en tres tipos de saberes:

- Saber (conocimientos).
- Saber hacer (prácticas).
- Saber ser (actitudes).

La evaluación de las competencias se da a través de los indicadores que se expresan como un resultado. Señala cuáles son las evidencias de que la persona está aprendiendo.

b. Técnicas de evaluación³³

Observación: Se puede inferir el logro de aprendizajes a partir de los comporta-

³³ Las técnicas de evaluación contarán con instrumentos aplicables tanto a participantes como a facilitadores.

mientos de los participantes respecto a los contenidos; así se trabajó una ficha de observación para cada sesión de capacitación.

Pruebas escritas: El participante responde preguntas que permiten determinar el nivel de adquisición de los saberes.

Se realizaron pruebas de entrada y salida del taller de capacitación.

De acuerdo a lo antes señalado se planteó el siguiente cuadro de competencias e indicadores de evaluación considerados como parte de la evaluación del proceso de capacitación en los talleres para PVVS, familiares y allegados. De esta forma se trataba de hacer más medible el proceso educativo que se desarrollaría en la intervención:

COMPETENCIA	INDICADORES
1. Conocen las condiciones necesarias para la salud integral de las PVVS, reconocen la importancia del soporte emocional para la vida de las PVVS y conviven positivamente con ellas, en un marco de respeto y ejercicio de los derechos humanos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conoce como mínimo cinco derechos humanos. 2. Concibe la salud como un estado de bienestar general. 3. Vincula la calidad de vida de las PVVS con los derechos humanos. 4. Identifica como mínimo cuatro actores vinculados a la calidad de vida de las PVVS 5. Conoce como mínimo cinco factores de riesgo y cinco de protección frente al VIH/Sida 6. Conoce el proceso de infección del VIH/Sida y su tratamiento. 7. Cuenta con actitud positiva para brindar soporte emocional a las PVVS. 8. Asume una actitud responsable frente a la sexualidad.
2. Identifican aspectos básicos para la promoción y defensa de los derechos humanos de las PVVS, proponen acciones y se comprometen a desarrollarlas.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conoce la situación de las PVVS de su comunidad. 2. Propone un mínimo de tres acciones organizadas sistemáticamente para la promoción y defensa de los derechos humanos de las PVVS 3. Asume compromisos para el desarrollo de acciones de promoción y defensa.

PARTE III EL DESARROLLO DE LA CAPACITACIÓN

1. LOS ASPECTOS PLANIFICADOS

De acuerdo a la propuesta de trabajo se planificó las acciones para alcanzar los siguientes resultados:

Un programa de capacitación a PVVS, familiares o allegados sobre salud integral y soporte emocional con perspectiva de derechos humanos diseñado e implementado; elaboración de 1,300 manuales para salud integral y soporte emocional (guías de información con contenidos técnicos de la actividad) elaborados y difundidos; módulos de capacitación diseñado, elaborado y validado.

CUADRO 6
PROGRAMACIÓN DE TALLERES DE CAPACITACIÓN

LUGAR	PRIMERA FASE (2003-2005)		SEGUNDA FASE (2006-2007)	
	TALLERES	PERSONAS	TALLERES	PERSONAS
Lima	18	862	72	2880
Provincias	11	338	36	800
TOTAL	29	1200	108	3680

Los talleres se programaron en promedio uno o dos por mes para que pudiera haber el tiempo suficiente para realizar las coordinaciones necesarias con el Ministerio de Salud (Minsa), específicamente con la Estrategia Sanitaria Nacional de Infecciones de Transmisión sexual VIH/Sida (ESNITS VIH/Sida) y los grupos de personas afectadas, entre otros; para realizar la difusión de las acciones y la organización de los talleres de capacitación.

Con la anticipación necesaria se coordinaba con el equipo de facilitadores de los talleres los contenidos, dinámicas y en general los aspectos metodológicos necesarios para el desarrollo de los talleres de capacitación en Lima y las diferentes ciudades del país.

La preparación de los talleres de capacitación, así como los materiales educativos, se trabajaron con anticipación y a partir del recojo de experiencias de trabajo similares que previamente se habían ejecutado, asimismo, a partir del levantamiento de información para la realización de un diagnóstico sobre necesidades de información en PVVS, familiares y allegados.

2. LA EJECUCIÓN

La capacitación a PVVS, familiares y allegados se llevó a cabo a través de talleres educativos de trabajo que se realizaron en Lima y provincias del interior del país.

Para la realización de los talleres de capacitación, se articulaba la participación de diferentes actores, entre los cuales el Minsa cumplía un rol de suma importancia, sobre todo en la difusión y convocatoria de los participantes, para que vayan asumiendo la experiencia como propia, a pesar de que la ejecución estaba a cargo de Vía Libre, pues participaron en la elaboración de la propuesta y la determinación del Plan Operativo.

Como parte del equipo de trabajo se contaba con la participación de dos líderes activos de las PVVS (asesores comunitarios), que aportaron en todo momento desde el planteamiento hasta la ejecución, etapa en la cual sus experiencias de vida eran motivadoras y ejemplificadoras de una “vida positiva”, entendimiento que pasa por el enfoque de trabajar en salud integral.

2.1. LA COBERTURA DE INTERVENCIÓN

Sólo en Lima se realizaron los 19 talleres programados en los dos años iniciales de intervención. En tanto, en las ciudades de provincias se planificó un total de 13 talleres para este mismo período de tiempo. En los años posteriores aumentó, cubriéndose a través de esta intervención toda las Disa y las Diresa del país.

En el caso de los talleres implementados en provincias, en cada uno de ellos, se capacitó como mínimo a un total de 20 personas, mientras que en el caso de Lima en cada taller debía capacitarse a un total de 50 personas. Se trabajó con las cinco Direcciones de Salud (Disa): Lima Ciudad, Lima Este, Lima

Sur, Lima Norte y Callao. En general, la convocatoria, como medida estratégica para asegurar la participación de los convocados, siempre estaba abierta para un número mayor de lo planificado.

TALLERES DE CAPACITACIÓN (Ejecutado)

LUGAR	PRIMERA FASE (2 0 03-2005)		SEGUNDA FASE (2006-2007)	
	Talleres	Personas	Talleres	Personas
Lima	19	777	48	1668
Provincias	13	433	42	1227
TOTAL	32	1210	90	2895*

* Dato que ha sido superado ampliamente en el transcurso de 2008, se ha llegado a capacitar a 3,897 personas con 72 talleres diarios y 48 en provincias

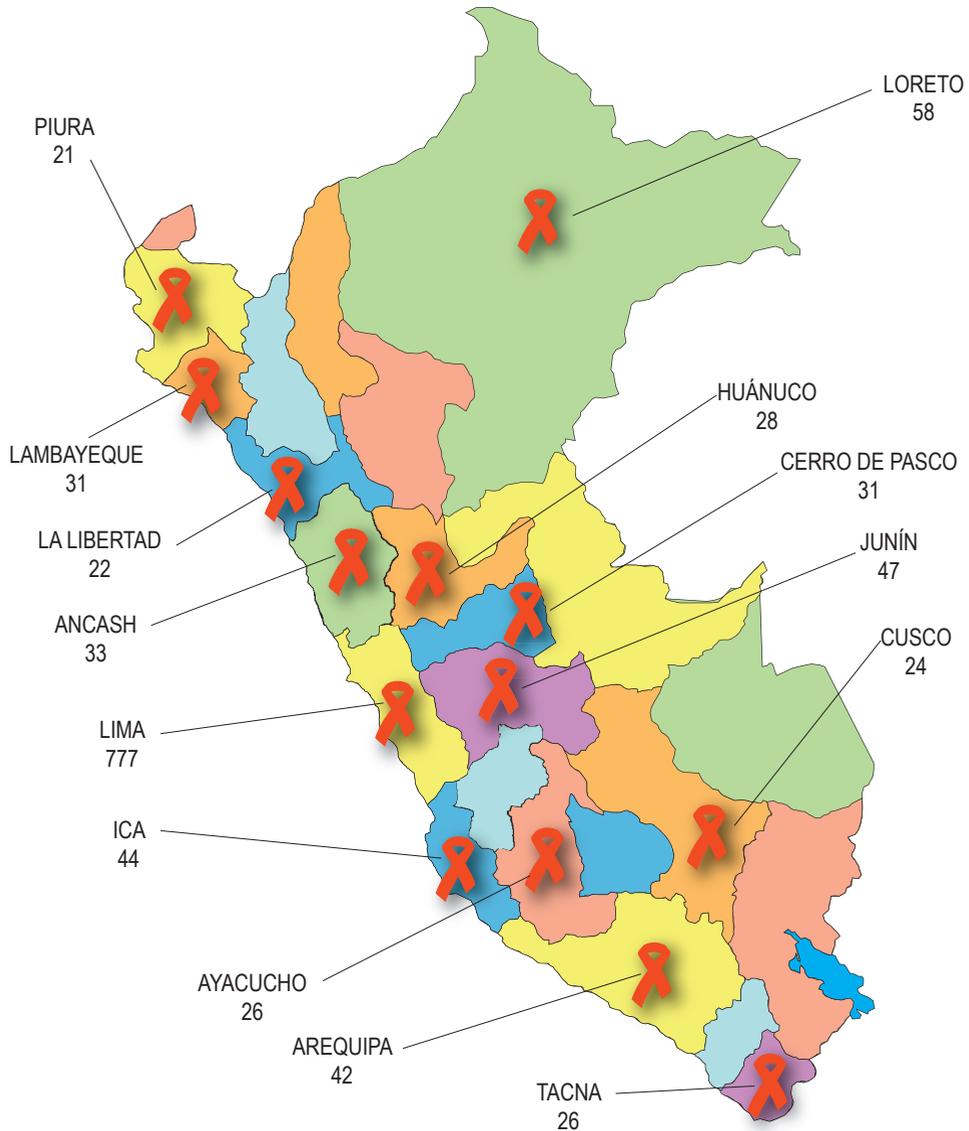
2.1.1. Ciudades seleccionadas

La elección de las ciudades donde se efectuaría la capacitación se basó en el criterio del porcentaje de incidencia de casos de VIH/Sida, además en aquellas ciudades se había implementado el Programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA). Sin embargo, después se logró alcanzar una intervención a nivel nacional.

CUADRO 9
CIUDADES SELECCIONADAS

CIUDADES PLANTEADAS INICIALMENTE PARA LA EJECUCIÓN DE LOS TALLERES	CIUDADES EN LAS QUE SE EJECUTÓ LOS TALLERES	CIUDADES DEL PRIMER AÑO	CIUDADES DEL SEGUNDO AÑO
- Chimbote	- Chimbote	- Chimbote	
- Ica	- Ica	- Ica	
- Iquitos	- Iquitos	- Iquitos	
- Piura	- Piura	- Piura	
- Trujillo	- Trujillo	- Trujillo	
- Chiclayo	- Chiclayo		- Chiclayo
- Arequipa	- Arequipa		- Arequipa
- Cusco	- Cusco		- Cusco
- Huancayo	- Huancayo		- Huancayo
- Pucallpa	- Cerro de Pasco		- Cerro de Pasco
- Tumbes	- Tacna		- Tacna
	- Ayacucho		- Ayacucho
	- Huánuco		- Huánuco

FIGURA 2
ACTIVIDAD Nº 1 : PROGRAMA DE CAPACITACIÓN A PVVS, FAMILIARES Y ALLEGADOS
SOBRE SALUD INTEGRAL Y SOPORTE EMOCIONAL CON PERSPECTIVA DE
DERECHOS HUMANOS



TOTAL: 1210 capacitados (101%)
De un total de 1200 personas (100%) que se tenía que capacitar se llegó a 1210 que equivale al 101%.

2.1.2. Los talleres de capacitación

La realización de los talleres de capacitación estuvo a cargo de un equipo itinerante de profesionales, quienes desarrollaban las sesiones de trabajo y aprendizaje, así también se encargaban de las coordinaciones necesarias para contar con la logística apropiada. Esta dinámica se estableció tanto en Lima y Callao como en las diferentes ciudades del interior del país, en todas ellas, en una estrecha coordinación con las Direcciones de Salud y Direcciones Regionales de Salud, específicamente a través de los equipos de las Estrategias Sanitarias de ITS y VIH/Sida.

En cada taller de capacitación se efectuó una prueba de entrada y una prueba de salida para identificar el nivel de la adquisición de conocimientos, al inicio del taller y después de finalizada la capacitación. De esta forma se contaría además con la información necesaria para saber la cantidad de personas que quedarían capacitadas, pues para ser considerado como tal, era necesario haber tenido una nota aprobatoria en la prueba de salida. A este nivel de seguimiento en los talleres se le conoció como *receptividad de los participantes en los talleres de capacitación*.

Asimismo, se había considerado recoger información respecto a las apreciaciones de los participantes en torno a la capacitación, su organización y la disposición de recursos materiales para el trabajo que se tenía que desarrollar. La finalidad principal de la información que se recogió estaba en función de contar con los insumos necesarios para la evaluación de los talleres.

2.2. LOS BENEFICIARIOS

Se considera como beneficiarios directos a las PVVS, familiares y allegados que se capacitan en los talleres desarrollados. Se había establecido como meta capacitar, durante los cinco años, a un total de 4,880 beneficiarios, entre PVVS, familiares y allegados a nivel nacional. Pero se superó y se alcanzó un total de 5,107 capacitados. Sin embargo, hay que tener en cuenta dentro de los beneficiarios a los asistentes en general que participaron de los talleres de capacitación pero que no llegaron a cumplir con los requisitos establecidos para ser considerados en esa categoría, que aproximadamente sumaba más de 50% del total.

A continuación presentamos algunas características del total de los beneficiarios capacitados en los talleres realizados en las diferentes ciudades del país.

1º FASE (2004-2005)

DISTRIBUCIÓN SEGÚN IDENTIDAD SOCIAL

En la primera fase de intervención se priorizó en la satisfacción de la necesidad de información y capacitación de la población objetivo, para reforzar el tema de la adherencia al tratamiento. Los capacitados fueron PVVS, en su mayoría, aunque las cifras de los familiares y allegados son similares. En la convocatoria se insistió en la participación equitativa entre los grupos; sin embargo, era previsto reconocer que en una primera etapa del proyecto del Fondo Global habría una mayor demanda de información de parte de los mismos afectados, ante las limitadas experiencias que al respecto se habían desarrollado.

A continuación se detallará la asistencia a los talleres y capacitados tanto en Lima como en provincias en 2004 y 2005

CUADRO 10
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN. AÑO 2004

AÑO 2004	ASISTENTES	CAPACITADOS	PVVS	%	FAMILIARES	%	ALLEGADOS	%
Lima	420	310	178	57.4	104	33.5	28	9.0
Provincias	256	178	75	42.1	39	21.9	64	36.0

La asistencia a los talleres y la capacitación para el caso de Lima fue: 178 PVVS, 28 allegados y 104 familiares, que corresponden al 57.4%, 9.0% y 33.5% respectivamente. En el caso de las provincias, correspondió a 75 PVVS, 64 allegados y 39 familiares, que corresponden al 42.1%, 36.0% y 21.9 % respectivamente.

Existen ciertas diferencias en las informaciones, tuvimos mayores niveles de asistencia de PVVS en Lima en relación con los de provincias, pudiéndose explicar por razones socioculturales sobre la aceptación del VIH. También se observó la mayor presencia de allegados en las provincias que en Lima, pues las familias no asumen su rol de soportes emocionales, sino la comunidad es-

pecialista o interesada en los temas para ejercer tareas de prevención en su localidad.

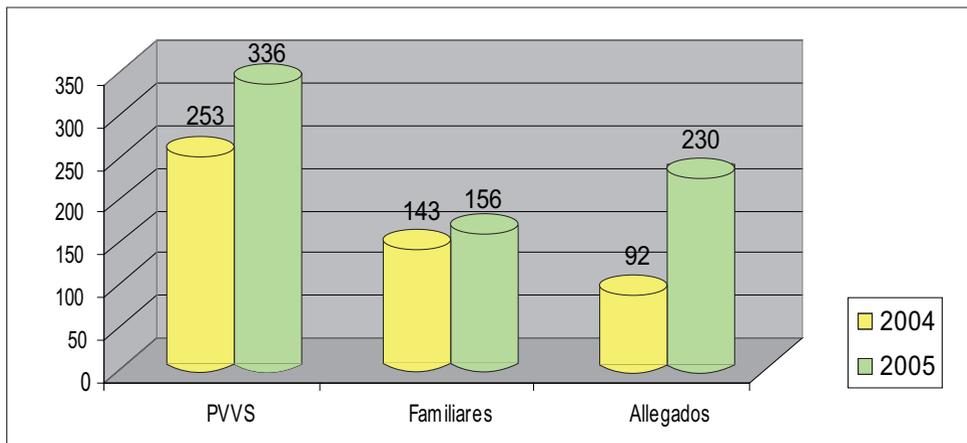
CUADRO 11
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN. AÑO 2005

Año 2004	ASISTENTES	CAPACITADOS	PVVS	%	FAMILIARES	%	ALLEGADOS	%
Lima	577	467	233	49.9	119	25.5	115	24.6
Provincias	318	255	103	40.4	37	14.5	115	45.1

Los talleres realizados en 2005 repitieron las tendencias generales, una mayor participación de las PVVS, luego los familiares y allegados. Para el caso de Lima: 233 PVVS, representando el 49.9% de la población total; 115 allegados, representando el 24.6%; 119 familiares, que significan el 25.5%.

En las ciudades de provincias, se destaca 115 allegados capacitados, que representa el 45.1%, luego le sigue los 103 PVVS participantes, que representaron el 40.4%; 37 familiares, 14.5%. Si comparamos las cifras, veremos que en Lima se da una mayor participación de PVVS, mientras que en las provincias se observa una mayor participación de los allegados; aunque también se muestra una prominente participación de las PVVS.

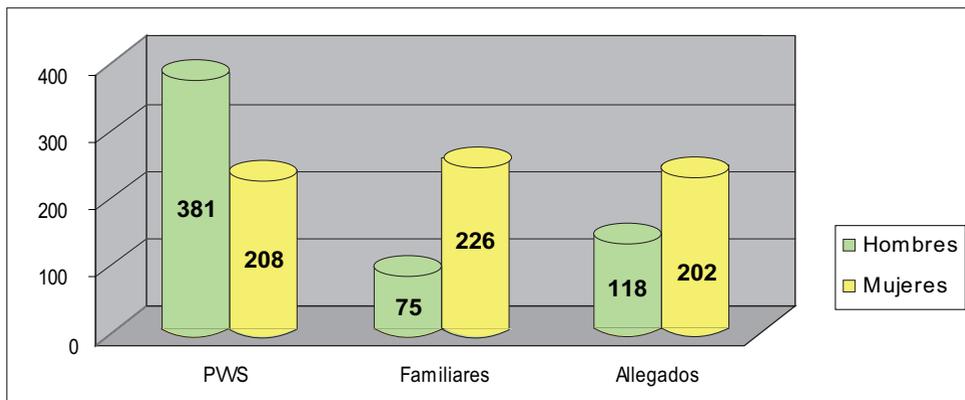
GRÁFICO 5
DISTRIBUCIÓN SEGÚN IDENTIDAD SOCIAL
2004-2005



DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO

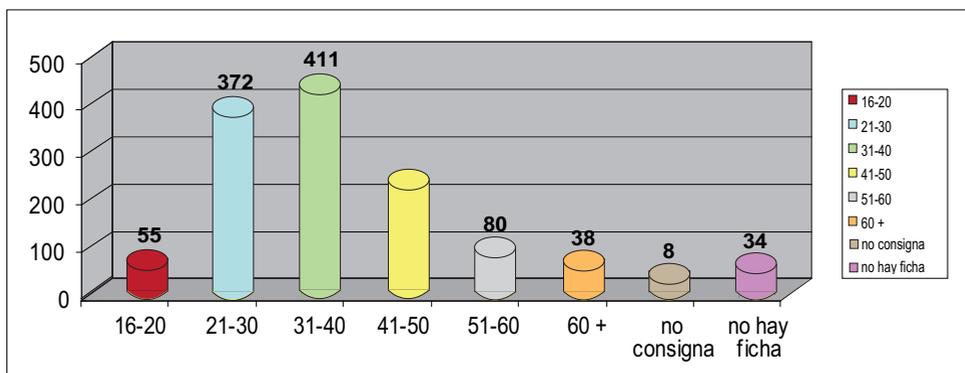
En los talleres se pudo apreciar que la participación de las mujeres, entre los familiares y allegados, fue mayor que la de los hombres. Por otro lado, en el caso de las PVVS aún se presenta una mayor participación, lo cual es acorde con las estadísticas de casos de VIH/Sida.

GRÁFICO 6
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO
2004-2005



DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD

GRÁFICO 7
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD
2004-2005



En lo que respecta a la edad de las personas capacitadas, aunque el criterio para ser considerado como tal era el ser mayor de edad, se encontró entre los asistentes algunas personas menores de edad.

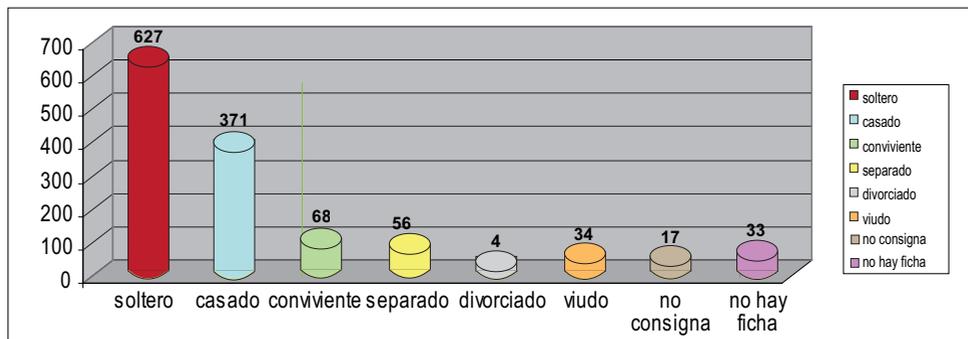
En cuanto a la edad promedio de los capacitados la mayoría tenía más de 35 años, en tanto que la mayor parte de los capacitados está entre 21 y más de 40 años de edad, 783 personas. También podemos notar que hubo una pequeña cantidad de personas mayores de 60 años (38), mientras que ocho personas no consignaron su edad en la ficha de datos y 34 no tienen ficha de datos personales.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL

Entre los capacitados, se contó con personas en su mayoría solteras o viudas, en total 627 personas; en segundo lugar, casados y convivientes, 439 personas. Este hecho, aunque no fue contrastado con la realidad, puede ser explicado al considerarse que estas personas disponen de una mayor libertad para asumir un rol de soporte o cuidador al no tener hijos a quienes deban cuidar; además, posiblemente sean los mismos familiares quienes los designen. Por otro lado, se contó con la participación de 56 personas separadas, mientras que 17 personas no consignaron su estado en la ficha y 33 personas no cuentan con ficha de datos personales.

No se cuenta con la ficha de datos personales de algunos capacitados porque el participante se llevaba la ficha, ya que en este primer período de la in-

GRÁFICO 8
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL
2004-2005

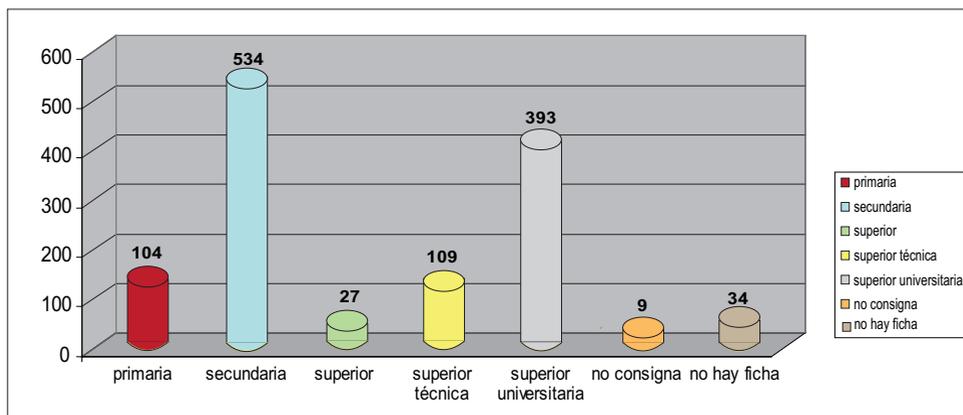


tervención era muy difícil lograr que la persona comparta información personal puesto que había desconfianza y temor de que por alguna referencia se le pueda identificar y correr el riesgo de ser estigmatizada. Es así que el participante no quería dar sus datos personales, situación que poco a poco se fue superando e identificaron el valor de compartir información general sobre ellas.

DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE INSTRUCCIÓN

En el cuadro siguiente podemos observar los datos referidos al grado de instrucción de las personas capacitadas. Para participar en los talleres se estableció el criterio básico de saber leer y escribir. Las cifras nos muestran que el mayor número de capacitados tenía estudios secundarios, 534 personas en total, lo cual ayudó en el proceso educativo que, por otro lado, siguió criterios de la educación para adultos. También podemos encontrar al nivel superior con 420 personas. Luego se presenta el nivel superior técnico con 109 personas, y el menor es el nivel primario con 104 personas. En la ficha 9 personas no colocaron su grado de instrucción, además de las 34 que no cuentan con ficha de datos personales.

GRÁFICO 9
DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN
2004-2005



2.3. ANÁLISIS DE RECEPTIVIDAD

2.3.1. *Análisis de receptividad de los talleres 2004*

En el año 2004 se ejecutó 11 talleres, seis en Lima y cinco en provincias, en los cuales se programó como meta la capacitación de 400 PVVS, familiares y allegados, 262 de Lima y 138 de provincias.

El resultado de la participación de los beneficiarios fue un éxito para el programa establecido. Se convocó a un total de 676 personas, entre PVVS, familiares y allegados, de los cuales fueron considerados capacitados 488, es decir, el 72.2% de las personas consideradas. Esto significa el 122% de cumplimiento sobre la meta trazada para dicho año.

En cuanto a las calificaciones de los conocimientos logrados por los participantes, los resultados muestran un éxito en la realización de los talleres del año 2004. En las pruebas de entradas para el área acerca de “Las formas de transmisión que el beneficiario conoce”, se obtuvo un 62% de respuestas acertadas, mientras que en la prueba de salida se obtuvo un 92% de respuestas acertadas, lo que significa una diferencia del 30% de forma positiva.

En la segunda área, sobre “Las etapas de la infección que la persona conoce”, en la prueba de entrada se reconoció un 52% de respuestas acertadas, al final del taller hubo un considerable incremento del 39%, el más grande de todas la áreas, ya que los resultados de la prueba final dieron como promedio un 92% de respuestas adecuadas.

En la tercera área, sobre las características del TARV (Tratamiento Antirretroviral) los participantes obtuvieron al inicio como promedio 50% de respuestas buenas, pero al final del taller lograron un promedio de 91% de respuestas buenas, lo que significa un incremento del 37%.

En la cuarta área de evaluación, se preguntó acerca del soporte emocional dividido en dos preguntas: ¿qué significa soporte emocional? y ¿qué es lo básico para que se logre un buen soporte emocional? De estas dos preguntas se obtuvo para la primera un promedio de 72% de respuestas correctas, mientras que para la segunda 59%. También hubo un incremento en la prueba de sali-

da, pues para la primera pregunta obtuvo un promedio de 92% de respuestas correctas y para la segunda un 89%, lo que significa un incremento del 20% y 30% respectivamente.

Por último, en el área sobre las normas que garantizan los derechos de las PVVS, se observó que el promedio de respuestas acertadas era 59% para la prueba de entrada, mientras que para la prueba de salida era de 77%, hubo un incremento del 18% en este tema.

CUADRO 12
EVALUACIÓN 2004

PREGUNTAS	PRUEBA DE ENTRADA	PRUEBA DE SALIDA	DIFERENCIA
	RESPUESTAS BUENAS	RESPUESTAS BUENAS	
¿Qué formas de transmisión conoce Ud.?	62%	92%	+ 30%
¿Cuántas etapas de la infección del VIH/Sida conoce Ud.?	52%	91%	+ 39%
¿Las características del TARV? (tratamiento antirretroviral)	50%	87%	+ 37%
¿Qué significa soporte emocional para Ud.?	72%	92%	+ 20%
Para que se logre un buen soporte emocional es básico:	59%	89%	+ 30%
¿Qué normas garantizan los derechos de las PVVS?	59%	77%	+ 18%

El éxito alcanzado en las capacitaciones desarrolladas tiene que ver directamente con la naturaleza de los talleres de capacitación. Éstos permitieron poner en práctica la idea central que el proceso de aprendizaje-enseñanza constituye el desarrollo de la cooperación, el trabajo en equipo y la dinámica de grupo, que permitió abordar los temas tratados desde diversos ángulos, experiencias diferentes y complementarias, en tanto la realidad es múltiple y compleja. Esta concepción permitió dejar de lado los talleres como campo de la competitividad y la rivalidad, donde prima los saberes individuales y una visión de la realidad unidireccional. Por otro lado, los talleres permitieron poner en vigencia que en el proceso de aprendizaje-enseñanza, el rol del responsable es más de animador que antes de simple instructor. Se trata de un experto que parte de situaciones problemáticas de la vida de las PVVS, y teniendo en cuenta las dimensio-

nes del ser humano: cuerpo, sensibilidad y lo social, hace que los participantes desarrollen los conocimientos con la información disponible y a partir de sus propias experiencias, de tal manera que se destaca la creatividad y el esfuerzo colectivo por conocer³⁴.

2.3.2. *Análisis de receptividad de los talleres 2005*

Para el 2005 se programó el desarrollo de 12 talleres, ocho en Lima y cuatro en provincias, con una convocatoria de 540 capacitados (400 en Lima y 140 en provincias). Sin embargo, se desarrollaron 21 talleres, 13 en Lima y ocho en provincias. En estos 21 talleres participaron 895 personas, de las cuales, 577 fueron de Lima y 318 de provincias, representando el 64.4% y el 35.5% respectivamente. De la totalidad de los asistentes, se obtuvo a 722 capacitados, 467 de Lima y 255 de provincias; es decir, del total, el 81.6% fue capacitado según los requisitos previstos para los talleres de capacitación.

Las preguntas tanto de las pruebas de entrada como de las pruebas de salida fueron modificadas respecto al año anterior, se agregó una pregunta en ciertas áreas. Las nueve preguntas pueden agruparse en cinco áreas establecidas para el 2004, que son: a) Formas de transmisión, el virus del sida se transmite por, cómo me protejo del sida; b) Etapas de infección del VIH/Sida; c) Características del TARV; d) Significado del soporte emocional y bases de un buen soporte emocional; e) Normas que garantizan los derechos de las PVVS y formas de ejercer nuestros derechos.

En cuanto al aprendizaje de los talleres se pudo observar que en la primera área, sobre el tema de Formas de transmisión que usted conoce y en la prueba de entrada se obtuvo como promedio 77% de respuestas buenas, mientras que en la prueba de salida se obtuvo un 97% de respuestas acertadas, lo que significa un incremento del 20% en el conocimiento de este tema. En la segunda pregunta el 71% de las respuestas eran correctas en la prueba de entrada, mientras que en la prueba final el porcentaje fue de 78%, se logró un incremento del 7%. En la tercera pregunta se obtuvo un total de 55% de respuestas buenas en la prueba de entrada, mientras que en la prueba final un total del 69%, con lo que se obtuvo un incremento del 14%.

34 MARTÍNEZ MIGUELES, Miguel. *Un nuevo paradigma para la educación*.

En la segunda área, y a la pregunta ¿cuántas etapas de infección del VIH/Sida conoce usted?, el 63% de las respuestas de la prueba de entrada fueron acertadas, mientras que en la prueba de salida fue el 95%, aquí se incrementó en 32%. En la tercera área, acerca de las características del TARV, el 60% de las respuestas en la prueba de entrada fueron correctas, y en la prueba de salida fueron 77%, 17% más de respuestas correctas.

El cuarto rubro contiene dos preguntas. A la primera pregunta acerca de lo que significa el soporte emocional, el 87% de las respuestas fueron correctas en la prueba de entrada. En la prueba de salida se logró el 95%, por lo que se incrementó el 8%. Además, en la segunda pregunta de la misma área, acerca de las bases para un buen soporte emocional, el 73% de las respuestas del examen de entrada fueron correctas mientras que en el examen de salida el porcentaje fue de 96%, es decir, hubo un incremento del 23%.

Por último, la quinta área sobre los derechos de las PVVS tiene dos preguntas. En la primera: ¿qué normas garantizan los derechos de las PVVS?, se obtuvo un 45% de respuestas acertadas en la prueba de entrada, frente a 76% de la prueba final, con lo cual se ve un incremento del 31%. En la segunda pregunta, acerca de las formas de ejercer nuestros derechos, en la prueba de entrada se obtuvo el 66% de respuestas buenas y en la prueba de salida el 87%, lo que significa un incremento de 21%.

En general, después de los talleres de capacitación se incrementó el nivel de conocimiento de los participantes al inicio de los talleres de capacitación y al término de los mismos.

Se reconoce que el tipo de prueba para obtener la información presentada, al igual que en el 2004, está en relación básicamente a un nivel cognitivo, no se había considerado la aplicación de pruebas en períodos diferentes a lo largo de la intervención, para saber cuanto de la información incorporada se mantenía a lo largo de la experiencia de trabajo desarrollada. Sin embargo, en la supervisión y monitoreo de la intervención se identificó que los participantes mostraban buenos avances y resaltaban el tema de la adquisición de conocimientos básicos, actualizados e importantes para el rol que pudiera estar cumpliendo como PVVS, familiar o allegado.

Los éxitos alcanzados por el programa de capacitación 2004 y 2005, además de la naturaleza de los talleres, tienen que ver con la concepción educativa como forma de desarrollo humano. La concepción de capacitación como forma de desarrollo humano, puso énfasis en una orientación humanista, en la búsqueda de la promoción de lo humano, de su autorrealización. Es una concepción educativa que buscó que las PVVS, familiares y allegados, descubran su propia identidad, su situación personal, a tomar conciencia de sí mismos, comprenderse a fondo, a conocerse como personas, sus capacidades y deseos y, a partir de ahí, puedan trazar una vía de desarrollo personal, en armonía con sus semejantes³⁵.

CUADRO 13
CUADRO DE EVALUACIÓN 2005

PREGUNTAS	PRUEBA DE ENTRADA	PRUEBA DE SALIDA	DIFERENCIA
	RESPUESTAS BUENAS	RESPUESTAS BUENAS	
¿Qué formas de transmisión conoce Ud.?	77%	97%	+ 20%
¿Cuántas etapas de la infección del VIH/Sida conoce Ud.?	63%	95%	+ 32%
¿Las características del TARV? (tratamiento antirretroviral)	60%	77%	+ 17%
¿Qué significa soporte emocional para Ud.?	87%	95%	+ 8%
Para que se logre un buen soporte emocional es básico:	73%	96%	+ 23%
¿Qué normas garantizan los derechos de las PVVS?	45%	76%	+ 31%
Señale cuales son las formas de ejercer nuestros derechos	66%	87%	+ 21%
El virus del SIDA se transmite por:	71%	78%	+ 7%
Me protejo del virus del sida:	55%	69%	+ 14%

35 Ibídem.

2.4. ANÁLISIS DE CALIDAD

2.4.1. *Análisis de calidad de los talleres 2004*

Para la evaluación de la calidad en la actividad de capacitación, se elaboró un cuestionario de evaluación que fue aplicado al finalizar el taller. Este cuestionario contenía los siguientes temas:

- Tiempo empleado para el taller.
- Logro de objetivos.
- Satisfacción de las expectativas de los asistentes.
- Fomento de la participación del grupo asistente a través de la metodología.
- Calificación de la organización, logística, integración de grupo y ambiente.

La evaluación de los talleres realizados en Lima y provincias muestra un nivel alto de calificación, situación que refleja el éxito logrado por los aprendizajes logrados en los talleres.

En el caso de los talleres implementados en Lima, en su conjunto las áreas que contaron con un grado relativamente menor de satisfacción por parte de los beneficiarios fueron el “Tiempo empleado”, 62.7%, y el “Logro de objetivos”, 57.3%. Aunque la calificación es más baja en el segundo taller para el “Tiempo empleado” que tiene un puntaje del 53%, y en el “Logro objetivos” el puntaje es aún menor del 39%.

En las otras áreas, los talleres efectuados en Lima en promedio presentan calificaciones altas, las cuales fluctúan entre el 81.8% de “Utilidad del material didáctico”, 96% de “Integración del grupo”, 96.5% de “Organización del taller”, 96.7% de “Satisfacción de expectativas” y, el puntaje mayor logrado, de 97.5% en “Propicia participación por metodología”.

En el caso de los talleres realizados en provincia, las áreas que contaron con un grado menor de satisfacción por parte de los beneficiarios fueron el “Tiempo empleado”, 65%, y el “Logro de los objetivos”, 64.2%, siguiendo la tendencia de los talleres implementados en Lima.



En las otras áreas, en los talleres implementados en provincias, la calificación se eleva en forma considerable: 84.8% en “Utilidad de material didáctico”, 93.6% de “Organización del taller”, 93.8% “Integración del grupo”, 95.8% de “Satisfacción de expectativas” y el puntaje mayor logrado, de 97.8%, en “Propicia participación por metodología”.

En el caso de los talleres de provincia los resultados obtenidos fueron sumamente alentadores, pues había una expectativa mucho mayor de la población afectada por participar en espacios de capacitación ante la carencia de información en sus zonas y en general, al tratarse de ciudades del interior del país, en el tema educativo se identifica una mayor necesidad de información ante los limitados recursos de acceso a la misma.

CUADRO 13
INFORME DE CALIDAD PERÍODO 2004

TALLERES LIMA	NIVEL DE ACEPTACIÓN									
	TIEMPO EMPLEADO	LOGRO DE OBJETIVOS	SATISFACCIÓN DE EXPECTATIVAS	PROPICIA PARTICIPACIÓN POR METODOLOGÍA	UTILIDAD MATERIAL DIDÁCTICO	ORGANIZACIÓN DEL TALLER	INTEGRACIÓN DEL GRUPO	TOTAL		
1º TALLER Julio Via Libre	67%	51%	96%	98%	86%	100%	100%	85.4%		
2º TALLER	53%	39%	97%	95%	73%	95%	97%	78.4%		
4º TALLER	51%	53%	96%	98%	87%	99%	99%	83.3%		
6º TALLER	75%	69%	98%	98%	94%	99%	100%	90.4%		
7º TALLER	72%	73%	98%	98%	75%	86%	80%	83.1%		
9º TALLER	58%	59%	98%	98%	76%	100%	100%	84.1%		
TOTAL	62.7%	57.3%	96.7%	97.5%	81.8%	96.5%	96%	84.1%		

TALLERES PROVINCIAS 2004	NIVEL DE ACEPTACIÓN							
	TIEMPO EMPLEADO	LOGRO DE OBJETIVOS	SATISFACCIÓN DE EXPECTATIVAS	PROPICIA PARTICIPACIÓN POR METODOLOGÍA	UTILIDAD MATERIAL DIDÁCTICO	ORGANIZACIÓN DEL TALLER	INTEGRACIÓN DEL GRUPO	TOTAL
3º TALLER Iquitos	59%	65%	92%	97%	91%	94%	93.8%	84.5%
5º TALLER Ica	52%	54%	100%	98%	88%	84%	88%	80.6%
8º TALLER Chimbote	68%	77%	97%	97%	85%	100%	100%	89.1%
10º TALLER Trujillo	82%	73%	100%	97%	85%	100%	97%	90.6%
11º TALLER Piura	67%	52%	90%	100%	75%	90%	90%	80.6%
TOTAL	65.6%	64.2%	95.8%	97.8%	84.8%	93.6%	93.8%	85.1%

2.4.2. Análisis de calidad de los talleres 2005

Las evaluaciones realizadas por los participantes de los talleres de Lima y provincia en 2005 siguieron las mismas tendencias positivas señaladas para 2004.

Los talleres realizados en Lima durante 2005, en promedio tuvieron una evaluación relativamente menor las áreas referidas a “Tiempo empleado”, 67.6%; “Logro de objetivos”, 70.3%. La calificación más baja se obtuvo en el tercer taller de 55% en “Tiempo empleado” y el cuarto taller de 44% en “Logro de objetivos”.

En las otras áreas, los talleres efectuados en Lima en promedio presentan calificaciones altas, las cuales varían desde un 85.4% en “Utilidad del material didáctico”, 97.2% en “Satisfacción de expectativas”, 97.4% en “Propicia participación por metodología”, 98.8% en “Integración del grupo” y 99.1% en “Organización del Taller”.

En el caso de los talleres realizados en provincia, en promedio las áreas que contaron con un grado menor de satisfacción por parte de los beneficiarios fueron el “Tiempo empleado”, 51.3% y el “Logro de los objetivos”, 55.1%, siguiendo la tendencia de los talleres implementados en Lima. Puntajes más bajos se observan en el primer taller realizado en el Cusco, con un 45% de calificación en “Tiempo empleado” y en el segundo taller realizado en Cusco, con una calificación de 52% en el “Logro de los objetivos”.

En las otras áreas, los talleres implementados en provincias, en promedio la calificación se mejora de manera considerable: 86% en “Utilidad de material didáctico”, 94% de “organización del Taller”, 95% en “Integración del grupo”, 95.8% de “Propicia participación por metodología” y el 96.1% en “Satisfacción de expectativas”.

Los talleres de capacitación realizados en 2004 y 2005, presentan resultados alentadores, pues se logró la participación de un número mayor de lo programado; además el grado de satisfacción de estos fue positivo.

Las altas evaluaciones obtenidas reflejan la concepción de la capacitación que se buscó implementar. El rubro de “Satisfacción de expectativas” da cuenta de la importancia que se le dio al área afectiva como un componente central en

el proceso de aprendizaje-enseñanza, se buscó crear lazos afectivos adecuados que puedan propiciar, mejorar el desarrollo de los procesos cognoscitivos.

El rubro de “Propicia participación por metodología” subraya la idea, señalada anteriormente, que son los PVVS, familiares y allegados los que construyen el proceso de aprendizaje-enseñanza a partir de sus experiencias y conocimientos disponibles. Quienes dirigen los talleres son los facilitadores, los que favorecen el desarrollo de una dinámica colectiva y participativa de construcción cognoscitiva.

En los rubros “Organización del taller” e “Integración del grupo”, de la misma manera como se subrayó anteriormente, refleja la importancia que se estableció en el proceso cognoscitivo de los talleres a la cooperación, el trabajo grupal y la dinámica de grupo como medio para desarrollar un conocimiento múltiple y diverso, que recoja las experiencias y prácticas múltiples de los participantes.

El rubro “Utilidad del material didáctico” permitió que los participantes, mediante los instrumentos alcanzados, desarrollen una labor creadora; es decir, propició una imagen innovadora de los talleres como espacios donde los participantes a través del material alcanzado “descubrían” conocimientos ya existentes, fomentando el autoaprendizaje de las PVVS, familiares y allegados.

En términos generales, en los dos años de la ejecución de la intervención se obtuvo resultados positivos respecto a los talleres de capacitación. Sin embargo, para una primera fase de desarrollo del proyecto del Fondo Global se tenía muchas expectativas que cumplir y sobre todo frente a una necesidad importante de información y capacitación de parte de la población afectada que por las diferencias de las realidades de cada zona hacia más complicado los procesos de educación.

Un aspecto positivo en todo este proceso fue la coordinación y participación permanente de los equipos de las estrategias sanitarias de ITS y VIH/Sida de las diferentes Disa y Diresa, que estuvieron presentes desde la convocatoria y en la etapa de preparación de los módulos de capacitación aportaron de forma activa. También participaron activamente miembros de las poblaciones a las que se tenía que capacitar y por ello se contaba con dos representantes comunitarios en el equipo de gestión del proyecto y formaban parte de los equipos capacitadores.

CUADRO 15
INFORME DE CALIDAD 2005

TALLERES LIMA	NIVEL DE ACEPTACIÓN						
	TIEMPO EMPLEADO	LOGRO DE OBJETIVOS	SATISFACCIÓN DE EXPECTATIVAS	PROPICIA PARTICIPACIÓN LA METODOLOGÍA	UTILIDAD MATERIAL DIDÁCTICO	ORGANIZACIÓN DEL TALLER	INTEGRACIÓN DEL GRUPO
1º TALLER	74%	100%	100%	98%	88%	100%	98%
2º TALLER	72%	98%	89%	94%	57%	100%	100%
3º TALLER	55%	52%	93%	98%	86%	100%	100%
4º TALLER	62%	44%	97%	91%	91%	91%	91%
5º TALLER	74%	91%	100%	100%	91%	100%	100%
6º TALLER	73%	59%	98%	90%	76%	100%	98%
7º TALLER	58%	65%	97%	100%	97%	100%	100%

TALLERES LIMA	NIVEL DE ACEPTACIÓN						
	TIEMPO EMPLEADO	LOGRO DE OBJETIVOS	SATISFACCIÓN DE EXPECTATIVAS	PROPICIA PARTICIPACIÓN LA METODOLOGÍA	UTILIDAD MATERIAL DIDÁCTICO	ORGANIZACIÓN DEL TALLER	INTEGRACIÓN DEL GRUPO
8º TALLER*	69%	69%	99%	99%	91%	97%	97%
9º TALLER	59%	52%	100%	96%	81%	100%	100%
10º TALLER**	81%	79%	98%	100%	81%	100%	100%
11ª TALLER	64%	60%	100%	100%	86%	100%	100%
12º TALLER	64%	70%	93%	100%	98%	100%	100%
13º TALLER	74%	76%	100%	100%	87%	100%	100%
TOTAL	67.6%	70.3%	97.2%	97.4%	85.4%	99.1%	98.8%

* No programado inicialmente en el Plan Operativo. Se había programado uno en provincia para el mes de junio.

** No programado inicialmente en el Plan Operativo.

TALLERES PROVINCIAS	NIVEL DE ACEPTACIÓN						INTEGRACIÓN DEL GRUPO
	TIEMPO EMPLEADO	LOGRO DE OBJETIVOS	SATISFACCIÓN DE EXPECTATIVAS	PROPIA PARTICIPACIÓN POR METODOLOGÍA	UTILIDAD MATERIAL DIDÁCTICO	ORGANIZACIÓN DEL TALLER	
1º TALLER Chiclayo	45%	53%	96%	90%	80%	68%	67%
2º TALLER* Cuzco	40%	52%	96%	88%	88%	100%	96%
3º TALLER Cerro de Pasco	74%	50%	95%	92%	79%	84%	97%
4º TALLER** Huanuco	89%	64%	100%	100%	86%	100%	100%
5º TALLER*** Huancayo	0%	59%	96%	98%	92%	100%	100%
6º TALLER TACNA	64%	56%	100%	100%	88%	100%	100%
TALLERES PROVINCIAS	NIVEL DE ACEPTACIÓN						INTEGRACIÓN DEL GRUPO
	TIEMPO EMPLEADO	LOGRO DE OBJETIVOS	SATISFACCIÓN DE EXPECTATIVAS	PROPIA PARTICIPACIÓN POR METODOLOGÍA	UTILIDAD MATERIAL DIDÁCTICO	ORGANIZACIÓN DEL TALLER	
7º TALLER AREQUIPA	33%	57%	90%	98%	83%	100%	100%
8º TALLER AYACUCHO	65%	50%	96%	100%	92%	100%	100%
TOTAL	51.3%	55.1%	96.1%	95.8%	86%	94%	95%

* No programado inicialmente en el Plan Operativo.

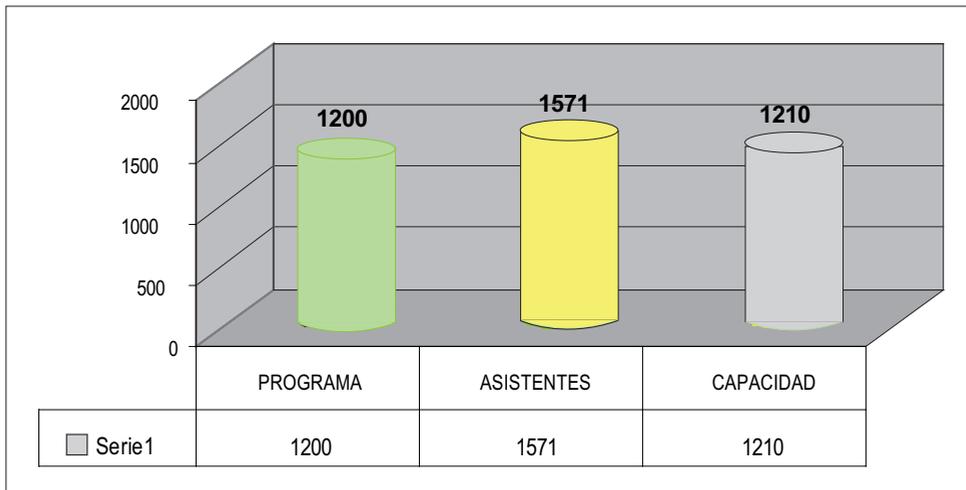
** No programado inicialmente en el Plan Operativo.

*** En este taller estuvieron programados 35 personas según el Plan Operativo. Sin embargo, en el informe se detalla 50 como programados.

2.5. METAS ALCANZADAS Y PRODUCTOS OBTENIDOS

El programa de capacitación realizado en los años 2004 y 2005 cumplió adecuadamente con el indicador clave establecido: se programó una meta de 1200 PVVS, familiares y allegados. Se tuvo una convocatoria de 1571 personas en Lima y las ciudades del interior del país, de las cuales se logró como resultado final una capacitación de 1210 personas.

GRÁFICO 10
METAS Y RESULTADOS OBTENIDOS EN PERSONAS CAPACITADAS



CUADRO 16
METAS Y RESULTADOS DE LOS MATERIALES

MATERIALES PROGRAMADOS		EJECUTADO	PORCENTAJE DE AVANCE
MATERIAL	NÚMERO		
Manual	1300	1200 manuales impresos*	92%
Módulo	100	500 módulos	500%
NO PROGRAMADO		500 CD	

* Que se reprogramó, debido que la meta establecida de capacitados era 1200 y de esta forma se utilizó de manera más eficiente los recursos para materiales adicionales que acompañaron las capacitaciones.

En relación con el material destinado para los talleres del programa de capacitación 2004 y 2005, se estableció una meta de 1300 manuales y de 100

módulos. Se ejecutó la entrega de 1200 manuales impresos, que representa el 92%, y 500 módulos, que representa un 500% de lo planeado. Asimismo, se repartieron 500 CD, que no estuvieron programados. En suma, el material que acompañó al programa de capacitación en 2004 y 2005 cumplió con amplitud lo establecido como metas.

MATERIALES PRODUCIDOS EN EL OBJETIVO DE TRABAJO



Modelos de los materiales educativos producidos en el marco de trabajo de capacitación.

3. LA EXPERIENCIA EN UNA SEGUNDA FASE DE INTERVENCIÓN

Esta segunda fase de intervención comprende los años 2006 y 2007. En Lima se realizaron un total de 48 talleres en los dos años que duró la segunda etapa, mientras que en provincias se realizaron 42 talleres.

CUADRO 18
TALLERES REALIZADOS

LUGAR	TALLERES 2006	TALLERES 2007
	Nº TOTAL	Nº TOTAL
LIMA	26	22
PROVINCIAS	21	21

3.1. LOS BENEFICIARIOS

Durante la segunda fase de intervención se consideró como beneficiarios a las PVVS, familiares y allegados que participaron del taller cumpliendo con los requisitos establecidos previamente, los cuales son:

- Participación constante en el taller, de inicio a fin.
- Llenado de prueba de entrada y salida.

Distribución según identidad social:

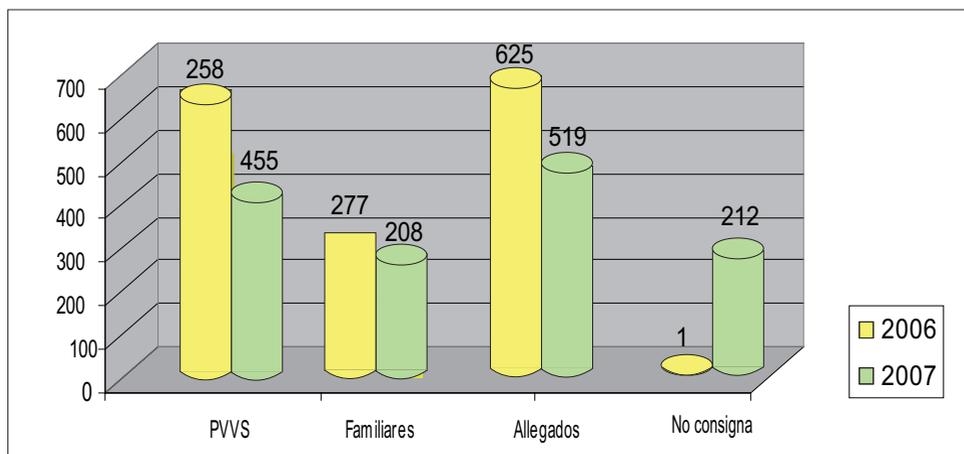
A diferencia de la primera fase de intervención, durante este período hubo una cierta similitud entre las cifras de PVVS y los allegados; aunque diferenciado del número de PVVS en sólo 2% en el caso del año 2006 donde las PVVS fueron un 40% del total de participantes frente a un 42% de allegados. En el 2007 podemos observar que la forma se invierte y esta vez, los allegados representan el 37% del total de beneficiarios, frente a un 33% de PVVS.

Las PVVS y allegados fueron quienes más participaron en los talleres, pues tanto en la primera fase de intervención, como durante este período de tiempo ambas poblaciones fueron mayoritarias. En el caso de los familiares, presentaron una cifra menor de participación, 18% para el 2006 y 15% para el 2007, sin dejar de ser representativa.

CUADRO 19
CATEGORÍA DE PARTICIPANTES EN LOS TALLERES POR AÑOS

CATEGORÍA	2006		2007	
	Nº	%	Nº	%
PVVS	598	40%	455	33%
Familiares	277	18%	208	15%
Allegados	625	42%	519	37%
No consigna	1	0.06%	212	15%
TOTAL	1501	100%	1394	100%

GRÁFICO 11
DISTRIBUCIÓN SEGUN IDENTIDAD SOCIAL
2006-2007



Con respecto a la procedencia de los beneficiarios, podemos ver que más del 50% o incluso más del 60%, en el caso del año 2006, proceden de la capital. De los 1501 participantes del año 2006, 913 provienen de la ciudad de Lima, representando el 60.8% del total de participantes seguido por Loreto con una cantidad de 78 participantes que representa el 5.2%.

El año 2007, de los 1394 participantes, 723 provienen de la ciudad de Lima, lo que representa el 51.9% del total del participantes, seguido de Loreto con un 15.8%. Hay que tener en cuenta las migraciones hacia las principales ciudades de nuestro país, ya que muchos de los beneficiarios no son originarios de la ciudad en la que viven.

CUADRO 20
 PROCEDENCIA DE LOS PARTICIPANTES EN LOS TALLERES DE
 CAPACITACIÓN POR AÑOS

PROCEDENCIA	2006		2007	
	Nº	%	Nº	%
Ancash	40	2.7	3	0.2
Amazonas	13	0.9	0	0.0
Apurímac	1	0.1	0	0.0
Arequipa	38	2.5	1	0.1
Ayacucho	0	0.0	31	2.2
Cajamarca	1	0.1	16	1.1
Callao	0	0.0	19	1.4
Cusco	8	0.5	9	0.6
Huánuco	18	1.2	3	0.2
Ica	58	3.9	5	0.4
Junín	26	1.7	16	1.1
La Libertad	20	1.3	45	3.2
Lambayeque	29	1.9	90	6.5
Lima	913	60.8	723	51.9
Loreto	78	5.2	220	15.8
Madre de Dios	27	1.8	0	0.0
Moquegua	24	1.6	0	0.0
Pasco	2	0.1	27	1.9
Piura	62	4.1	34	2.4
Puno	25	1.7	1	0.1
San Martín	1	0.1	58	4.2
Tacna	11	0.7	1	0.1
Tumbes	67	4.5	0	0.0
Ucayali	30	2.0	56	4.0
Otros países	0	0.0	7	0.5
No consigna	6	0.4	29	2.1
No hay ficha	3	0.2	0	0.0
TOTAL	1501	100.0	1394	100.0

Con las cifras mostradas se observa claramente un mayor número de personas provenientes de la ciudad de Lima, esto aparentemente denotaría un mayor involucramiento de ellas; pero la realidad es que se planteó un mayor número de talleres en la ciudad de Lima; además se planificó contar con 40 personas como mínimo para cada uno de los talleres, en el caso de provincias el número de talleres programados fue menor, considerándose como mínimo a 20 personas para cada uno de los talleres.

Distribución según sexo:

La participación de los beneficiarios en los talleres en relación con el sexo, muestra una variación porcentual de año a año, pues las cifras se invierten del 2006 al 2007, como veremos a continuación.

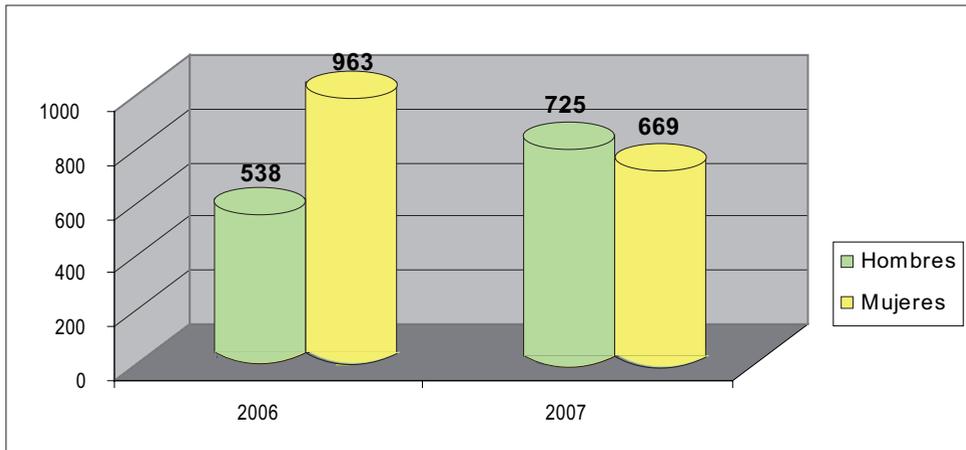
En 2006, las participantes mujeres fueron 963 frente a unas 538 personas del sexo masculino, que representan el 64% y 36% respectivamente de la población total. En el año 2007 las cifras se invierten y la mayoría está representada por varones, que siendo 725 de los 1394 participantes, representan el 52% de la totalidad de beneficiarios, frente a 669 beneficiarias del sexo femenino que representan el 48% del total.

En los talleres se reconoció que del grupo de familiares los que participan son principalmente mujeres, en tanto que del grupo de allegados se observó una mayor participación masculina. Por otro lado, en el caso de las PVVS aún se presenta una participación en mayor porcentaje del sexo masculino, lo cual es acorde a las estadísticas de casos de VIH/Sida.

CUADRO 21
PARTICIPANTES EN TALLERES SEGÚN SEXO POR AÑOS

SEXO	2006		2007	
	Nº	%	Nº	%
Masculino	538	35.8%	725	52.0%
Femenino	963	64.2%	669	48.0%
TOTAL	1501	100.0%	1394	100.0%

GRÁFICO 12
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO



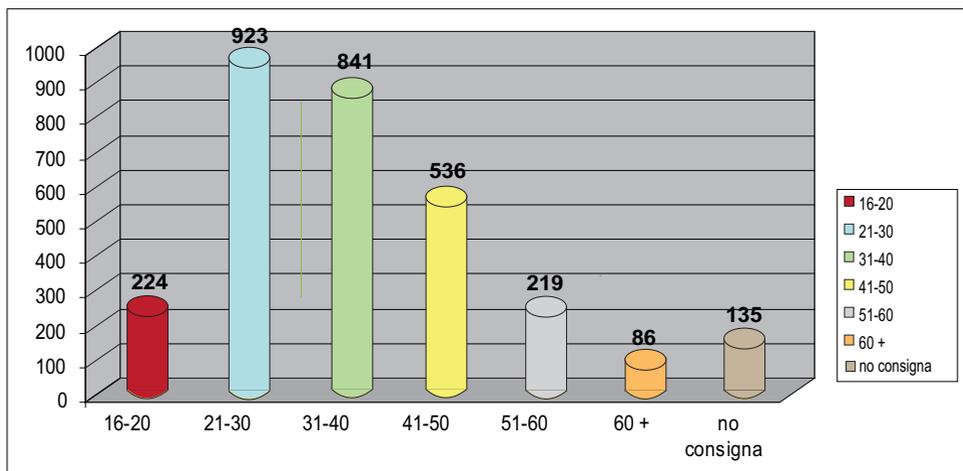
Distribución según edad:

El mayor rango estuvo entre los mayores de 21 años de edad, 428 y 431 personas que fueron el 28% y 30% del total para los años 2006 y 2007 respectivamente. Adicionalmente se observa que el menor número de beneficiarios se encuentra en las personas de entre 15 y 19 años de edad. Lo contrario ocurrió en la primera fase de intervención donde podemos ver que el menor grado de concentración estaba entre las personas mayores de 60 años.

CUADRO 22
PARTICIPANTES EN TALLERES SEGÚN EDAD POR AÑOS

EDAD	2006		2007	
	Nº	%	Nº	%
16 a 20 años	47	3,1	107	7,7
21 a 30 años	428	28,5	431	30,9
31 a 40 años	400	26,6	397	28,5
41 a 50 años	343	22,9	252	18,1
51 a 60 años	187	12,5	103	7,4
→ 60 años	62	4,1	41	2,9
No consigna	34	2,3	63	4,5
TOTAL	1501	100,0	1394	100,0

GRÁFICO 13
DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD
2006-2007



Distribución según estado civil:

Entre los beneficiarios se puede ver que se contó mayoritariamente con personas solteras en los dos años, 2006 y 2007, 43% y 46% respectivamente. En segundo lugar vemos que en el 2006 prevalecen las personas casadas (24%), mientras que en el 2007 son las convivientes (21%).

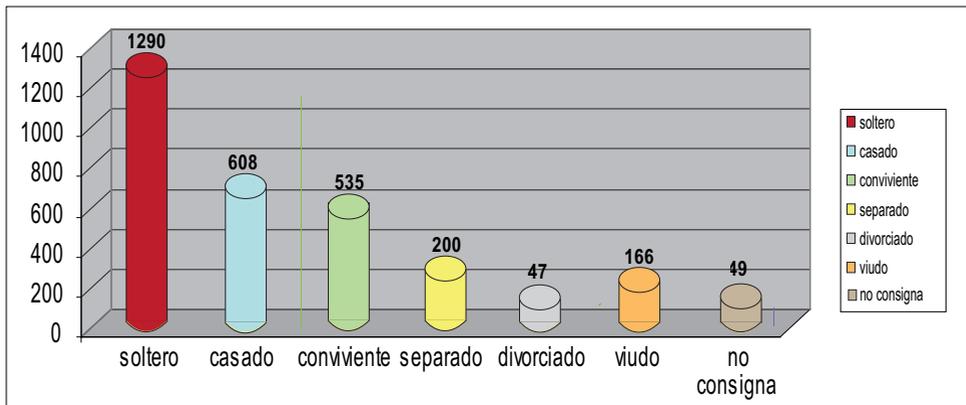
Estas cifras, en alguna medida, coinciden con las de la primera fase, aunque la comparación no puede ser exacta debido a que durante este período se categorizó uniéndose la condición de soltería con viudez y la condición de casado con viudez, muy por el contrario, en el último período cada categoría se encontró completamente diferenciada.

Pero, en general, se asume que los beneficiarios en su mayoría son solteros, mostrándose como una explicación tentativa el hecho de que al no contarse con mayor carga familiar, estas personas pueden desempeñar con mayor libertad el rol de agentes de soporte, por su mayor disponibilidad de tiempo, entre otras cosas.

CUADRO 20
PARTICIPANTES EN TALLERES SEGÚN ESTADO CIVIL POR AÑOS

ESTADO CIVIL	2006		2007	
	Nº	%	Nº	%
Soltero(a)	652	43,4	638	45,8
Conviviente	245	16,3	290	20,8
Separado	105	7,0	95	6,8
Casado (a)	364	24,3	244	17,5
Divorciado (a)	14	0,9	33	2,4
Viudo (a)	105	7,0	61	4,4
No consigna	16	1,1	33	2,4
TOTAL	1501	100,0	1394	100,0

GRÁFICO 14
DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL
2006-2007



Distribución según grado de instrucción:

El requisito básico para los participantes fue el de saber, mínimamente, leer y escribir; es decir, que sean personas alfabetas y mayores de edad. Las cifras obtenidas muestran, al igual que en la primera fase, que el mayor número de beneficiarios de los talleres tenían un grado de instrucción secundario, 39% para 2006 y 35% para 2007. Sigue el grado superior con 26% en 2006 y 33% en 2007.

CUADRO 21
PARTICIPANTES EN TALLERES SEGÚN NIVEL EDUCATIVO POR AÑOS

NIVEL EDUCATIVO	2006		2007	
	Nº	%	Nº	%
Primaria	189	12,6	203	14,6
Secundaria	585	39,0	488	35,0
Superior	394	26,2	465	33,4
Técnica	226	15,1	161	11,5
Superior técnica	53	3,5	4	0,3
FFAA - PNP	20	1,3	16	1,1
No consigna	34	2,3	57	4,1
TOTAL	1501	100,0	1394	100,0

3.2. ANÁLISIS DE RECEPTIVIDAD

3.2.1. Análisis de la receptividad de los talleres 2006

En 2006 se realizaron 47 talleres, 26 en Lima y 21 en diferentes ciudades de provincia. En ellos se logró capacitar a 1501 personas, de las cuales 598 eran PVVS, 277 familiares y 625 allegados, sobrepasando la meta de las 1210 personas capacitadas para el primer año.

En relación con las calificaciones obtenidas por los participantes en las evaluaciones de entrada y de salida, los resultados son exitosos. En las primeras pruebas de entrada se podía observar que en promedio los beneficiarios respondían acertadamente a las pregunta sobre vías de transmisión del VIH en un 84%, mientras que en la prueba de salida se muestra un incremento del 5%, es decir de 89%. Acerca de las formas de protección contra el VIH con un 88% de respuestas buenas, obteniendo al final del taller un 93%. Sobre la adherencia, obtuvieron un 67% de respuesta buenas frente a un 83% de respuestas buenas al final del taller, lo que significa un incremento de 16%. En relación con el soporte emocional, con un 72% de respuestas buenas se logró un incremento de 13% en la prueba de salida llegando a tener 85%. Por último, acerca de los documentos o leyes que organizan los derechos de las personas con VIH, obtuvieron 23% de respuestas acertadas y en la prueba de salida un 42%, lo que significa un incremento de 19%.

Con esto podemos ver que el éxito del programa se relaciona con el desarrollo de los talleres que permitieron el despliegue de metodologías de aprendizaje y enseñanza a ser aplicadas sobre experiencias particulares en búsqueda de soluciones a problemas como los que enfrenta la PVVS.

CUADRO 22
CUADRO DE EVALUACIÓN 2006

PREGUNTAS	PRUEBA DE ENTRADA	PRUEBA DE SALIDA	DIFERENCIA
	RESPUESTAS BUENAS	RESPUESTAS BUENAS	
¿Cuáles son las vías por las que se transmite el VIH?	84%	89%	+ 5%
¿Cuál es la mejor manera de protegerse del VIH?	88%	93%	+ 5%
¿Qué es la adherencia?	67%	83%	+ 16%
Elija la alternativa que mejor describa lo que es “soporte emocional”	72%	85%	+ 13%
¿Qué documentos y/o ley organiza los derechos de las PVVS?	23%	42%	+ 19%

3.2.2. Análisis de la receptividad de los talleres en 2007

En 2007 se realizaron 43 talleres, 22 en Lima y 21 en diferentes ciudades de provincia. En estos talleres se logró capacitar a 1394 personas, de las cuales 455 eran PVVS, 208 familiares y 519 allegados y no consignaron ficha 212. Se sobrepasó la cantidad de personas capacitadas del año anterior.

Las calificaciones obtenidas por los beneficiarios en las evaluaciones muestran resultados exitosos, al igual que el año anterior. En la prueba de entrada las respuestas correctas acerca de las vías de transmisión del VIH fueron de 79%, y al final del taller con un 89% (10% más). Acerca de las formas de protección contra el VIH se notó un 85% de respuestas acertadas, y al final del taller se llegó un 92%. Sobre la adherencia, obtuvieron un 56% de respuesta buenas frente a un 76% del taller, lo que significa un incremento de 20%. En relación con el soporte emocional, hubo un 62% de respuestas buenas que se incrementó en 18% en la prueba de salida, llegando a tener 80% de respuestas buenas. Por

último, acerca de los documentos o leyes que organizan los derechos de las personas con VIH, obtuvieron 22% de respuestas acertadas, en la prueba de salida tuvieron un 42% de respuestas concretas, lo que significa un incremento de 20%.

CUADRO 23
CUADRO DE EVALUACIÓN 2007

PREGUNTAS	PRUEBA DE ENTRADA	PRUEBA DE SALIDA	DIFERENCIA
	RESPUESTAS BUENAS	RESPUESTAS BUENAS	
¿Cuáles son las vías por las que se transmite el VIH?	79%	89%	+ 10%
¿Cuál es la mejor manera de protegerse del VIH?	85%	92%	+ 7%
¿Qué es la “Adherencia”?	56%	76%	+ 20%
Elija la alternativa que mejor describa lo que es “Soporte Emocional”	62%	80%	+ 18%
¿Qué documentos y/o ley organiza los derechos de las PVVS?	22%	42%	+ 20%

3.3. ANÁLISIS DE CALIDAD

3.3.1. Análisis de calidad de los talleres 2006

La evaluación de los talleres realizados en Lima y provincias muestra un alto nivel de calificación, situación que refleja el éxito logrado por los aprendizajes logrados en los talleres.

En cuanto a los talleres implementados en Lima, todas las áreas mostraron un porcentaje superior al 90%, lo que demuestra el alto grado de satisfacción general. Incluso mucho de los rubros tiene en sus calificaciones porcentajes del 100% en varios de los meses en que se desarrollaron los talleres. El área más baja es la de “Utilidad de material didáctico” con 91% de aprobación en los talleres realizados en el mes de julio de 2006. El área de “Satisfacción de expectativas” es la que ha recibido calificaciones de 100% durante los meses que comprendieron los talleres de 2006.

Por otro lado, en el caso de los talleres de provincias, las áreas que tuvieron menor aceptación fueron “Utilidad de material didáctico” y “Propicia participación de la metodología”. Aún a pesar de ser las áreas con más bajos puntajes, mantiene su nivel porcentual por sobre el 90% de la aprobación, lo que da cuenta del éxito que se pudo alcanzar. En el caso del área que mayor puntaje porcentual alcanzó, el de “Satisfacción de expectativas”, en muchos de los meses en los que se realizó la encuesta tiene como puntaje el 100% de aprobación. El área de organización del taller mantiene su promedio también por encima de los 90%, aunque en el mes de octubre se presentó un porcentaje de 92%.

En el caso de los talleres de provincia los resultados que se obtuvieron fueron sumamente alentadores, al igual que en años anteriores, hay una respuesta mayor de necesidad de información también mayor en el caso de ciudades del interior del país.

CUADRO 24
INFORME DE CALIDAD PERÍODO 2006

NIVEL DE ACEPTACIÓN				
TALLERES LIMA	SATISFACCIÓN DE EXPECTATIVAS	PROPICIA PARTICIPACIÓN DE LA METODOLOGÍA	UTILIDAD MATERIAL DIDÁCTICO	ORGANIZACIÓN DEL TALLER
1º TALLER	98%	100%	93%	95%
2º TALLER	100%	96%	96%	96%
3º TALLER	99%	100%	97%	98%
4º TALLER	98%	99%	96%	99%
5º TALLER	100%	99%	93%	95%
6º TALLER	100%	97%	91%	99%
7º TALLER	99%	98%	98%	98%
8º TALLER	100%	99%	100%	100%
9º TALLER	100%	100%	100%	100%
10º TALLER	100%	95%	100%	100%
11º TALLER	100%	100%	0%	0%

NIVEL DE ACEPTACIÓN				
TALLERES PROVINCIAS	SATISFACCIÓN DE EXPECTATIVAS	PROPICIA PARTICIPACIÓN DE LA METODOLOGÍA	UTILIDAD MATERIAL DIDÁCTICO	ORGANIZACIÓN DEL TALLER
1º TALLER	100%	98%	92%	100%
3º TALLER	97%	96%	93%	96%
4º TALLER	99%	96%	90%	97%
5º TALLER	100%	92%	92%	95%
6º TALLER	100%	91%	94%	98%
8º TALLER	100%	100%	100%	99%
9º TALLER	100%	98%	96%	92%

3.3.2. Análisis de calidad de los talleres 2007

Las evaluaciones realizadas por los participantes de los talleres de Lima y provincia en 2007 siguieron las mismas tendencias positivas señaladas para el 2006. Los talleres realizados en Lima durante 2007 tuvieron una evaluación relativamente más baja que la de 2006, podemos ver que en los primeros meses de realizados los talleres se tienen promedios porcentuales de 39% y 30% en el área de “Utilidad del material didáctico” en los dos primeros talleres, con lo que el promedio general baja.

El área de “Propicia participación de metodología” obtuvo su más bajo nivel en el segundo taller del mes de marzo con un 83% de aceptación, y su nivel más alto en los talleres 9 y 10 con un 100% de la aprobación total.

Como se puede observar, en los talleres, tanto en Lima con en provincias, se ve un incremento considerable conforme pasan los meses y se van realizando los talleres.

En general, la segunda fase del proyecto presentó resultados exitosos ya que se logró superar ampliamente la participación de beneficiarios, logrando además un alto grado de satisfacción en relación al desarrollo de los talleres.

CUADRO 25
INFORME DE CALIDAD PERÍODO 2007

NIVEL DE ACEPTACIÓN				
TALLERES LIMA	SATISFACCIÓN DE EXPECTATIVAS	PROPICIA PARTICIPACIÓN DE LA METODOLOGÍA	UTILIDAD MATERIAL DIDÁCTICO	ORGANIZACIÓN DEL TALLER
1º Taller	97%	97%	39%	97%
2º Taller	87%	83%	30%	97%
4º Taller	91%	97%	97%	97%
5º Taller	92%	94%	94%	81%
6º Taller	91%	91%	62%	91%
7º Taller	96%	99%	95%	90%
8º Taller	90%	97%	94%	87%
9º Taller	96%	100%	0%	0%
10º Taller	100%	100%	93%	100%

* En el mes de octubre hay resultados de 0% porque ninguno de los participantes contestó esa pregunta.

NIVEL DE ACEPTACIÓN				
TALLERES PROVINCIAS	SATISFACCIÓN DE EXPECTATIVAS	PROPICIA PARTICIPACIÓN DE LA METODOLOGÍA	UTILIDAD MATERIAL DIDÁCTICO	ORGANIZACIÓN DEL TALLER
1º Taller mes de febrero	92%	92%	24%	88%
5º Taller mes de junio	95%	96%	96%	96%
7º Taller mes de agosto	95%	96%	91%	81%
8º Taller mes de setiembre	75%	82%	83%	78%
9º Taller mes de octubre	87%	88%	0%	0%





IV PARTE DE LA REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA AL APRENDIZAJE POSTERIOR

Luego de la culminación de las dos fases del programa, tanto la primera fase (2004-2005) como la segunda fase (2006-2007), y con la ayuda de la información recopilada sobre la calidad de los talleres, el análisis de receptividad de los mismos por parte de las PVVS, familiares y allegados, cifras de participación y demás datos de importancia para el programa, a continuación presentamos las conclusiones a las que se han podido arribar, así como las lecciones aprendidas y las consiguientes recomendaciones.

1. CONCLUSIONES

- ✓ Se ha logrado mejorar el acceso de las PVVS a una atención integral de salud demostrando que las diferentes intervenciones planteadas y la sinergia entre ellas han sido pertinentes y efectivas.
- ✓ La adquisición de conocimientos en salud integral y soporte emocional en relación al VIH/Sida han permitido incrementar el acceso de las PVVS a una atención integral de salud.
- ✓ La metodología participativa utilizada en los talleres ha contribuido con la necesidad de contar o definir la referencia y contrarreferencia para los casos de VIH/Sida de acuerdo a la realidad particular de cada región y localidad.
- ✓ Esta metodología participativa ha permitido también entender que si en una comunidad no hay casos de VIH/Sida es necesario que todos los actores involucrados incorporen en su quehacer el aspecto preventivo promocional.
- ✓ La intervención ha mostrado evidencias claras de que las estrategias utilizadas han contribuido con mucha efectividad al logro de un mayor acceso

a la atención integral de salud. Estas estrategias son: desarrollo de capital social, desarrollo de capacidades, sinergia, relacionamiento y complementariedad con las contrapartes técnicas.

- ✓ Se ha contribuido a una mayor participación activa de las PVVS. Se ha logrado promover mayor acceso a una mejor atención integral de salud que implica tanto el aspecto médico, clínico y social, así como el mayor reconocimiento de su derechos, pero actualmente también de sus deberes.
- ✓ Las PVVS, familiares y allegados tienen mayor conciencia sobre el tema de la adherencia, pues contribuye a tener mejor calidad de vida, lo que se puede apreciar en la reinserción a la vida cotidiana, en una mejor estabilidad emocional y en la adopción de un mejor estilo de vida saludable por parte del afectado.
- ✓ La metodología participativa de los talleres ha sido adecuada por involucrar a las PVVS en todo el proceso de su desarrollo y porque permite tener el aporte de la comunidad afectada.
- ✓ La facilitación de espacios de capacitación, bajo la modalidad de taller, es positiva para la transmisión de información y se logra promover un nivel educativo a través de las diferentes dinámicas participativas para que la incorporen a su conocimiento y comportamientos.
- ✓ Hay una expectativa mayor de acceder a espacios de capacitación por parte de la gente del interior del país, porque aún existen limitaciones para que pueda acceder a información y educación.
- ✓ La totalidad de los aspectos tratados en los eventos de capacitación ha contribuido a mejorar la percepción, información y fortalecimiento de los participantes: PVVS, familiares y allegados.
- ✓ La participación de las PVVS en la intervención ha sido fundamental porque ha permitido conocer las necesidades reales a partir de las cuales se ha podido trabajar las actividades propuestas.
- ✓ Las reuniones de gestión y retroalimentación han hecho posible planificar

de manera adecuada e inmediata las acciones que se tenían que implementar ya que periódicamente se realizó el seguimiento de los avances.

- ✓ La metodología utilizada permitió a los participantes intervenir con mayor fluidez y expresar con facilidad sus puntos de vista, opiniones y percepciones respecto a los logros del proyecto.
- ✓ El taller ha cumplido con los objetivos planteados; es decir, los participantes han logrado asumir y percibir cambios en relación a su percepción en torno a los temas planteados, como se ha revelado en los análisis de receptividad y calidad de los talleres.
- ✓ Se logró superar el número de beneficiarios programados al inicio del programa tanto en la primera fase como en la segunda, por lo que se incrementó también el número de talleres.
- ✓ El acceso a la información ha sido primordial a partir de la identificación de aliados en la zona de intervención que participaban en los talleres para fortalecer sinergias institucionales y promover un compromiso hacia una mejora en la calidad de servicios a las PVVS.
- ✓ La participación de más de 50 personas en un taller no permitía desarrollar metodológicamente las sesiones vivenciales, ni la construcción de nuevos saberes, y se convertía en un espacio informativo donde influye el nivel educativo de los participantes, su disposición y las habilidades para comunicar de los expositores y facilitadores. Sin embargo, es un tema fundamental que el consorcio cuidó, pues se habían establecido este tipo de metas en la propuesta del Fondo Global para la segunda fase.

2. LECCIONES APRENDIDAS

- ✓ Las propuestas de intervención en VIH/Sida que se enmarcan dentro de la dinámica de salud, tiene mayor respaldo político y aceptación y no es percibido por el personal de salud como una carga adicional.
- ✓ Basado en las evidencias, para garantizar el acceso de las PVVS a la aten-

ción integral de salud, debe ser sostenible en la medida en que forme parte de políticas públicas nacionales, regionales y locales que se cumplan y cuenten con el recurso económico necesario para su implementación.

- ✓ El respaldo y participación del Minsa es fundamental para realizar las acciones programadas, en razón al acceso a espacios y participación del personal de salud.
- ✓ Las estrategias de intervención para impulsar la lucha contra el VIH/Sida son más efectivas cuando se incorpora la formación y fortalecimiento de capital social, pues articula el acceso a los servicios de atención integral de salud con el ejercicio de ciudadanía, la suma de esfuerzos, la complementariedad y el empoderamiento de los actores.
- ✓ Es fundamental desarrollar capacidades en todos los actores que conforman el capital social porque facilita una mejor respuesta a la problemática del VIH/Sida.
- ✓ La participación e involucramiento de las PVVS es fundamental en la estrategia de intervención, por lo que es necesario promover su fortalecimiento como organización y transferirle capacidades para su empoderamiento.
- ✓ Los equipos multidisciplinarios también son una pieza clave en la atención integral de salud para las PVVS, por lo que cualquier estrategia de intervención en la lucha contra el VIH/Sida debe incorporarlos, promover su formación y desarrollar sus capacidades.
- ✓ Los equipos multidisciplinarios que rotan dificultan el trabajo porque no hacen las transferencias de capacidades a los nuevos que se integran. Ello ocasiona una mala atención a las PVVS, por esa razón y entendiendo que es una realidad permanente y de difícil solución, es necesario desarrollar estrategias de contingencia para contrarrestar esta situación.
- ✓ Las coordinaciones son fundamentales y necesarias no sólo con los niveles de decisión estratégica y política, sino también con los niveles operativos. Sólo así se garantiza sinergia, comunicación efectiva que genera resultados favorables.

- ✓ Los ejes temáticos como salud integral, soporte emocional y derechos humanos son temas motivadores que permiten trabajar la calidad de vida de las PVVS y afectados a través de un enfoque multidisciplinario.
- ✓ Contar con profesionales para la parte médica (salud integral) de la zona de intervención, permite unificar criterios, mensajes y tener una mayor claridad de los problemas que limitan los servicios de salud a las PVVS y no llevar discursos diferentes que puedan crear malestares entre los profesionales y los ponentes.
- ✓ La participación de PVVS con familiares y allegados dentro de un taller permite contar con espacios vivenciales que fortalecen los aprendizajes y construyen nuevos saberes a través de la convivencia.
- ✓ Contar con espacios para la parte vivencial de las PVVS permite desarrollar mejores estrategias de sensibilización.
- ✓ La flexibilidad en los horarios para el desarrollo de los talleres permitió establecer espacios diferenciados. Talleres de tres días de cuatro horas cada uno, o talleres de una sola sesión con ocho horas, tienen sus beneficios y desventajas. Podemos destacar que en el primero se puede trabajar más la parte vivencial y la construcción de nuevos saberes a partir de la convivencia, aunque esto implica más costo económico y participación parcial según la necesidad de los usuarios al asistir sólo a las sesiones que ellos crean conveniente. Mientras que en el taller de una sesión hay menos deserción de participantes y se puede culminar los objetivos de los ejes temáticos.

3. RECOMENDACIONES

- ✓ Desarrollar e implementar un programa de desarrollo de capacidades para las PVVS de tal manera que estas capacidades y habilidades les posibiliten mejores condiciones para aportar a nivel estratégico y operativo.
- ✓ Continuar incidiendo y apoyando para que todos los establecimientos de salud a nivel nacional implementen o fortalezcan su sistema de referencia y contrarreferencia para los casos de VIH/Sida.

- ✓ Se realizó la transferencia de la metodología para que acciones de capacitación de este tipo puedan ser asumidas por el Minsa-ESN ITS/VIH/Sida y se cuente con material impreso también al respecto. Sin embargo, deber ser una práctica que se asuma como permanente para las PVVS, familiares y allegados.
- ✓ Considerar e implementar planes de contingencia frente a la deserción y la alta rotación de profesionales de los equipos multidisciplinarios, que no permiten sostener actividades de este tipo — talleres de capacitación — en la cual han sido capacitados para replicar.
- ✓ Consensuar criterios básicos de lo que es la atención integral de salud para PVVS y, en este sentido, ésta pueda ser un objeto educativo en el que se pueda trabajar más mediante los talleres de capacitación.
- ✓ Considerar a las PVVS, familiares y allegados capacitados como recursos humanos importantes en el desarrollo de iniciativas a desarrollarse.
- ✓ Los trabajos en grupo deben ser monitoreados por facilitadores que permitan la participación de todos los miembros de los grupos y no convertirlos en espacios donde personas con mayor experiencia manipulen la decisión de los grupos y bloqueen la construcción de nuevos saberes a través de las vivencias.
- ✓ Los frecuentes problemas institucionales y personales entre los usuarios, activistas PVVS y profesionales de la salud son barreras que no permiten una buena convocatoria. Este es un aspecto que debe ser identificado para que sea adecuadamente registrado por los facilitadores de los talleres de capacitación.
- ✓ La diferencia del nivel educativo de los participantes no permite contar con instrumentos validados que refleje el incremento de conocimiento adquirido, ya que este puede ser demasiado fácil para un grupo o difícil de comprender para otros con niveles educativos bajos.
- ✓ Se debe tener siempre presente los objetivos del taller y no permitir que se convierta en un espacio de quejas y demandas por parte de los usuarios,

pero sí puede recoger las necesidades que deben ser transmitidas o respondidas por los profesionales de la zona.

- ✓ Contar con mujeres que participan con menores de edad, los cuales son factores distractores, así como personas con demasiada información que sobreponen sus ideas ante los asistentes.
- ✓ Para lograr la mayor participación de mujeres, madres, en espacios de capacitación hay que ofrecerle facilidades, como apoyarlas en el cuidado de sus hijos mientras están en la capacitación y así puedan dar la atención necesaria.

ABREVIATURAS

ARV:	Antirretroviral
DISA:	Dirección de Salud
DIRESA:	Dirección Regional de Salud
GAM:	Grupo de autoayuda mutua
HSH:	Hombres que tienen sexo con otros hombres.
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual.
MAC:	Métodos Anticonceptivos.
MINEDU:	Ministerio de Educación.
MIMDES:	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.
MINSA:	Ministerio de Salud.
ONG:	Organización no gubernamental.
PROCETSS:	Programa de Control de ETS y VIH/Sida
PVVS:	Personas viviendo con VIH/Sida
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana.
TARV:	Tratamiento Antirretroviral

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDEA EDUCATIVA. Aprendizaje Significativo: cuando partimos de lo que el alumno sabe. 2001. En www.aldeaeducativa.com
- ANON. *Salud mental y SIDA*. Boletín Vía Libre. Año: jul.-ago. Número 1, 1990.
- ANTELA, Antonio. Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/Sida para equipos de atención primaria y comunitaria en Latinoamérica y el Caribe. Washington, D.C: OPS, 2004.
- ARDELLE, Henry y GAUTHIER, Luis. *Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/ SIDA con HSH*. Bogotá. ONUSIDA. 1999.
- ARNAZ, José A. *La planeación curricular*. Ed. Trillas. México 1996
- ASOCIACIÓN VÍA LIBRE. *Conociendo los antirretrovirales*.
- ASOCIACIÓN VÍA LIBRE. *Guía del participante. Programa de Atención Domiciliaria para familiares y amigos de Personas Viviendo Con VIH/SIDA*.
- ASOCIACIÓN VÍA LIBRE: *Informe Evaluativo del Programa de Atención Domiciliaria para familiares o allegados de Personas que Viven con VIH/SIDA*. 2003
- AYLLÓN VIAÑA, Rosario *Una propuesta operativa para sistematizar: aprendiendo desde la práctica*. Asociación Kallpa. Lima, 2002.
- CABELLO CHÁVEZ, Robinson. *Situación y respuesta al VIH/SIDA en el Perú (Diciembre 2004)*. Vía Libre.
- CÁCERES, Carlos, PECHENY, Mario y TERTO, Júnior. *SIDA y sexo entre hombres en América Latina. Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú. 2002.
- CHIRINOS, J. A. Shamah T. En: Revista de Epidemiología. sisbib.unmsm.edu.pe. “La calidad de vida y el proceso salud-enfermedad”.
- CONSORCIO VÍA LIBRE, *Peruanos Positivos, UPCH. Vive y Convive Mejor*. Cartilla Informativa, 2004.
- CONSORCIO VÍA LIBRE. *Construyendo una vida positiva: Manual Informativo y de orientación para personas con VIH/SIDA, familia y amigos*. VÍA LIBRE. Lima. 1992
- COPRECO Central. Curso “Salud Sexual y Desarrollo Personal para los/las Cadetes y Alumnos/as de las FFAA y PNP”. Lima, Perú, 2003.
- COPRECO CENTRAL. *Instrumentos Internacionales*. Lima, 2003.
- CORCUERA, Ricardo. *Exigibilidad del derecho a la salud: Acceso a atención, trata-*

- miento e insumos en salud sexual reproductiva y VIH-SIDA. CIES. Lima. 2006.
- CUETO, Marco. *Culpa y coraje. Historia de las políticas sobre VIH/sida en el Perú*. Consorcio de Investigación Económica y Social. Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca”. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, 2001.
 - FRANKE, Marfil Y DE LA LUZ MORGAN, María. La sistematización: apuesta por la generación de conocimientos a partir de las experiencias de promoción. Materiales didácticos. Escuela para el Desarrollo. Lima, 1995.
 - ICASO. Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA. Guía para la promoción de las directrices internacionales sobre VIH/SIDA y derechos humanos.
 - JARA HOLLIDAY, Oscar. *Sistematización de la práctica educativa: una pasión y un reto por la transformación*. Cátedra Jaime Torres Bidet. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. Costa Rica.
 - LARA Ponce, Antonio. Salud Comunitaria. PRODAPP. Lima. 2005.
 - MÉDICOS SIN FRONTERAS. *Manual de Capacitación para promotoras educadoras de la comunidad en VIH/SIDA*. Lima 2001.
 - MOORE, Alan W. “Mejorando nuestra habilidad para capacitar, Una guía para capacitadores de personal de áreas protegidas”. National Park Service. Washington. 1993.
 - NAVARRO GÓNGORA, José. *Enfermedad y familia. Manual de intervención psicosocial*. Ediciones Paidós Ibérica S.A. Barcelona, 2004.
 - ONUSIDA. *Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA*.
 - PALOMINO, B. “Reflexiones sobre Calidad de Vida y Desarrollo”. Extraído el 20 abril, 2004 de http://lanic.utexas.edu/project/etext/colson/17/17_6.pdf.
 - PROFAMILIA. *Aplicando las lecciones aprendidas desde la cooperación SUR-SUR*.
 - PROYECTO PASARE –PERÚ. JHU/PCS. *Principios y técnicas en educación de adultos: capacitando a través del diálogo*. Lima 1999.
 - RODRIGUEZ DECHICHA, Nadia. *Necesito soporte emocional*. <http://www.esthetic.es/articulos/psicologia>.
 - RODRÍGUEZ, Enrique; Zoila Ascencio; María del Pilar. VIH-SIDA y discriminación en Ica: Un problema de salud pública. Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Lima. 2007.
 - SHUNK, Dale H. *Teorías del Aprendizaje*. Ed. Prentice Hall. México 1997
 - UPCH – Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt. “Programa de Capacitación a equipos multidisciplinares encargados de la atención integral y tratamiento antirretroviral en PVVS”, 2004.



INTERNET

<http://interactua.net/biblioteca/emocional/vivir.html>

www.aldeaeducativa.com

www.aidsinfonet.org

www.vialibre.org.pe



