



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



AIDSTAR Plus

PROJECT MILESTONE

MILESTONE #5: CURRICULUM DEVELOPED – TECHNICAL ORIENTATIONS ON BEHAVIOR CHANGE COMMUNICATION FOR STI AND HIV PREVENTION IN KEY POPULATIONS

CONTENTS

1. Technical Orientations on Behavior Change Communication for STI and HIV Prevention in Key Populations Training of Trainers Manual
2. Technical Orientations on Behavior Change Communication for STI and HIV Prevention in Key Populations Training of Providers Manual

JUNE 2015

This publication was produced for review by the United States Agency for International Development. It was prepared by AIDSTAR Plus under USAID Contract No AID-GHH-I-00-07-00059.



Orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento para la prevención de las ITS y VIH en poblaciones clave

Entrenamiento a entrenadores y entrenadoras

Manual para facilitadores y facilitadoras

Tegucigalpa, MDC. Junio, 2015



AIDSTAR Plus

Esta publicación fue realizada gracias al generoso apoyo del pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR). Los contenidos son la responsabilidad de John Snow, Inc. (JSI) y no reflejan necesariamente la perspectiva de la USAID, PEPFAR o el gobierno de los Estados Unidos.

Autoridades de la Secretaría de Salud

Dra. Edna Yolani Batres

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dra. Sandra Maribel Pinel

Subsecretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dr. Francis Rafael Contreras

Subsecretario de Regulación

Dra. Silvia Yolanda Nazar Hernández

Directora General de Normalización

Dra. Glady Paz Díaz

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Carmen Sevilla

Directora General de Desarrollo del Recurso Humano

Dr. Billy Rolando González

Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dr. Roney Alcides Martínez

Jefe Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención

Tabla de contenido

Introducción.....	6
Cómo usar el Manual.....	7
Preparación del facilitador y facilitadora.....	7
Recomendaciones y sugerencias para el facilitador y facilitadora.....	8
Plan de entrenamiento.....	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos.....	10
Temas y contenidos.....	11
Programa de entrenamiento.....	13
Sesión 1: Actividades de introducción.....	16
Sesión 2: Modelo Nacional de Salud	20
Sesión 3: Promoción de la salud.....	30
Sesión 4: Comunicación para cambio de comportamiento.....	40
Sesión 5: Teorías y modelos que fundamentan las estrategias de comunicación para cambio de comportamiento.....	50
Sesión 6: Metodologías para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de cambio de comportamiento.....	64
Sesión 7: Orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de ITS y VIH en poblaciones clave en Honduras.....	67
Sesión 8: Iniciativas de respuesta al VIH.....	80
Sesión 9: Principios básicos de la facilitación.....	84
Sesión 10: Actividades de evaluación y cierre.....	92
Bibliografía.....	93
Anexos.....	95

Abreviaturas

APS	Atención Primaria en Salud
AL	América Latina
CCC	Comunicación para el Cambio de Comportamiento
CPS-G	Conjunto de Prestaciones de Salud a Garantizar
ERP	Estrategia de Reducción de la pobreza
FESP	Funciones Esenciales de la Salud Pública
FM	Fondo Mundial
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
IEC	Información, Educación y Comunicación
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MNS	Modelo Nacional de Salud
M & E	Monitoreo y Evaluación
NTSS	Norma Técnica del Sector Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida
PENSIDA	Plan Estratégico Nacional en Respuesta al VIH y Sida
PETSIDA	Programa de Educación para Trabajadores en ETS/SIDA
PPL	Población Privada de Libertad
SESAL	Secretaría de Salud
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Uipes	Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Introducción

Este *manual del facilitador y facilitadora* fue elaborado en el marco del Plan de Implementación Piloto de la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida, tiene como finalidad entrenar a los entrenadores/as de los equipos regionales con el objeto de facilitar el entrenamiento a los proveedores públicos y no públicos que proveen servicios relacionados a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH, en el tema de *Orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento de promoción en salud para la prevención del VIH en poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad*.

La entrega de servicios de Promoción de la Salud para la prevención de las ITS y el VIH en la población general y las poblaciones clave en mayor riesgo de infección, ha requerido que la Secretaría de Salud (SESAL) defina una serie de herramientas técnico - normativas que aseguren el desarrollo de acciones de promoción de la salud basadas en evidencia y según los principios establecidos en el MNS y la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/SIDA, entre las cuales se encuentra:

- La Norma Técnica Hondureña del Sector Salud Atención integral a la población, promoción, prevención y atención de la infección por el Virus de Inmuno-deficiencia Humana (VIH). Requisitos para la armonización. NTHSS 4: 2014;
- Norma Técnica Hondureña del Sector Salud. Atención integral a la población en el abordaje de las infecciones de transmisión sexual. Requisitos. NTHSS 03: 2014; y
- El Paquete específico de prestaciones y servicios de ITS y VIH para poblaciones clave en mayor riesgo de infección y ,
- Lineamientos generales de Promoción de la Salud para la Prevención de las ITS y el VIH en Honduras.

El último documento define las estrategias de promoción de la salud dirigidas a la población general y poblaciones clave en mayor riesgo de infección al VIH: Abogacía e incidencia política, alianzas estratégicas / organización comunitaria, movilización social, comunicación para el cambio de comportamiento, mercadeo social de los servicios de prevención y atención de las ITS y VIH, acceso universal y oportuno a condones, educación para la salud, tecnologías de la información y comunicación (TIC) para la promoción de la salud.

En ese sentido, la Dirección de Normalización, con el apoyo técnico de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID) a través del proyecto AIDSTAR-Plus, ha elaborado la Guía de Orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) para la prevención del VIH en poblaciones clave en mayor riesgo.

El presente manual comprende los elementos metodológicos y conceptuales del entrenamiento en base a los siguientes documentos:

- Manual del facilitador y facilitadora. Entrenamiento a proveedores en Orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento de promoción en salud para la prevención del VIH en poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad.
- Guía de Orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio y del comportamiento en poblaciones clave para la prevención del VIH.
- Lineamientos generales de Promoción de la Salud para la Prevención de las ITS y el VIH en Honduras.

Cómo usar el Manual:

El manual está organizado en 10 sesiones, descritas a continuación:

- Sesión 1: Actividades de introducción
- Sesión 2: Modelo Nacional de Salud
- Sesión 3: Promoción de la salud
- Sesión 4: Comunicación para cambio de comportamiento
- Sesión 5: Teorías y modelos que fundamentan las estrategias de comunicación para cambio de comportamiento
- Sesión 6: Metodologías para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de cambio de comportamiento
- Sesión 7: Orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de ITS y VIH en poblaciones clave en Honduras
- Sesión 8: Iniciativas de respuesta al VIH
- Sesión 9: Principios básicos de la facilitación
- Sesión 10: Actividades de evaluación y cierre

Al inicio de cada sesión se describen los siguientes elementos:

1. los objetivos de aprendizaje de cada sesión;
2. los temas y sus contenidos;
3. las técnicas o recursos de aprendizaje utilizados en los temas o actividades;
4. los materiales y recursos de apoyo;
5. el tiempo necesario para desarrollar los contenidos de la sesión.

Es importante considerar que las técnicas quizá deban adaptarse según el número de participantes. Por ejemplo, si una actividad implica una discusión en parejas pero hay más de 25 participantes deberá cambiarla a una discusión en grupos de tres personas.

La duración sugerida para cada sesión incluida en este Manual para facilitadores es aproximada. Usted conocerá mejor a los participantes y podrá determinar si se necesita más o menos tiempo para atender las necesidades de aprendizaje. Los objetivos, los temas y contenidos que se indican al inicio de cada tema establecen la estructura y el contenido más importante que se debe tratar.

Preparación del facilitador y facilitadora

Un entrenamiento eficaz comienza con una preparación exhaustiva. Es fundamental comprender cabalmente el contenido de cada tema y contar con los materiales necesarios para facilitar las diversas técnicas y actividades planteadas en el manual.

Tome en cuenta las siguientes recomendaciones:

- prepárese suficientemente y con anticipación, mínimo 2 semanas antes de la fecha del entrenamiento
- lea el *Manual para facilitadores y facilitadoras*, repase y practique el contenido y las técnicas correspondientes para cada una de las sesiones;
- verifique la lista de materiales y recursos de apoyo requeridos con cada tema;
- compruebe que el salón donde se realizará el taller reúne las condiciones necesarias para un adecuado desarrollo del entrenamiento (para este taller se requiere un salón amplio, con espacio para mesas para los ejercicios en grupo y para las técnicas vivenciales);
- defina su rol con el resto del equipo;
- realice la convocatoria según el perfil establecido. (9)

Recomendaciones y sugerencias para el facilitador y facilitadora

- a) Su función facilitador o facilitadora es **crear y mantener un entorno de aprendizaje positivo y saludable de confianza y franqueza** en el que todas las personas participantes se sientan seguras de sí mismas y estén dispuestas a compartir experiencias, hablar con sinceridad y aprender juntas y en el que se respeten las diferencias de opinión. (3)
- b) **Arreglo del espacio:** Organice los asientos de modo que los voluntarios puedan hacer contacto visual entre ellos y usted pueda facilitar la conversación en el grupo. Verifique que los participantes se encuentren cómodos y que todos puedan ver bien la pantalla y los ejercicios prácticos. Procure evitar la organización en filas o en mesas largas; es preferible utilizar mesas pequeñas de cuatro a seis personas, o una distribución en forma de “u”.
- c) **Comuníquese a los participantes en forma clara lo que involucra el programa de entrenamiento.** Los/las participantes tienen que estar convencidos/as que la capacitación será relevante y que las habilidades específicas que aprenderán están de acuerdo con sus necesidades. Las personas adultas aprenden mejor cuando consideran que el tema es realmente pertinente y se puede aplicar poco después de la capacitación. La motivación para aprender es máxima cuando llena alguna necesidad inmediata. (3)
- d) En el manual, varias técnicas requieren que se divida a los participantes en grupos pequeños. Puede **formar los grupos de diferentes maneras:** al azar asignando distintos números o distribuyendo objetos de diferentes colores o papelitos con los nombres de los grupos. Todos deben tener la oportunidad de ser líder de grupo y tomar notas durante el taller. La participación en las actividades y las discusiones contribuye al aprendizaje. Su tarea consiste en captar el interés de los participantes y escucharlos con respeto y atención.
- e) Las sugerencias que se ofrecen a continuación pueden ayudarle a desarrollar las sesiones con mayor eficacia.
- Cuando una persona habla, agrádeczcale su participación.
 - Evite interrumpir cuando alguien está hablando. Si debe interrumpir a alguien que se ha extendido demasiado, hágalo, pero pida disculpas por hacerlo.
 - Anime a cuantos participantes sea posible a hablar. Para ello, puede decir, por ejemplo: “Me gustaría escuchar la opinión de alguien que aún no haya hablado”.
 - Escuche lo que los participantes tienen para decir. Hablar frente a otros requiere valor. Cuando escuchamos a alguien estamos reforzando su sensación de confianza y seguridad.
 - Fomente la confianza de los participantes en sí mismos subrayando que en lo que respecta al conocimiento sobre sus comunidades, ellos son los “expertos” y tienen que compartir sus conocimientos con usted y con los demás.
 - Si dan respuestas muy breves, puede animarlos a ampliarlas. Puede decir, por ejemplo: “Eso es muy interesante; cuéntenos más”.
 - Asegúrese de que los participantes trabajen en equipo cuando las instrucciones de la sesión así lo indican. Al hablar con un compañero se favorece el intercambio de ideas y opiniones. (9)
- f) Durante las presentaciones dialogadas:
- Repase los puntos importantes de modo que no le sea necesario leerlos.
 - Mantenga la duración de la presentación dentro de los parámetros recomendados.
 - No hable demasiado rápido porque los participantes no escucharán todo lo que diga.
 - No hable demasiado lento porque pueden aburrirse.
 - Mire a los participantes mientras da la información. Aún si lee la información, levante la vista cada tanto para que los participantes no se sientan ignorados.
 - Después de mencionar un punto importante, haga una pausa para que los participantes puedan pensar en ello.

- Observe a los participantes para ver si están confundidos. Si es así, deténgase y pregunte si tienen dudas. Aclare los puntos que sea necesario utilizando otras palabras. (9)
- g) **Utilice las preguntas abiertas:** Utilice preguntas abiertas para estimular la participación en el grupo. Tras formular una pregunta, haga una pausa para dar tiempo a que los participantes piensen las respuestas. Si nadie lo hace, plantee la misma pregunta con otras palabras y haga otra pausa para esperar a que alguien conteste. Rebote algunas de las preguntas que el grupo realiza, animando a los miembros reflexionar y discutirlo en el grupo. Utilice preguntas frecuentemente para verificar comprensión y para sintetizar conceptos claves; si usted no sabe la respuesta a una pregunta de un participante, colóquela en el Parqueo, y dígame que indagará y ¡hágalo!
- h) **Respete su individualidad y estimúela,** ya que las personas aprenden en diferentes ritmos y tienen distintos estilos. El respeto mutuo entre el/la facilitador/a y el alumno contribuyen al proceso educativo. Cada participante trae sus propias experiencias y que todas ellas contribuyen al enriquecimiento de la capacitación.
- i) **Retroalimente.** Para obtener un aprendizaje eficaz es importante que se provea a los/las participantes una retroalimentación que funcione de forma tanto correctiva como reforzadora. Sostenga un estado de ánimo entre los/las participantes con comentarios dinámicos y retroalimentación positiva después de contribuciones de los miembros como respuestas a preguntas, el trabajo en equipo, presentaciones individuales, juegos de roles, etc.
- j) **Evalúe:** Diariamente evalúe su sesión de capacitación con el fin de mejorar sus técnicas asegurarse que se está dirigiendo a las necesidades de información de los/las participantes. La evaluación puede ser realizada de forma verbal (pidiendo a los/las participantes que compartan con el grupo una cosa que aprendieron y algo que podría ser mejorado), y de forma escrita (al ser anónimas hay mayor posibilidad que los/las participantes sugieran como mejorar la facilitación).(3)

Plan de entrenamiento

I. Objetivo General

Entrenar a personal del nivel central y equipos regionales en los aspectos conceptuales, operativos sobre las orientaciones técnicas del diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento para la prevención del VIH en poblaciones clave.

II. Objetivos Específicos

Al finalizar el entrenamiento los/las participantes serán capaces de:

1. Comprender la estructura de distribución de las prestaciones definidas en CPS-G.
2. Reconocer que el CPS-G tiene la mayor proporción de acciones de promoción y prevención las que se desarrollarán en el primer nivel de atención.
3. Comprender el concepto de promoción, en base a lo planteado en las diferentes conferencias internacionales.
4. Identificar los principales hitos de la promoción de la salud para la prevención del VIH en Honduras para el período de 1985 al 2015
5. Describir las estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH.
6. Describir en que consiste la comunicación para propiciar el cambio de comportamiento, y su importancia en la aplicación de estrategias de promoción para la prevención del VIH.
7. Explicar las etapas del cambio de comportamiento y la forma en que se utiliza para adaptar a las intervenciones o servicios de promoción para la prevención del VIH en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad.
8. Describir los conceptos básicos de teorías de comportamientos y salud que son aplicadas en el diseño e implementación de las estrategias de comunicación para cambio de comportamiento.
9. Describir los elementos básicos de modelos más utilizados para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento
10. Describir los aspectos que comprende las orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de ITS y VIH en poblaciones clave en Honduras.
11. Reflexionar sobre las características de las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad.
12. Explicar los aspectos esenciales de las iniciativas de respuesta al VIH: Estrategia 90 90 90, Tratamiento 2.0 y Llegar a Cero.

III. Temas y contenidos

Sesión 1: Actividades de introducción

1. Bienvenida e introducción
2. Presentación – integración de participantes
3. Expectativas, Objetivos y programa de entrenamiento
4. Parqueo
5. Normas básicas
6. Revisión de aspectos logísticos
7. Presentación del manual y recursos de apoyo
8. Evaluación de Conocimientos Antes del entrenamiento

Sesión 2: Modelo Nacional de Salud

1. Generalidades del Modelo Nacional de Salud
2. Componente de provisión de servicios
3. Cobertura poblacional y grupos prioritarios
 - Poblaciones objetos de políticas prioritarias
4. Conjunto de Prestaciones en Salud a Garantizar (CPS-G)
 - Paquetes específicos
 - Prestaciones por tipo de intervención y ciclo de vida
5. Paquete específico de prestaciones y servicios de ITS y VIH para poblaciones clave en mayor riesgo

Sesión 3: Promoción de la salud

1. Antecedentes
 - Resumen de las conferencias de promoción de la salud
2. Estrategias básicas para la promoción de la salud.
 - Áreas de acción prioritarias de la promoción de la salud
3. Enfoque de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
 - Prevención de las ITS y VIH
4. Experiencias nacionales de estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH.
 - Principales hitos de la promoción de la salud para la prevención del VIH en Honduras para el período de 1985 al 2015
5. Estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH.
 - Abogacía e incidencia política
 - Alianzas estratégicas / organización comunitaria
 - Movilización social
 - Comunicación para el cambio de comportamiento
 - Mercadeo social de los servicios de prevención y atención de las ITS y VIH
 - Acceso universal y oportuno a condones
 - Educación para la salud
 - Tecnologías de la información y comunicación (TIC) para la promoción de la salud.

Sesión 4: Comunicación para cambio de comportamiento

1. Definición y cambios conceptuales
2. Roles de la comunicación para el cambio de comportamiento
3. El cambio de comportamiento
4. Niveles o etapas en el proceso de cambio de comportamiento
5. Diferencia de riesgo y vulnerabilidad

Sesión 5: Teorías y modelos que fundamentan las estrategias de comunicación para cambio de comportamiento

1. Generalidades sobre teorías y modelos de cambio de comportamiento
2. Teoría de Creencias en Salud
3. Teoría de Etapas o Estados del Cambio. Modelo Transteórico
4. Teoría de la Acción Razonada. Teoría de Conducta / Acción Planificada
5. Teoría del Aprendizaje Social o Cognitiva
6. Modelo de Probabilidad de Elaboración
7. Modelo Socio Ecológico
8. Teoría de Difusión de Innovaciones

Sesión 6: Metodologías para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de cambio de comportamiento

1. Proceso P
 - Pasos de la comunicación estratégica
2. Un Proceso Paso a Paso
3. Proceso C
4. La rueda de la comunicación

Sesión 7: Orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de ITS y VIH en poblaciones clave en Honduras

1. Marco jurídico y normativo
 - Requisitos de promoción de las Normas Técnicas de Salud de ITS y VIH
2. Finalidad, Objetivos, Ámbito de aplicación
3. Poblaciones priorizadas
4. Orientaciones técnicas generales
5. Orientaciones específicas
 - Análisis de situación
 - Diseño estratégico
 - Desarrollo de la estrategia de comunicación y prueba de herramientas de comunicación
 - Implementación y monitoreo
 - Evaluación y re-planteamiento
6. Niveles o tipos de intervención

Sesión 8: Iniciativas de respuesta al VIH

1. Estrategia 90 90 90
2. Tratamiento 2.0
3. Llegar a Cero

Sesión 9: Principios básicos de la facilitación

- Facilitación participativa
- Principios para el aprendizaje en personas adultas
- El aprendizaje en las personas adultas
- Habilidades de comunicación de la facilitación

Sesión 10: Actividades de evaluación y cierre

1. Evaluación de conocimientos después del entrenamiento
2. Evaluación logística y técnica
3. Clausura y cierre

IV. Programa de entrenamiento a entrenadores

Hora	Temas / Contenidos	Técnicas
DÍA 1		
8:00 a 8:30 am	Inscripción de participantes	
08:30 – 10:15am	Sesión 1: Actividades de introducción <ol style="list-style-type: none"> 1. Bienvenida 2. Presentación de participantes 3. Expectativas, objetivos y programa de entrenamiento 4. Normas básicas 5. Presentación del manual 6. Revisión de aspectos logísticos 7. Evaluación de Conocimientos Antes del entrenamiento 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Palabras de bienvenida ■ “Conociéndonos” ■ ¿Por qué estoy aquí? Lectura dirigida ■ Lluvia de ideas ■ Revisión general ■ Llenado de Cuestionario de evaluación de conocimientos Pre prueba
10:15 – 10:30am	Receso	
10:30 – 12:30m	Sesión 2: Modelo Nacional de Salud <ol style="list-style-type: none"> 1. Generalidades del Modelo Nacional de Salud 2. Componente de Atención/Provisión de servicios 3. Conjunto de Prestaciones en Salud a Garantizar (CPS-G) 4. Paquete específico de prestaciones y servicios de ITS y VIH para poblaciones clave en mayor riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación dialogada ■ Presentación dialogada ■ Presentación dialogada ■ “Los amigos”
12:30 – 1:30pm	Almuerzo	
1:30 – 3:15pm	Sesión 3: Promoción de la salud <ol style="list-style-type: none"> 1. Antecedentes <ul style="list-style-type: none"> ■ Resumen de las conferencias de promoción de la salud 2. Experiencias nacionales de estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH <ul style="list-style-type: none"> ■ Principales hitos de la promoción de la salud para la prevención del VIH en Honduras para el período de 1985 al 2015 3. Estrategias básicas para la promoción de la salud <ul style="list-style-type: none"> ■ Áreas de acción prioritarias de la promoción de la salud 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación dialogada ■ Lectura dirigida ■ Presentación dialogada ■ Lectura dirigida en grupos ■ Presentación de estrategia de comunicación ■ Presentación dialogada
3:15 – 3:30pm	Receso	
3:30 – 4:15pm	<ol style="list-style-type: none"> 4. Enfoque de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad <ul style="list-style-type: none"> ■ Prevención de las ITS y VIH 5. Estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación dialogada ■ Lluvia de ideas con tarjetas de colores ■ Presentación dialogada ■ Lluvia de ideas ■ Lectura dirigida en plenaria ■ “Una voz en la Multitud”
4:15 – 4:30pm	Recapitulación Recomendaciones para mejorar el desarrollo del taller	<ul style="list-style-type: none"> ■ Llenado de Hoja de Evaluación diaria

Hora	Temas / Contenidos		Técnicas
DÍA 2			
8:00 – 8:15am	¿Dónde estamos?	Compartir las reacciones y percepciones que las y los participantes tienen a través del proceso del taller	
	Resumen y retroalimentación del día anterior		
8:15 – 10:15am	Sesión 3: Comunicación para el cambio de comportamiento		<ul style="list-style-type: none"> ■ Ejercicio en parejas, ■ Ejercicio grupal: Intervenciones para cambio de comportamiento, ■ Presentación dialogada
	1.	Definición y cambios conceptuales	
	2.	Roles de la comunicación para el cambio de comportamiento en la prevención del VIH	
	3.	El cambio de comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación dialogada, ■ Lectura dirigida en grupos ■ Técnica interactiva: ¡Qué¿para Mí y Qué¿para los Demás!
10:15 – 10:30am	Receso		
10:30 – 12:30m	4.	Niveles o etapas en el proceso de cambio de comportamiento	■ Presentación dialogada
	5.	Diferencia de riesgo y vulnerabilidad	■ Entrevistado - Entrevistador
12:30 – 1:30pm	Almuerzo		
1:30 – 3:15pm	Sesión 5: Teorías y modelos de cambio de comportamiento		<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación dialogada ■ Presentación dialogada ■ Lectura dirigida en plenaria ■ Presentación dialogada ■ Lectura dirigida ■ ¿En qué etapa estoy? ■ Normas en la Ciudad ■ Presentación dialogada ■ Presentación dialogada
	1.	Generalidades sobre teorías y modelos de cambio de comportamiento	
	2.	Teoría de Creencias en Salud	
	3.	Teoría de Etapas o Estados del Cambio. Modelo Transteórico	
	4.	Teoría de la Acción Razonada. Teoría de Conducta / Acción Planificada	
	5.	Teoría del Aprendizaje Social o Cognitiva	
	6.	Modelo de Probabilidad de Elaboración	
7.	Modelo Socio Ecológico		
3:00 – 3:15pm	Receso		
3:15 – 4:15pm	8.	Teoría de Difusión de Innovaciones	■ Presentación dialogada
	Sesión 6: Metodologías para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de cambio de comportamiento		■ Presentación dialogada
	1.	El proceso P	
	2.	Proceso Paso- a –Paso	
3.	El proceso		
	4.	La rueda de la comunicación	
4:15 – 4:30pm	Recapitulación Recomendaciones para mejorar el desarrollo del taller		■ Llenado de Hoja de Evaluación diaria

Hora	Temas / Contenidos		Técnicas
DÍA 3			
8:00 – 8:15am	¿Dónde estamos?	Compartir las reacciones y percepciones que las y los participantes tienen a través del proceso del taller	
Resumen y retroalimentación del día anterior			
8:15 – 10:00am	<u>Sesión 7: Orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de ITS y VIH en poblaciones clave en Honduras</u>		
	1. Marco jurídico y normativo		<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación dialogada ■ Lectura dirigida en plenaria
	2. Finalidad, Objetivos, Ámbito de aplicación		<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación dialogada
	3. Poblaciones priorizadas		<ul style="list-style-type: none"> ■ “Analizando los contextos de riesgo y vulnerabilidad” ■ Presentación dialogada
	4. Orientaciones técnicas generales		<ul style="list-style-type: none"> ■ Lectura dirigida en plenaria
10:00 – 10:15am	Receso		
10:15 – 12:30m	5. Orientaciones específicas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis de situación ▪ Diseño estratégico ▪ Desarrollo de la estrategia de comunicación y prueba de herramientas de comunicación ▪ Implementación y monitoreo ▪ Evaluación y re-planificación 		<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación dialogada ■ Lectura dirigida en plenaria ■ “Los Números”
	6. Niveles o tipos de intervención		<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación dialogada ■ Los roles del poder
12:30 – 1:30pm	Almuerzo		
1:30 – 2:30pm	<u>Sesión 8: Iniciativas de respuesta al VIH</u>		
	1. Estrategia 90 90 90		<ul style="list-style-type: none"> ■ Lectura dirigida
	2. Llegar a Cero		
	3. Tratamiento 2.0		
2:30 – 4:00pm	<u>Sesión 9: Principios básicos de la facilitación</u>		
<i>(Incluye receso)</i>	1. Facilitación participativa		<ul style="list-style-type: none"> ■ Exposición dialogada
	2. Principios para el aprendizaje en personas adultas		<ul style="list-style-type: none"> ■ Lectura dirigida
	3. El aprendizaje en las personas adultas		<ul style="list-style-type: none"> ■ “Sigue mi mano”
	4. Habilidades de comunicación de la facilitación		<ul style="list-style-type: none"> ■ Co-facilitación
4:00 – 4:30pm	<u>Sesión 10: Actividades de evaluación y cierre</u>		
	1. Evaluación de conocimientos después del entrenamiento		<ul style="list-style-type: none"> ■ Post prueba de conocimientos
	2. Evaluación logística y técnica		<ul style="list-style-type: none"> ■ Llenado de Hoja de Evaluación final
	3. Clausura y cierre		

Sesión 1: Actividades de introducción

Objetivos:

1. Permitir que los participantes se conozcan entre sí
2. Generar un ambiente de integración grupal y sensibilización personal
3. Averiguar las expectativas de los/las participantes y del grupo con respecto al entrenamiento de capacitación
4. Mostrar la similitud y carácter común de las expectativas y objetivos
5. Consensuar las normas de común acuerdo para el desarrollo óptimo del entrenamiento
6. Caracterizar el nivel de conocimientos de los participantes en relación a los temas de capacitación

Actividades:

1. Bienvenida e introducción
2. Presentación – integración de participantes
3. Expectativas, Objetivos y programa de entrenamiento
4. Parqueo
5. Normas básicas
6. Revisión de aspectos logísticos
7. Presentación del manual y recursos de apoyo
8. Evaluación de Conocimientos Antes del entrenamiento

Técnicas:

- Palabras de bienvenida
- Presentación: “Conociéndonos”,
- Expectativas: ¿Por qué estoy aquí?
- Lectura dirigida
- Lluvia de ideas
- Llenado del cuestionario de evaluación de conocimientos pre prueba

Materiales requeridos:

- Hojas de papel rotafolio
- Tarjetas de colores
- Masking tape
- Marcadores permanentes de acuerdo al número de participantes
- Data Show

Material de Apoyo:

- Plan de trabajo/Agenda del programa de entrenamiento
- Pre prueba de conocimientos

Tiempo estimado: 115 minutos

1. Bienvenida e Introducción

- 1.1 De una cordial bienvenida a los/las participantes y expréseles su agradecimiento por haber respondido a la invitación. Haga referencia sobre la importancia del entrenamiento en el marco del Modelo Nacional de Salud y de la Implementación piloto de la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida.



2. Presentación - integración de participantes

▶ **Técnica:** “Conociéndonos”

- 2.1 Entregue a cada participante una hoja de papel bond tamaño carta y un marcador.
- 2.2 Pídales que escriban en la hoja algo sobre sí mismos:
- Una cualidad
 - Un talento
 - Un Valor



- 2.3 Indíqueles que cuando se presenten digan su Nombre, lugar de trabajo y luego compartan lo que escribieron en la hoja de papel.
- 2.4 Permita que se presenten en el orden que deseen.

3. Expectativas, Objetivos y Programa del entrenamiento

▶ **Técnica:** ¿Por qué estoy aquí?

Procedimiento:

- 3.1 En una hoja de rotafolio escriba: EXPECTATIVA y péguela frente al salón de manera que todos los/las participantes lo puedan ver.
- 3.2 Entregue a cada participante una tarjeta (media carta) y marcadores.
- 3.3 Pídales que escriban en la tarjeta lo que desean y lograr aprender con la capacitación o en el entrenamiento y que cuando la hayan escrito peguen la tarjeta en la hoja de rotafolio. Pueden escribir sus expectativas respondiendo a las siguientes preguntas:
- ¿Qué espera de este entrenamiento?
 - ¿Qué dudas o temores tiene?
 - ¿Qué ofrece para el buen desarrollo de este entrenamiento?



- 3.4 Enfáticeles que sean lo más específico posible sobre sus expectativas.
- 3.5 Clasifique las expectativas del grupo que sean semejantes y agrúpelas según su relación con los contenidos y objetivos del entrenamiento.

- 3.6 Realice un análisis de las expectativas en comparación a los objetivos y contenidos a desarrollar en el entrenamiento y señale cuáles de las expectativas presentadas por los/las participantes serán cumplidas y cuáles no.

Objetivos y Agenda del Entrenamiento

- 3.7 Presente los objetivos del entrenamiento y consulte si tienen alguna pregunta sobre ellos. Explique que los objetivos se irán clarificando a través del desarrollo del entrenamiento.
- 3.8 Lea la agenda propuesta para el entrenamiento y ratifique los tiempos de inicio y de finalización de la jornada, asimismo las horas de refrigerios y almuerzos.
- 3.9 Explique que es muy importante que todos participen activamente durante el desarrollo del entrenamiento.
- 1) Diga a los/las participantes que el último día se revisará el nivel de cumplimiento de estas expectativas.

4. Parqueo

- 4.1 Escriba en una cartulina grande o papel rotafolio el rotulo de Parqueo, explique que este espacio esta designado para darle seguimiento a los temas que están fuera del tema principal de la capacitación y que podrán ser discutidos durante el entrenamiento, cuando se disponga del tiempo para ello (recesos, tiempo de almuerzos o al finalizar la jornada).

5. Normas básicas

► **Técnica:** Lluvia de ideas

- 5.1 Escriba “Normas del Taller” en el encabezado de un papel rotafolio. Escriba un ejemplo de norma en un entrenamiento. Algunos ejemplos podrían ser:
- hablar uno a la vez;
 - prestar atención y respetar las opiniones de los demás;
 - no usar computadora;
 - apagar los teléfonos celulares.



- 5.2 Explique que las normas se establecen para garantizar que todos los participantes recuerden y comprendan cuáles son las prácticas aceptables durante la formación, de forma que el taller sea lo más agradable y productivo posible.
- 5.3 Pida a los/las participantes que piensen en las normas o comportamientos a seguir durante el taller. Cuando alguien proponga una norma, pregunte a los demás participantes si están de acuerdo con ella. Si es así, añádalo a la lista.
- 5.4 Agradezca a los participantes las sugerencias planteadas y recuérdelos que es importante respetar las reglas que han establecido. Coloque la hoja con las normas donde se puede ver fácilmente cuando los/las participantes entran y salen de la sala. Vuelva a tratar el tema si los participantes no se ajustan a ellas. A veces es necesario cambiar las reglas para que reflejen la realidad de la situación.
- 5.5 No invierta más de 5 minutos en el desarrollo de la lista. Cuando esté terminada, la coloca en la pared (en la entrada si es posible) donde se puede ver fácilmente cuando los/las participantes entran y salen de la sala. La lista de las normas debe permanecer visible durante todo el entrenamiento. Agradezca a los/las participantes por su participación en la elaboración de la lista.

6. Revisión de aspectos logísticos

6.1 Tome unos minutos para revisar los aspectos logísticos del entrenamiento.

- Lugares donde se tomará el refrigerio y almuerzo.
- Ubicación de los baños
- Uso de celular
- Pago de viáticos y gastos de viaje, entre otros.

7. Presentación del manual y recursos de apoyo

▶ **Técnica:** Revisión general del manual

7.1 Explique que el *Manual del facilitador y facilitadora* describe en detalle los temas, contenidos, técnicas, materiales y recursos de apoyo para desarrollo del taller de entrenamiento a proveedores.

7.2 Pídeles que abran el manual en el índice y lea los temas y contenidos de cada sesión. Luego describa en forma breve la sesión de actividades de introducción, explique la estructura y los elementos que conforman el manual. Señale la importancia de conocer los objetivos de aprendizaje, retomarlos al momento de ir desarrollando los contenidos y al final de cada sesión.

7.3 Explique que la metodología que se está aplicando en los entrenamientos está basada en los principios del aprendizaje de las personas adultas, por lo cual es muy importante repasar y retomar las recomendaciones y sugerencias que se describen al inicio del manual y los contenidos que se desarrollarán en la sesión de principios básicos de la facilitación.

8. Evaluación de Conocimientos Antes del entrenamiento

▶ **Técnica:** Llenado del cuestionario de evaluación de conocimientos pre prueba

8.1 Explique a los/las participantes que responderán una Pre prueba a fin de conocer el nivel que tienen de conocimientos en los temas a desarrollar, lo cual permitirá a los/las facilitadores/as definir las áreas que requieren de mayor reforzamiento y que a la vez sirva de retroalimentación para ellos/ellas sobre los aprendizajes adquiridos en el entrenamiento. Recuérdeles que deben escribir su nombre y apellido.



8.2 Entregue las Pre prueba y agradezca a los/las participantes por completar la misma. Solicite que una vez completada se la entreguen a usted.

8.3 Recuérdeles que la pre prueba será comparada con una post-prueba que se proporcionará al final del entrenamiento para determinar el éxito del entrenamiento con respecto al cumplimiento de los objetivos y habilitará que la persona pasa.

Sesión 2: Modelo Nacional de Salud.

Componente de Provisión de servicios

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Describir los aspectos básicos del Modelo Nacional de Salud de Honduras.
2. Comprender la estructura de distribución de las prestaciones definidas en CPS-G.
3. Reconocer que el CPS-G tiene la mayor proporción de acciones de promoción y prevención las que se desarrollarán en el primer nivel de atención.



Temas y contenidos

5. Generalidades del Modelo Nacional de Salud
6. Componente de provisión de servicios
7. Cobertura poblacional y grupos prioritarios
 - Poblaciones objetos de políticas prioritarias
8. Conjunto de Prestaciones en Salud a Garantizar (CPS-G)
 - Paquetes específicos
 - Prestaciones por tipo de intervención y ciclo de vida
9. Paquete específico de prestaciones y servicios de ITS y VIH para poblaciones clave en mayor riesgo

Técnicas:

- Presentación dialogada
- “Los amigos”

Materiales requeridos:

- Computadora portátil, Data Show
- 1 par de muletas, 1 par de lentes oscuros, 1 bata médica , 1 escritorio,
- 1 dildo
- Condomes
- Rotafolio
- Papel rotafolio, Marcadores

Material de Apoyo:

- Modelo Nacional de Salud

Tiempo estimado: 120 minutos

1. Generalidades del Modelo Nacional de Salud

- ▶ **Técnica:** Presentación dialogada

1.1. Usando las diapositivas explique el siguiente contenido:

Como parte del compromiso primordial de contribuir a alcanzar la Visión de País 2038, la Secretaría de Salud lanzó en Mayo del 2010 el Plan Nacional de Salud 2010-2014 que plantea como una meta la implementación de un Nuevo Modelo de



Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitario. Aprobación en Mayo de 2013 mediante acuerdo ministerial No. 1000-2013.

El Modelo Nacional de Salud es el marco de referencia que integra y organiza las decisiones, compromisos, acuerdos y consensos de carácter político del país, nacionales e internacionales y provee los lineamientos estratégicos para la atención de la salud. Define la organización del Sistema Nacional de Salud en materia de atención, gestión y financiamiento.

El MNS es el instrumento de carácter político y estratégico emitido por la SESAL, en su condición de ente rector del sector salud que define los principios y los lineamientos para la transformación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud. (17)

Está basado en la atención primaria en salud, está centrado en la persona, familia y comunidad, enfocado en la promoción y la protección de la salud y en la prevención y control de enfermedades, privilegia a los grupos de población más postergados, vulnerables y con menor capacidad de acceso a los servicios de salud, fortalece la participación de la comunidad en la gestión de los servicios locales de salud y en los procesos de petición y rendición de cuentas. (17)

1.2. Muestre la diapositiva y explique el propósito, objetivos, principios y enfoque del modelo.

1.3. Muestre la diapositiva y explique que el Modelo Nacional de salud consta de tres componentes:

- Atención / Provisión
- Gestión y
- Financiamiento

Los tres componentes deberán abordarse de manera integral y complementaria, teniendo como eje operativo central el Componente de Atención / Provisión.



2. Componente de Atención/Provisión de Servicios de Salud

2.1 Presente las diapositivas sobre el componente de Atención/Provisión de servicios y explique que está constituido por el conjunto de acciones de salud individuales y colectivas de alto impacto social y alta externalidad que se realizarán para promover, proteger, mejorar y mantener la salud de las personas y de la población en general, vigilando, y controlando riesgos y previniendo enfermedades y daños garantizando a la población en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo.



Este componente:

- Se centrará en la persona, la familia, la comunidad y su entorno, respetando sus derechos y su identidad cultural
- Privilegiará a los grupos de población más postergados, vulnerables y con menor oportunidad de acceso a los servicios de salud
- Favorecerá la continuidad de la atención
- Será dinámico e interactivo
- Promoverá que las atenciones y los servicios se provean con calidad técnica y percibida de manera oportuna, pertinente, suficiente
- Organizará a los proveedores en redes de servicios a fin de asegurar la continuidad e integralidad



Para ello se realizará **intervenciones de salud individuales y colectivas**.

Intervenciones individuales: orientadas a la protección, recuperación y rehabilitación de la salud cuya aplicación y acción en las personas produce una alta rentabilidad social, porque protegen del riesgo de enfermar o morir a las personas y comunidad en su conjunto. Su provisión generalmente estará a cargo de una red integrada de servicios de salud constituida por instituciones públicas y no públicas que funcionarán de conformidad con lo establecido por el ente rector.



Intervenciones de salud colectiva: aquellas cuyo consumo es masivo y producen beneficios para toda la población. Comprenden actividades de promoción y prevención; como información, educación y comunicación para la salud; de vigilancia de la salud; eliminación de prácticas y barreras que



ocasionan inequidades en salud y el mejoramiento del medio ambiente. (17)

2.2 Muestre las diapositivas y explique el contenido sobre lo que define el componente de atención/provisión de servicios de salud.



Define:

- **¿A quiénes** se les entregan las prestaciones (prioridad grupos excluidos y vulnerables)?
- **¿Qué** prestaciones se garantizan (*prevención, promoción, curación, rehabilitación*)?
- **¿Dónde** se proveerán los servicios?
- **¿Cómo** se organizará la oferta (niveles y en red)?



2.3 Presente la diapositiva y haga un resumen de todos los contenidos del componente de Atención / Provisión de servicios. Dirija la atención de los/las a las preguntas y relaciónelas con el contenido del cubo.



2.4 Muestre la diapositiva y explique el siguiente contenido:

Cobertura poblacional y grupos prioritarios

- **Ciclos de vida:** *Niñez:* personas de 0 a 9 años; *Adolescencia:* personas de 10 a 19 años, *Adultez:* personas de 20 a 64 años (adultos jóvenes de 20 a 34 años y adultos de 35 a 64 años); *Adultez mayor:* personas de 65 años y más.



Respetando el principio de equidad se priorizará el acceso a grupos de población:

- en condiciones de mayor vulnerabilidad y riesgo;
- con mayor grado de postergación socioeconómica, no cubiertos por ningún otro régimen de prestación público o privado;
- que por sus condiciones sociales, culturales, de género, étnicas, y otras sufren algún grado de postergación en la atención de sus problemas de salud colectivos e individuales.



Poblaciones objetos de políticas prioritarias: por decisión política, jurídica, proyectos de desarrollo regional o, en cumplimiento de compromiso internacional (Convenio, Acuerdo, Resolución) el gobierno nacional ve en la obligación de considerarlos de prioridad indistintamente de acuerdos de otro orden.

Criterios definición grupos prioritarios:

- Perfil epidemiológico y carga de enfermedad de la población.
- Población expuesta a riesgo o en situación de vulnerabilidad.
- Población en exclusión social: extrema pobreza y pobreza, marginación social o económica y con limitado o ningún acceso a servicios de salud u otro tipo de exclusión social.
- Grupos priorizados por el estado en las políticas y leyes del país. (17)



3. Conjunto de Prestaciones en Salud a Garantizar (CPS-G)

► Técnica: Presentación dialogada

3.1 Con apoyo de la diapositiva, explique que el Conjunto de Prestaciones en Salud a Garantizar (CPS-G) es el conjunto de bienes y servicios de salud dirigidos a satisfacer y atender apropiadamente las demandas y necesidades de salud que el Estado se compromete a garantizar a toda la población, implicando derechos y obligaciones para los actores del sistema.

3.2 Luego explique los principales elementos que conforman el Conjunto de Prestaciones en Salud a Garantizar (CPS-G) y los Criterios para su configuración.





La delimitación y ordenamiento del Conjunto de Prestaciones en Salud a Garantizar (CPS-G) consiste en definir el CPS y los Paquetes específicos para segmentos de población especiales.

Paquetes específicos es el conjunto limitado de prestaciones y servicios de salud independientes que se cree conveniente proveer a ciertos grupos especiales de población bajo criterios no aleatorios de priorización, de carácter epidemiológico, social, económico, étnico y político.

3.3 Presente la diapositiva y explique la información sobre el número de prestaciones definidas por ciclo de vida y analizar las proporciones que hay para cada una de ellas. Enfatizando que la mayor proporción de prestaciones están en las etapas de niñez y adolescencia.

EDAD DE INICIO, DURA FINAL	PRESTACIONES DEFINIDAS	PRESTACIONES DE SALUD DEFINIDAS	PRESTACIONES DE SALUD DEFINIDAS POR CICLO DE VIDA	NÚM. DE PRESTACIONES DE SALUD DEFINIDAS POR CICLO DE VIDA
TODAS	18	22	27	96 (100%)
0-9 años	8	10	9	27
De 10 años a 19 años	9	12	7	28
De 20 años a 29 años	9	9	5	18
De 30 años	9	6	4	22
30 años y más	24	26	21	96 (100%)
De 10 a 19 años	9	12	7	28
De 20 a 29 años	14	14	8	34
De 30 años a 39 años	12	9	5	26
40 años y más	27	26	21	75 (100%)
De 10 a 19 años	9	12	7	28
De 20 a 29 años	9	7	5	21
30 años y más	12	12	9	33 (100%)
De 10 años y más	18	18	9	36
TODAS	136	137	69	292
TODAS	136 (100%)	137 (100%)	110 (100%)	292

3.4 El otro aspecto a discutir con los participantes es que el mayor número de prestaciones están distribuidas en las intervenciones de promoción y prevención, las que se desarrollarán en el primer nivel de atención, lo que descargará la afluencia de personas en el nivel hospitalario, lo que puede interpretarse que la mayor cantidad de problemas de salud serán resueltos a este nivel.

3.5 Retome recordando a los participantes de los tres componentes que conforman el Modelo Nacional de Salud y con apoyo de las diapositivas explique los elementos generales de los Componentes de Gestión de Servicios de Salud y el Componente Financiamiento.

3.6 Explore si los participantes tienen preguntas sobre el tema. Refuerce puntos clave.

4. Paquete Específico de prestaciones y servicios en ITS y VIH en poblaciones clave en mayor riesgo de infección

► Técnica: Exposición dialogada

4.1 Presente la diapositiva sobre las prestaciones y servicios del paquete específico.

Del CPS-G se desprende el paquete de prestaciones de salud en ITS y VIH para poblaciones clave que es el instrumento fundamental de regulación para la fijación de prioridades y objetivos de salud para esta población, que se define como “Conjunto de bienes y servicios de salud dirigidos a satisfacer y atender apropiadamente las necesidades y demandas de salud de la población.

Los **servicios** fueron definidos como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones de salud, además para hacer efectivas los servicios, se realizan una serie de actividades de técnicas, tecnologías o de procedimientos.

En ITS y VIH quedaron focalizadas once prestaciones de salud según cuatro áreas: promoción, prevención, atención y apoyo.

4.2 Muestre las diapositivas y explique los componentes del paquete específico de prestaciones.

Componentes del paquete específico de prestaciones y servicios en ITS y VIH

- **Promoción de la salud:** Se ejecutará en ambos niveles, con algunas diferencias de implementación que dependen de la población a la cual se le dirige la actividad a desarrollar y según la capacidad de la unidad ejecutora.

- **Prevención:** La mayoría de estas actividades están destinadas para desarrollarse en el nivel ambulatorio; sin embargo, otras actividades podrán ser ejecutadas en el nivel hospitalario, siempre y cuando cuenten con el personal competente y debidamente entrenado.

- **Atención:** Tiene el propósito de asegurar la continuidad de los servicios de ITS y VIH articulado en los diferentes niveles de atención por medio de las redes integradas

- **Apoyo:** Acciones realizadas cuando la enfermedad está ya instaurada, a través de la entrega de servicios de cuidados en casa, apoyo emocional, consejería, formación de cuidadores tanto familiares como personal voluntario de la comunidad.

Paquete específico de prestaciones y servicios de ITS y VIH

- Las acciones están definidas por nivel de atención y ciclo de vida de las poblaciones clave en mayor riesgo de infección.
- Prioriza las acciones de promoción de la salud y la prevención de las ITS y VIH, que son los pilares fundamentales de la Atención Primaria.
- Identifica las acciones orientadas a la atención y apoyo.
- Permite actualizaciones según la oferta-demanda y perfil epidemiológico.

Componentes del paquete específico de prestaciones y servicios en ITS y VIH

- Promoción de la salud:** Se ejecutará en ambos niveles, con algunas diferencias de implementación que dependen de la población a la cual se le dirige la actividad a desarrollar y según la capacidad de la unidad ejecutora.
- Prevención:** La mayoría de estas actividades están destinadas para desarrollarse en el nivel ambulatorio; sin embargo, otras actividades podrán ser ejecutadas en el nivel hospitalario, siempre y cuando cuenten con el personal competente y debidamente entrenado.

Componentes del paquete específico de prestaciones y servicios en ITS y VIH

- Atención:** Tiene el propósito de asegurar la continuidad de los servicios de ITS y VIH articulado en los diferentes niveles de atención por medio de las redes integradas.
- Apoyo:** Acciones realizadas cuando la enfermedad está ya instaurada, a través de la entrega de servicios de cuidados en casa, apoyo emocional, consejería, formación de cuidadores tanto familiares como personal voluntario de la comunidad.

Poblaciones beneficiarias del paquete específico

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Personas trans femenino
- Trabajadores sexuales
- Carceleros
- Privados de la libertad

4.3 Con apoyo de las diapositivas explique las prestaciones y servicios del Paquete específico.

Prestaciones	Servicios
1. Promoción de conductas saludables para la prevención de las ITS y el VIH	1.1. Educación sobre los derechos sexuales y reproductivos 1.2. Promoción de los comportamientos seguros para la prevención de ITS y VIH
2. Promoción de los servicios para el diagnóstico oportuno de las ITS y el VIH	2.1. Promoción de los servicios de consejería y prueba de VIH 2.2. Promoción de los servicios de detección oportuna de las ITS 2.3. Promoción de los servicios para la prevención de la transmisión del VIH y sífilis de madre a hijo/a
3. Promoción de los servicios de profilaxis post-exposición al VIH	3.1. Promoción de los servicios de profilaxis post-exposición al VIH
4. Organización social y comunitaria	4.1. Participación de las organizaciones

Prestaciones	Servicios
1. Diagnóstico oportuno de VIH	1.1. Consejería y prueba de VIH 1.2. Entrega de condones, lubricantes y material educativo
2. Diagnóstico oportuno de las ITS	2.1. Entrega de kits de detección de la infección por el VIH 2.2. Diagnóstico de ITS por laboratorio 2.3. Entrega de condones, lubricantes y material educativo
3. Profilaxis post-exposición al VIH	3.1. Consejería y prueba de VIH en caso de los Examenos 1, 6 y 12 meses de la exposición 3.2. Terapia antirretroviral (TAR) de 28 días 3.3. Entrega de condones, lubricantes y material educativo
4. Prevención de la transmisión del VIH y sífilis de madre a hijo/a	4.1. Consejería y prueba de VIH y sífilis pre y post parto 4.2. Prueba de VIH y sífilis en el laboratorio de salud comunitaria en el primer y tercer trimestre del embarazo 4.3. Manejo clínico post-exposición al VIH 4.4. Manejo clínico post-exposición a la ITS 4.5. Profilaxis de lactante

Prestaciones	Servicios
Atención integral de la persona con diagnóstico de ITS y VIH que contribuya a la mejora de su condición de salud y calidad de vida.	1- Manejo clínico 2- Terapia antirretroviral 3- Pruebas de laboratorio 4- Seguimiento a la evaluación clínica y laboratorio a la persona con VIH 5- Profilaxis y manejo terapéutico para las infecciones oportunistas 6- Diagnóstico y manejo sintomático de ITS 7- Diagnóstico de ITS por laboratorio

Prestaciones	Servicios
1. Apoyo social y emocional	1. Atención comunitaria
2. Apoyo psicológico	2. Atención psicológica

4.4 Muestre la diapositiva y resuma explicando que el paquete específico de prestaciones comprende 11 prestaciones y 29 servicios.

Promoción	4
- Prestaciones	
- Servicios	16
Prevención	4
- Prestaciones	
- Servicios	19
Atención	1
- Prestaciones	
- Servicios	11
Apoyo	2
- Prestaciones	
- Servicios	2
11 Prestaciones y 29 Servicios	

► **Técnica:** “Los amigos”

4.5 Solicite 8 voluntarios para desarrollar la técnica, 4 de ellos serán usuarios/as y 4 de ellos prestadores de servicios, es importante brindarles las instrucciones por separado.

4.6 Saque a los primeros 4 participantes fuera del salón y asigne a cada uno de ellos un rol específico. Como usuarios/as de servicios; una persona usará las muletas y es analfabeto, otra persona tendrá problemas de audición, otra persona no puede hablar, otro tendrá problemas de visión.

Instrucciones para los usuarios;

- El primer usuario usará las muletas, puede hablar, escuchar, pero no tiene ningún grado de escolaridad, pero además tiene una pierna fracturada y busca información como cuidar su salud porque hace poco le diagnosticaron que es una persona viviendo con VIH, así que comunicará de manera superficial, confusa y con mucha pena al médico, pero su comprensión sobre lo que el médico le explique será poca, por su analfabetismo.

- El segundo usuario tendrá problemas de audición, puede hablar, pero NO escucha NADA, solamente llego al tercer grado. Busca información sobre cómo usar el condón y necesita saber cómo explicárselo a su esposa. Así que comunicará de manera creativa a la consejera lo que necesita saber, pero no podrá saber lo que le explican porque no escucha ninguna instrucción.
 - El tercer usuario es una persona que tiene problemas de visión, es una persona que iniciará terapia antirretroviral y necesita saber todo sobre el medicamento, horario, efectos, adherencia, tratará de comunicarle a la enfermera, pero será difícil la comprensión porque no puede diferenciar los medicamentos, no tiene posibilidades de leer instrucciones.
 - El cuarto usuario es una persona que no puede hablar, solo escucha, puede leer y escribir. Es una persona con VIH que tiene muchas parejas sexuales y no usa el condón, la consejera le hablara lo importante de prevenir la reinfección y otras infecciones de transmisión sexual.
- 4.7 Pida a las otras 4 personas que salgan del salón y asígneles su rol específico como prestadores de servicios a personas con VIH; personal médico, enfermera, consejeras (2), cada uno de ellos tendrá que atender a un usuario.
- El médico o medica brindará la atención sobre cómo debe una persona con VIH cuidar su salud porque hace poco le diagnosticaron que es una persona viviendo con VIH
 - La consejera (1) brindará una consejería sobre cómo usar el condón y la información del usuario para explicárselo y convencer a su esposa.
 - La Enfermera brindará la consejería a una persona que iniciará terapia antirretroviral y necesita saber todo sobre el medicamento, horario, efectos, adherencia, citas, exámenes.
 - La consejera (2) brindará una consejería a una persona con VIH que tiene muchas parejas sexuales y no usa el condón, la consejera le hablará lo importante de prevenir la reinfección y otras infecciones de transmisión sexual, pero emitirá juicios de valor por las prácticas sexuales del usuario.
- 4.8 Explique al resto de los participantes, también tendrán un rol específico, el cual estará orientado a deambular por el salón (cerca de los usuarios que buscan el servicio de salud), pero no les brindarán ningún apoyo, serán indiferentes a las necesidades y preguntas de los usuarios.
- 4.9 Recomiende a las personas que deben asumir el rol que se les indica de manera responsable, porqué personificarán a otros que se encuentran con una situación diferente o especial.
- 4.10 Inicia el juego de roles cuando los usuarios buscan servicios de salud para personas con VIH, caminarán por separado y luego se juntan para lograrlo. Ellos buscan atención médica, de enfermería y consejería para el cuidado de la salud, pero ellos enfrentarán varios obstáculos que se presentan en lo cotidiano.
- 4.11 Cuando hayan desarrollado el juego de roles, solicíteles a todos los participantes que expresen como se sintieron. Inicie la discusión grupal con todos los participantes y tome nota de los aspectos más relevantes de la discusión.
- 4.12 Reflexione sobre:
- *¿Cómo se sintieron y que sentimientos experimentaron los usuarios?*

Entre los sentimientos que pueden desarrollar los usuarios están; incomodidad, rechazo, discriminación, no lo escuchan a uno, violan derechos, preocupado porque el problema no fue atendido, insatisfechos porque le resolvieron su necesidad, difícil decir lo que necesitaba.

- *¿Cómo se sintieron y que sentimientos experimentaron los prestadores de servicios?*

En las diferentes situaciones en lo cotidiano de la atención los prestadores pueden sentir, experimentar o manifestar; incomodidad, no hallar que hacer, inseguridad, problemas para demostrar el uso del condón, impaciencia para atender a los usuarios y comprender su situación, miedo, falta de conocimiento para manejar la situación, falta de práctica para resolver situaciones especiales, dar recomendaciones a partir de lo que el prestador considera bueno para el usuario, censurar y criticar de las prácticas sexuales de los usuarios. Otros prestadores pueden experimentar frustración por desear ayudar y no tener respuestas favorables, porque no cuentan con el suficiente conocimiento, apoyo logístico para brindar una atención adecuada.

- 4.13 Reflexione en base a lo siguiente: las personas con VIH y sus familias enfrentan diferentes obstáculos en la atención los cuales pueden ser disminuidos al trabajar la actitud y sensibilidad de los prestadores de servicios, generando un impacto positivo y mejorando la atención, promoción y acceso al tratamiento antirretroviral el cual es un derecho fundamental para la vida de las personas con VIH.
- 4.14 Pregunte a los participantes como relacionan este ejercicio con el Paquete específico de prestaciones y servicios en ITS y VIH para poblaciones en mayor en mayor riesgo y vulnerabilidad.
- 4.15 Repase los objetivos y enfatice puntos clave.

Sesión 3: Promoción de la salud

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Comprender el concepto de promoción, en base a lo planteado en las diferentes conferencias internacionales.
2. Identificar los principales hitos de la promoción de la salud para la prevención del VIH en Honduras para el período de 1985 al 2015
3. Conocer las tres estrategias básicas para la promoción de la salud que plantea la Carta de Ottawa y las áreas de acción prioritarias.
4. Describir las estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH.



Temas y contenidos:

1. Antecedentes
 - Resumen de las conferencias de promoción de la salud
2. Estrategias básicas para la promoción de la salud.
 - Áreas de acción prioritarias de la promoción de la salud
3. Enfoque de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
 - Prevención de las ITS y VIH
4. Experiencias nacionales de estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH.
 - Principales hitos de la promoción de la salud para la prevención del VIH en Honduras para el período de 1985 al 2015
5. Estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH.
 - Abogacía e incidencia política
 - Alianzas estratégicas / organización comunitaria
 - Movilización social
 - Comunicación para el cambio de comportamiento
 - Mercadeo social de los servicios de prevención y atención de las ITS y VIH
 - Acceso universal y oportuno a condones
 - Educación para la salud
 - Tecnologías de la información y comunicación (TIC) para la promoción de la salud.

Técnicas:

- Presentación dialogada
- Lectura dirigida en grupos, Lectura dirigida en plenaria
- Presentación de estrategia de comunicación
- Lluvia de ideas con tarjetas de colores
- “Una voz en la Multitud”

Materiales requeridos:

- Data Show
- Tarjetas de colores grandes y medianas
- Papel rotafolio
- Marcadores
- Masking Tape

Material de Apoyo:

- Lineamientos Generales de Promoción de la Salud para la Prevención de las ITS y el VIH en Honduras

Tiempo estimado: 160 minutos

1. Antecedentes

► Técnica: Presentación dialogada

- 1.1 Inicie el tema preguntado a los participantes qué conocen sobre promoción de la salud. Anote las aportaciones en un papel rotafolio.
- 1.2 Retome las aportaciones y relaciónelas con el siguiente contenido a desarrollar.

A partir de la declaración de Alma-Ata de 1978, los países signatarios han realizado esfuerzos para lograr la meta de “Salud para todos en el año 2000” planteada en ese año. No obstante, dichos esfuerzos no fueron suficientes y es obvio el fracaso en materializar los valores y principios de Alma-Ata, en vista que continúan las desigualdades sociales, la dificultad en acceder a los servicios de salud con calidad y la situación de la salud de muchos pueblos aun es precaria lo que indica que los 10 puntos principales de la conferencia continúan vigentes y algunos de los Estados tienen la tarea pendiente de cumplir con la meta Establecida en Alma-Ata (6).



La promoción de la salud es una de las funciones esenciales de la salud pública (Fesp) y, es importante comprender el concepto, las estrategias y líneas de acción, así como la modificación de las definiciones para responder a los desafíos de la salud pública mundial de acuerdo a lo planteado en las diferentes conferencias internacionales.

- 1.3 Refiera a los participantes al documento de Orientaciones técnicas al Cuadro 1. Resumen de las conferencias de promoción de la salud y a través de lectura dirigida discuta cada una de ellas.



2. Estrategias básicas para la promoción de la salud

► Técnica: Presentación dialogada

- 2.1 Con apoyo de las diapositivas explique y discuta las estrategias básicas para la promoción de la salud que plantea la Carta de Ottawa.

La Carta de Ottawa plantea tres estrategias básicas para la promoción de la salud (14):

- 1) **Abogacía por la salud:** Con el fin de crear las condiciones sanitarias esenciales: Una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo a las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud.



Dicha acción puede ser adoptada por los propios individuos y grupos, y/o en su nombre, con el fin de crear *condiciones de vida* que conduzcan a la *salud* y a la adquisición de *estilos de vida* sanos. La abogacía por la salud es una de las tres grandes estrategias de *promoción de la salud* y puede adoptar muchas formas, incluido el uso de los medios informativos y los multimedia, la presión directa a los políticos y la movilización de la

comunidad, por ejemplo, a través de grupos de incidencia, sobre cuestiones concretas. Los profesionales sanitarios tienen un importante papel como defensores de la *salud* en todos los niveles de la sociedad.

- 2) **Desarrollar las habilidades personales o habilidades para la vida:** Son las capacidades de adoptar un comportamiento positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana.
- 3) **Mediar a favor de la salud entre los distintos intereses encontrados en la sociedad:** actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.

2.2 Continúe explicando las áreas de acción prioritarias de la promoción de la salud.

Áreas de acción prioritarias de la promoción de la salud

Las estrategias de promoción de la salud se apoyan en cinco áreas de acción prioritarias, contempladas en la Carta de Ottawa (14):

- Establecer una política pública saludable;
- Crear entornos que apoyen la salud;
- Fortalecer la acción comunitaria para la salud;
- Desarrollar las habilidades personales y
- Reorientar los servicios sanitarios.



A continuación se detallan cada una de ellas:

Política pública saludable. Una política pública saludable se caracteriza por una preocupación explícita por la *salud* y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. Su finalidad consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. La política posibilita o facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convertir los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud (14).



Entornos saludables. Los entornos que apoyan la salud ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprende los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, que incluye el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades de empoderamiento (14).



Acción comunitaria para la salud. Se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los *determinantes de la salud* y en consecuencia mejorar la *salud*. La *Carta de Ottawa* pone de relieve la importancia de una acción concreta y eficaz de la *comunidad* en el establecimiento de prioridades en materia de *salud*, la adopción de decisiones, la



planificación de estrategias y su implementación con el fin de mejorar la salud (14).

El concepto de *empoderamiento para la salud* de la comunidad guarda estrecha relación con la definición de acción comunitaria para la salud de la Carta de Ottawa. En este concepto, una comunidad empoderada de su salud es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades y a satisfacer sus necesidades sanitarias. Mediante dicha participación, los individuos y las organizaciones de una comunidad que ofrecen apoyo social en materia de salud, abordan los conflictos dentro de la *comunidad*, y adquieren una mayor influencia y control sobre los *determinantes de la salud* de su *comunidad* (14).

Desarrollar las *habilidades personales* (Habilidades para la vida).

Son habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, desarrollar la capacidad para vivir con su entorno y lograr que éste cambie. Como ejemplos de habilidades para la vida individuales se pueden citar la toma de decisiones y la solución de problemas, el pensamiento creativo y crítico, el conocimiento de sí mismo y la empatía, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad de hacer frente a las emociones y manejar el estrés. Las habilidades para la vida tal y como se define anteriormente, son elementos constitutivos fundamentales del desarrollo de las *habilidades personales en la promoción de la salud* descritas como una de las áreas de acción clave en la Carta de Ottawa.



Reorientación de los servicios sanitarios. La reorientación de los servicios sanitarios se caracteriza por una preocupación más explícita en lograr resultados de salud en la población, reflejados en las formas de organización y financiación del sistema sanitario. Esto debe llevar a un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios que se centre en las necesidades del individuo de manera holística en equilibrio con las necesidades de grupos de la población.



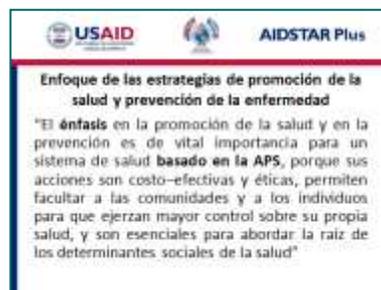
La Carta de Ottawa pone de relieve la importancia de la contribución del *sector sanitario* para alcanzar la salud. La responsabilidad de lograrlo la comparten los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos, a los cuales se suman los individuos y las comunidades a quienes sirve el *sector sanitario*. La mayoría de las veces, esto requiere un aumento de las acciones de promoción de la salud y *prevención de la enfermedad* para alcanzar un equilibrio óptimo entre las inversiones en servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, asistencia y rehabilitación.

3. Enfoque de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

► Técnica: Presentación dialogada

3.1 Con apoyo de las diapositivas explique lo siguiente:

En el documento de renovación de la APS, se plantea que *“el énfasis en la promoción de la salud y en la prevención es de vital importancia para un sistema de salud basado en la APS, porque sus acciones son costo–efectivas y éticas, permiten facultar a las comunidades y a los individuos para que ejerzan mayor control sobre su propia salud, y son esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud”* (23). Lo que demanda precisar la diferencia entre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.



La OMS define la prevención como las *“Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”* (OMS, 1998)



Las acciones preventivas están orientadas a:

- Evitar la aparición de enfermedades específicas, reducir la incidencia que predomina en las poblaciones.
- Al discurso preventivo, que es el conocimiento epidemiológico moderno; su objetivo es el control de la transmisión de enfermedades infecciosas.
- Reducir el riesgo de enfermedades degenerativas u otros agravios específicos a la salud,
- Orientar los proyectos de prevención y de educación en salud para la divulgación de información científica y de recomendaciones normativas que fomenten los hábitos saludables.



3.2 Muestre la diapositiva y explique.

La Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud “La salud, tarea de todos” de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la salud de México, define que la prevención de enfermedades “es el conjunto de medidas adoptadas con el fin de evitar o disminuir los riesgos y daños a la salud”, y describe que la prevención se divide en primaria, secundaria y terciaria (25):



- **Prevención primaria:** Busca evitar o reducir nuevos casos de una enfermedad.
- **Prevención secundaria:** Tiene como objetivo detectar tempranamente y otorgar tratamiento oportuno para reducir la permanencia de una enfermedad ya presente.

- **Prevención terciaria:** Es el conjunto de medidas que se toman para reducir las limitaciones físicas o mentales producidas por una enfermedad y reincorporar al individuo a su medio.

Prevención de las ITS y VIH

- ▶ **Técnica:** Lluvia de ideas con tarjetas de colores.

Preparación previa:

- En tarjetas grandes de diferentes colores escriba: Prevención primaria (Tarjeta Amarilla), Prevención secundaria (Tarjeta Verde, y Prevención Terciaria (Tarjeta Celeste).
- De acuerdo al número de participantes prepare tarjetas de 3 colores diferentes. Una tarjeta por participante.

3.3 Coloque las tarjetas con los títulos de los tipos de prevención enfrente. Entregue a cada participante una tarjeta. Pídales que de acuerdo al color de tarjeta que se les entregó escriban uno o dos ejemplos de acciones, intervenciones o servicios en ITS y VIH y que los peguen debajo de la tarjeta correspondiente al tipo de prevención.

3.4 En plenaria analice los ejemplos y retroalimente. Para reforzar utilice las diapositivas relacionadas al siguiente contenido.

En el tema específico de las ITS y VIH, la **prevención primaria** tiene el objetivo de disminuir la incidencia de las infecciones a través del abordaje a las determinantes sociales.

Por ejemplo: modificación de comportamientos sexuales de riesgo, cambios estructurales para disminuir el estigma y discriminación, información disponible y acceder a los servicios, uso de condones, lubricantes, brindar tratamiento ARV a las mujeres embarazadas con VIH para prevenir infecciones en el niño o niña, donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis son entre otros acciones de prevención primaria.



La **prevención secundaria** se basa en la detección temprana y oportuna de las ITS y el VIH, para ello, se requiere mejorar el acceso de las poblaciones a los servicios de diagnóstico y tratamiento.

Un ejemplo de ello, es la aplicación de las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizadas en el 2013 que recomiendan iniciar el terapia antirretroviral (TAR) más tempranamente (26), lo que exige un acceso a los servicios de prueba de VIH para obtener un temprano diagnóstico. También se cita como ejemplos de la prevención secundaria, evitar la reinfección con virus resistentes a los ARV y la prevención de las infecciones oportunistas entre otros.



En la **prevención terciaria**, es fundamental el control y seguimiento de la persona con VIH, así como el apego a la terapia. Un ejemplo es: la retención en TAR y la reducción de la carga viral a niveles indetectables. Del mismo modo, la participación comunitaria a través de los grupos de auto apoyo o autoayuda, visita domiciliaria son un ejemplo de acciones de prevención terciaria (27).



3.5 Refuerce que como actualmente no existe una vacuna para prevenir el VIH, es necesario enfatizar en la prevención de las infecciones y llevar a cabo un conjunto de acciones de **“prevención combinada” que conjugue el abordaje al comportamiento, biomédicas y estructurales** según la naturaleza de su epidemia y las necesidades de las personas más expuestas al riesgo de infección (28). Bajo estas definiciones, deberá impulsarse iniciativas que incluyen acciones armonizadas entre los diferentes niveles de prevención.



3.6 Pida a los participantes ejemplos de “prevención combinada” y retroalimente. Exprese que más adelante se tendrá oportunidad de discutir a más profundidad este tema.

4. Experiencias nacionales de estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH

▶ **Técnica:** Lectura dirigida en grupos, presentación de estrategia de comunicación.

4.1 Forme grupos de 6 personas. Refiera a los participantes a la Guía de orientaciones técnicas y pídales que lean y discutan el contenido sobre Experiencias nacionales de estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH. *Principales hitos de la promoción de la salud para la prevención del VIH en Honduras para el período de 1985 al 2015. Deles 30 minutos.*

4.2 Cuando hayan finalizado y en plenaria pida que hagan sus comentarios o dudas.

4.3 Finalice el tema presentando ejemplos de las campañas y estrategias de promoción para la prevención del VIH que se han desarrollado en Honduras.

5. Estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH

▶ **Técnica:** Lluvia de ideas

5.1 Retomando el tema anterior, pregunte a los participantes que estrategias de promoción de la salud en ITS y VIH conocen o en que hayan participado. Anote las aportaciones en un papel rotafolio.

5.2 Retome las aportaciones y explique el siguiente contenido:

Las estrategias a utilizar en la temática de ITS y VIH según lo plantea el Modelo Nacional de Salud, la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS y VIH y el marco conceptual de promoción de la salud son las siguientes:

- Abogacía e incidencia política
- Alianzas estratégicas / organización comunitaria
- Movilización social
- Comunicación para el cambio de comportamiento
- Mercadeo social de los servicios de prevención y atención de las ITS y VIH



- Acceso universal y oportuno a condones
- Educación para la salud
- Tecnologías de la información y comunicación (TIC) para la promoción de la salud.

► **Técnica:** Lectura dirigida en plenaria

5.3 Refiera a los participantes a la Guía de Orientaciones técnicas y a través de lectura dirigida explique y dialogue cada las cinco estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH.

- **Abogacía e incidencia política:** Es el “conjunto de recursos y habilidades que influyen en la opinión pública, movilizar recursos y fuerzas para apoyar políticas y propuestas específicas (Wallock). La abogacía y defensa pública, es un conjunto de acciones dirigidas a quienes toman decisiones y que apoyan una causa política específica. Está siempre dirigida a influir en políticas, leyes, normas, programas u obtener financiamiento. Las decisiones se toman en los niveles más altos de las instituciones del sector público y privado.

La abogacía es una estrategia de promoción de la salud, que combina acciones individuales y sociales destinadas por un lado, a superar resistencias, prejuicios y controversias; y por otro lado, a conseguir compromisos y apoyo a las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas con un determinado objetivo o programa de salud (9).

- **Alianzas estratégicas:** La creación de alianzas estratégicas propone el involucramiento e interacción de los distintos actores: sistema de salud, la comunidad, sus organizaciones y las diferentes instancias del Estado para abordar la diversidad de determinantes de la situación de salud. Promover la salud requiere comprender la dimensión de la responsabilidad compartida, donde aunar esfuerzos y recursos es clave para apoyar procesos que incidan en mejoras significativas en la calidad de vida.

Las alianzas interinstitucionales se proponen con un fin común, ampliar el alcance de las intervenciones, crear nuevas formas de comprensión del proceso de salud y sus determinantes, a la vez que permiten compartir marcos teóricos y prácticos que retroalimentan la tarea y facilitan el aprendizaje. La acción coordinada crea un ámbito de actuación compartido y de cooperación que identifica la especificidad del aporte en términos de decisiones, acciones y recursos que moviliza cada sector (31).

- **Movilización Social:** Es la participación genuina y de empoderamiento; proceso a través del cual los grupos son capaces de expresar sus inquietudes, participar en las decisiones y lograr acciones (36).
- **Comunicación para el cambio de comportamiento:** Es un proceso interactivo con las comunidades (integradas a un programa general) para desarrollar mensajes y enfoques usando una variedad de medios de comunicación para desarrollar comportamientos positivos; promover y sostener el cambio de comportamiento individual, comunitario y social; y mantener comportamientos apropiados (32) .

Proceso mediante el cual se difunde los conocimientos y se promueve la modificación o reforzamiento de comportamiento que contribuyen a la prevención de enfermedades. La comunicación para el cambio de comportamiento, es una estrategia clave que permite informar al público sobre asuntos de salud, mantener en la agenda pública asuntos importantes sobre salud y promover estilos de vida.

- **Mercadeo social de los servicios de prevención y atención integral a las personas con ITS y VIH:** Una estrategia que utiliza elementos de mercadeo—diseño del producto, precio adecuado, venta y distribución y comunicación para fomentar comportamientos que beneficien a las personas y orienten a las comunidades hacia el bien común. Los programas de mercadeo social venden productos subsidiados en puntos de venta del sector comercial, como por ejemplo, las farmacias; distribuyen productos gratuitos; ofrecen servicios de salud a través de franquicias sociales; y promueven comportamientos (33).
- **Acceso universal y oportuno a condones:** Es una estrategia que articula la respuesta institucional que garantice el acceso y accesibilidad a los condones masculinos, femeninos y lubricantes a base de agua, así como crear las condiciones que mejore la disponibilidad de los mismos.
- **Educación para la Salud:** Es una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos. Se pretende que los individuos adquieran y conserven hábitos de salud sanos, que aprendan a usar más juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición, y que estén capacitados a la hora de tomar decisiones (de modo individual o colectivo con su comunidad) que impliquen en todo momento la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en el que viven. (38).

Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la información sanitaria, y el conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad (38).

Aborda no solamente la transmisión de conocimientos relativos a la salud individual y colectiva, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Incluye la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, y la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria.

Supone transmisión de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud (38).

- **Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para la promoción de la salud:** Se definen colectivamente como innovaciones en microelectrónica, computación (hardware y software), telecomunicaciones, que permite de una manera rápida la distribución de la información a través de redes de comunicación o redes sociales, extendiéndose el alcance de la red a casi todo el mundo (39).

En el campo de la prevención del VIH y en la atención a las personas con esta infección, el uso de las TIC abre un sin fin de oportunidades de acción que muchas personas profesionales y voluntarias están ya incorporadas al trabajo que desempeñan en sus organizaciones e instituciones (39).

- 5.4 Explique que de estas estrategias la que se abordará es la de Comunicación para el cambio de comportamiento, para lo cual se desarrolló la Guía de Orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento de promoción en salud para la prevención de las ITS y el VIH en poblaciones clave en mayor riesgo.

► **Técnica:** “Una voz en la Multitud”

Preparación previa:

- Corte tarjetas de cartulina de colores, según el número de participantes, asegúrese que el tamaño de cada pieza sea igual.
 - En cada pieza de cartulina escriba el nombre de los siguientes animales; perro, gato y vaca. En una tarjeta escriba la Pollito. Asegúrese que la distribución de los participantes sea en partes iguales.
- 1) Seleccione entre los participantes a una persona y entréguele la tarjeta cartón con el nombre de “Pollito”. Es importante que solo una persona sea pollito.
 - 2) Una vez distribuidos los roles, solicite a los participantes que pasen todos al centro del salón.
 - 3) Indíqueles que deben cerrar los ojos y que tengan confianza en sí mismos, luego con los ojos cerrados y con cuidado comiencen a caminar.
 - 4) Dígales que deben moverse de lugar, pueden utilizar las manos para saber si hay alguien cerca, pero no deben hablar, reírse ni emitir ningún ruido.
 - 5) Cuando todos se hayan movido de su lugar original, indíqueles que pueden comenzar a emitir el sonido según el animal que les salió en la tarjeta.
 - 6) Siempre con los ojos cerrados pero emitiendo los sonidos de animales (perro, gatos, vaca y pollito) deben escuchar donde están los otros compañeros que hacen el mismo sonido.
 - 7) Cuando se hayan agrupado según el sonido del animal asignado, pídales que abran sus ojos y vean quiénes son sus compañeros.
 - 8) En plenaria pida la participación de todos y anote los aspectos más relevantes de la discusión.
 - 9) Solicite a todos los participantes que cuenten como se sienten con la experiencia, haga las preguntas que promuevan la reflexión y tome nota.
 - 10) Procese el ejercicio haciendo las siguientes preguntas:
 - *¿Cómo se sintieron al caminar con los ojos cerrados?*
Experimentaron temor, miedo, inseguridad, impotencia como perdidos, sin saber que va a pasar en su vida, la de sus amigos y la de su familia.
 - *¿Qué sentimientos experimentaron cuando comenzaron a identificar sus compañeros?*
Se reconoce la importancia de hablar un mismo lenguaje, el sentir que ya no estaba solo y se sentían seguros, apoyados, ya no había confusión. En cambio una persona diferente se siente sola está insegura temerosa, triste, perdida y sin saber qué hacer.
 - *¿Qué sintió la persona que tuvo la tarjeta de pollito?*
Se siente totalmente solo, que es el único en el mundo, inseguro, con temor y no cuenta con apoyo
 - *¿En la vida real a que personas o poblaciones representa el pollito.*
Al asociar este sentimiento con las personas con diferente orientación sexual, de género o con VIH
 - *¿Cómo se aplica este ejercicio con relación a la experiencia de ser diferente?*
En la prestación y el acceso a los servicios.
 - 11) Resuma y enfatice puntos clave.

Sesión 4: Comunicación para el cambio de comportamiento

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Describir en que consiste la comunicación para propiciar el cambio de comportamiento
2. Explicar las etapas del cambio de comportamiento y la forma en que se utiliza para adaptar a las intervenciones
3. Explicar las diferencias entre riesgo y vulnerabilidad

Temas:

1. Definición y cambios conceptuales
2. Roles de la comunicación para el cambio de comportamiento
3. El cambio de comportamiento
4. Niveles o etapas en el proceso de cambio de comportamiento
5. Diferencia de riesgo y vulnerabilidad

Técnicas:

- Ejercicio en parejas,
- Ejercicio grupal: Intervenciones para cambio de comportamiento,
- Presentación dialogada
- Lectura dirigida en plenaria
- Lectura dirigida en grupos
- Técnica interactiva: ¡Qué¿para Mí y Qué¿para los Demás!
- Entrevistado - Entrevistador

Materiales requeridos:

- Hojas de papel rotafolio
- Tarjetas de colores
- Masking tape
- Marcadores permanentes de acuerdo al número de participantes
- Data Show

Material de Apoyo:

- Guía de orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento para la prevención de las ITS y VIH en poblaciones clave

Tiempo estimado: 240 minutos

1. Definición y cambios conceptuales

▶ Técnica: Ejercicio en parejas

- 1.1 Pida a los participantes que en pareja con la persona que se encuentra a su derecha anoten todas las formas de comunicarse que se les ocurran.
- 1.2 Luego pregunte a las parejas que indiquen cuantas formas de comunicación anotaron. Pida a la pareja que escribió el mayor número que lea la lista. Invite a los demás participantes a agregar otras ideas. Anote las formas de comunicarse en un papel rotafolio y léalas.
- 1.3 Retome las aportaciones y explique el concepto de “Comunicación”

La comunicación es “un proceso mediante el cual dos o más personas, en un contexto determinado, ponen en común una información, ideas, emociones, habilidades mediante palabras, imágenes, etc., que les pueden permitir obtener, reafirmar o ampliar conocimientos anteriores”, y es además “complementario al de participación”. En el campo de la salud, comunicación y participación son fundamentales, pues a través de una participación activa y consciente de la comunidad lograremos fomentar el autocuidado de la salud. (14)

► **Técnica:** Ejercicio grupal: Intervenciones para cambio de comportamiento

Preparación previa:

Haga 5 juegos de tarjetas con tipos de intervenciones que se pueden realizar para cambiar comportamiento.

- *Campañas masivas (prensa, TV, murales)*
- *Actividades (plazas, vigiliias, marchas)*
- *Charlas a grupos grandes*
- *Distribución de material educativo (hojas volantes condones, folletos, publicaciones)*
- *Talleres participativos (desde el diseño hasta el desarrollo)*
- *Intervenciones en grupos pequeños (10 a 12 personas)*
- *Intervención individual (consejería)*

1.4 Divida a los participantes en cinco grupos y entregue a cada uno un juego de tarjetas, una hoja de papel rotafolio.

1.5 Indique que el ejercicio consiste en ordenar las Intervenciones de MENOR a MAYOR efectividad para el cambio de comportamiento. Deles 5 minutos.

1.6 Cuando hayan finalizado pida que cada grupo presente el trabajo. A medida que los grupos vayan presentando propicie el análisis sobre los elementos o factores que influyen en la efectividad de las intervenciones en el cambio de comportamientos. Muestre la diapositiva y permita que los grupos comparen el trabajo realizado con la diapositiva.

1.7 Enfaticé que la efectividad de las intervenciones en el cambio de comportamiento depende de muchos factores, los medios utilizados, población a la que van dirigidos, el nivel de participación de las personas en las intervenciones, entre otros.

► **Técnica:** Presentación dialogada

1.8 A través de presentación dialogada desarrolle el siguiente contenido:

Los programas o estrategias de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) están diseñados para producir comportamientos o conductas que mejoran la condición de la salud y los resultados pertinentes en el largo plazo. Conocida en el pasado como Información- Educación-Comunicación, o IEC, el cambio de nombre implica un desplazamiento en el enfoque de producir materiales a implementar programas estratégicamente diseñados para influir en el comportamiento.



En general, la comunicación para el cambio de comportamiento puede definirse como el proceso de entendimiento de la situación de una persona, desarrollando mensajes que responden a las preocupaciones dentro de esas situaciones, y usando procesos y medios de comunicación para persuadir a la gente de cambiar sus actitudes y comportamientos, así como prácticas que los colocan en riesgo.



La comunicación para el cambio de comportamiento puede describirse como una herramienta multinivel para promover y apoyar el cambio de comportamiento para reducir riesgos, de forma individual y comunitaria, a través del uso de mensajes e información bien distribuida mediante una variedad de canales de comunicación predefinidos y definidos.

Así, el proceso se centra en el cambio de comportamiento a través del uso de canales prácticos. Se observa que la conducta individual es directamente influenciada o modificada por las experiencias del entorno, que comprenden influencias sociales, económicas, religiosas y culturales.



Los programas de Comunicación para Cambio de Comportamiento abarcan una amplia gama de intervenciones dentro de tres grandes categorías:

- 1) Los **medios de comunicación masiva** (radio, televisión, vallas, material impreso, Internet);
- 2) La **comunicación interpersonal** (la interacción entre la persona y el proveedor, las presentaciones en grupo); y
- 3) La **participación comunitaria**.



2. Roles de la comunicación para el cambio de comportamiento en la prevención del VIH

► **Técnica:** Lectura dirigida en plenaria

2.1 Presente la diapositiva y explique que un programa o intervención eficaz de comunicación para el cambio de comportamiento en VIH debe cumplir con los siguientes objetivos (6).



2.2 Refiera a los participantes a la Guía de Orientaciones técnicas y a través de lectura dirigida desarrolle el contenido sobre estos objetivos.

- **Aumentar los conocimientos:** Asegurar que se les ofrezcan a las personas la información sobre cómo se transmite y como no se transmite el VIH y las medidas de prevención.
- **Fomentar el diálogo comunitario.** Puede fomentar las discusiones comunitarias y nacionales sobre los datos básicos del VIH y los factores subyacentes que pueden contribuir a la epidemia, como los comportamientos de riesgo y entornos de vulnerabilidad, prácticas culturales y ambientales relacionadas con las relaciones sexuales desprotegidas, la sexualidad, y prácticas estigmatizadas (relaciones sexuales entre hombres) que crean estas condiciones.
- **Promover un cambio esencial de actitud.** Puede llevar a cambios de actitud apropiados, por ejemplo, el riesgo personal percibido de la infección por el VIH, la provisión de servicios humanitarios y sin críticas, el incremento de actitudes sin prejuicios con respecto a los roles de género, y el incremento de los derechos básicos de aquellas personas vulnerables y afectadas por el VIH.
- **Reducir el estigma y la discriminación.** La comunicación acerca de la prevención de la infección por el VIH y la mitigación del sida, deben enfocarse en la disminución del estigma y la discriminación, e intentar influir en mejores respuestas sociales.
- **Crear una demanda de información y servicios.** Puede incentivar a las personas familias y comunidades a exigir información sobre el VIH y los servicios apropiados.
- **Abogar.** Puede conducir a las personas encargadas de formular políticas y a los líderes de opinión a considerar enfoques eficaces para la epidemia.
- **Promover servicios para la prevención, la atención y el apoyo.** Promueve servicios para las ITS y el VIH; usuarios de drogas intravenosas, huérfanos y otros niños vulnerables, pruebas y asesoramiento voluntarios para la transmisión de madre a hijo/hija; grupos de apoyo para las personas con el VIH; atención clínica para las infecciones oportunistas; apoyo social y económico.
- **Mejorar las aptitudes y el sentido de autoeficacia.** Los programas de CCC pueden centrarse en las enseñanzas o el refuerzo de nuevas aptitudes y comportamientos: como el uso de condones, la negociación de la actividad sexual más sana, y las prácticas para administrar las inyecciones sin riesgo. Esto puede contribuir al desarrollo de un sentido de confianza para hacer y tomar decisiones.

3. El cambio de comportamiento

► **Técnica:** Presentación dialogada,

3.1 Pida a los participantes que se detengan a pensar en una ocasión en la que cambiaron su comportamiento o adoptaron un comportamiento nuevo.

Pregunte:

- ¿Qué cosas debieron pasar para llegar a adoptar el nuevo comportamiento?
- ¿Cuánto tiempo les tomó?

3.2 Escriba los comentarios y aportaciones en papel rotafolio y discútalos.

3.3 Explique que adoptar un comportamiento nuevo o cambiar uno viejo en relación con la salud toma tiempo y, en muchos casos puede resultar difícil porque debemos superar numerosos obstáculos.



El cambio de comportamiento se define como el adoptar y mantener nuevas actitudes y habilidades que den acceso a servicios y productos que ayudan a disminuir los niveles de riesgo en torno a los problemas de salud.

Entonces la comunicación para el cambio de comportamiento es la que promueve, a nivel individual, comunitario y social, la adopción y el mantenimiento de comportamientos positivos. (8)



Anteriormente se creía que para lograr cambios de comportamiento lo que debía hacerse era dar información y los programas de prevención de ITS-VIH, tenían como componentes principales talleres, charlas etc. Es importante tener claro que el dar y recibir información no necesariamente ocasionan un cambio de comportamiento.

El comportamiento es aprendido, por lo tanto se puede des-aprender". Pocos comportamientos se pueden cambiar únicamente a través de la fuerza de voluntad. La reincidencia de los comportamientos de riesgo es un factor que determina el éxito que pueda obtener un programa de modificación de conducta. Algunos comportamientos son más difíciles de cambiar que otros. Entre más complejo sea el comportamiento, más difícil será de cambiar. Algunos comportamientos son difíciles de modificar porque no son fácilmente controlables. (8)



Para generar cambios en el comportamiento es necesario entender las barreras para el cambio o adopción de nuevas prácticas y la lógica en el comportamiento de la población. No basta con crear

conciencia en cuanto a los “beneficios”; de adoptar un comportamiento, es imprescindible entender las barreras que enfrenta la persona o los “costos” que ellos creen que se derivarían de tal cambio.



► **Técnica:** Lectura dirigida en grupos

3.4 Divida a los participantes en grupos de 6 personas y pídale que lean la Hoja de trabajo: Cambio de comportamiento. Deles 15 minutos.

3.5 En plenaria pida a los grupos que den sus comentarios o ideas acerca del material leído.

► **Técnica:** ¡Qué! para Mí y Qué! para los Demás!

Preparación previa:

■ Elabore cuatro tarjetas, colocando en cada una de ellas, una de las siguientes frases:

SI para Mí	NO para los DEMÁS
SI para Mí	SI para los DEMÁS
NO para Mí	NO para los DEMÁS
NO para Mí	SÍ para los DEMÁS

■ Coloque las tarjetas en diferentes lugares del local.

3.6 Explique a los participantes que Usted va a leer una frase y que elijan una de las tarjetas anteriores de acuerdo a lo que para ellos/as sea o no correcto y se coloquen junto a ella.

3.7 Lea la frase y de tiempo para que se coloquen en las tarjetas.

3.8 Cuando ya todos hayan identificado la afirmación, se pregunta a las personas de cada grupo ¿Por qué escogieron esa afirmación? Se hace la aclaración que no se harán críticas de los comentarios.

Las Frases son:

- *Tener relaciones sexuales con una trabajadora o trabajador sexual.*
- *Tener relaciones sexuales con alguien que no sea mi pareja.*
- *Tener relaciones sexuales con una persona 10 años menor.*
- *Tener relaciones sexuales anales.*
- *Tener relaciones sexuales orales.*
- *Casarse con una persona que tiene VIH.*
- *Abortar.*

3.9 Una vez que se hayan leído cada una de las afirmaciones, se pregunta a los participantes:

- ¿Qué observaciones tienen del ejercicio? ¿Cómo se sintieron?

3.10 Promueva la reflexión en base a los “Juicios de Valores”, “Actitudes” y cómo deben ser manejados por el proveedor/a de salud cuando se están desarrollando intervenciones de cambio de comportamiento para la prevención del VIH. (18)

4. Niveles o etapas en el proceso de cambio de comportamiento

► **Técnica:** Presentación dialogada

4.1 En forma dialogada y con apoyo de las diapositivas desarrolle el contenido.

Las teorías o los modelos del cambio de comportamiento nos dicen que la adopción de comportamientos saludables es un proceso en el cual los individuos avanzan, a través de diversas etapas, hasta que el nuevo comportamiento se convierta en parte de la vida diaria.

Los modelos recalcan que los mensajes y programas transmitidos por los medios de comunicación son más eficaces en las etapas iniciales, aunque las comunicaciones interpersonales y las redes comunitarias de apoyo social son sumamente importantes durante las etapas posteriores.



1. La **toma de conocimiento**, conciencia o comprensión sobre la nueva propuesta. Esta ocurre cuando el individuo se familiariza o se expone a la INNOVACIÓN entendiéndola y conociendo cómo opera.

- Recuerda mensajes
- Entiende el significado de los mensajes
- Recuerda acciones y conductas a realizar



2. La **aprobación**, es la etapa en la cual la persona se forma una actitud favorable (o desfavorable) hacia la INNOVACIÓN. A diferencia de la etapa anterior donde la labor era primordialmente cognitiva e intelectual, la función es aquí afectiva, valorativa, subjetiva.

- Responde favorablemente a los mensajes
- Discute los temas de los mensajes con otras personas
- Piensa que familiares, amigos y la comunidad aprueban las prácticas saludables promocionadas por la campaña
- Aprueba los mensajes de la campaña



3. La **intención** es la etapa en la cual la persona se involucra en una serie de actividades que lo llevarán a decidir y por lo tanto elegir la INNOVACIÓN o conducta en cuestión.

- Reconoce que los comportamientos promocionados por la campaña pueden satisfacer necesidades personales
- Tiene intención de practicar los comportamientos promocionados
- Tiene intención de consultar a un/a proveedor

Etapas en el proceso de cambio de conducta

La intención: Es el estado en el cual el individuo se involucra en una serie de actividades que lo llevarán a decidir y por lo tanto elegir la INNOVACIÓN o conducta en cuestión.

4. La **práctica** se refiere a la adopción de esta nueva conducta de manera permanente, es decir ya no solo el haber decidido o tener la intención sino el actuar sobre tal determinación.

- Implementa comportamientos promocionados por la campaña
- La implementación de los comportamientos es sistemática y persistente
- Acude a un/a proveedor/a de información y servicios

Etapas en el proceso de cambio de conducta

La práctica se refiere a la adopción real de esta nueva conducta de manera permanente, es decir ya no solo el haber decidido o tener la intención sino el actuar sobre tal determinación.

5. La **abogacía** es la etapa cuando la persona busca la reafirmación y consolidación de la adopción recientemente realizada pudiéndolo convertir en un divulgador/promotor (usuario/a satisfecho/a) de dicha práctica en su entorno.

- Experimenta y reconoce beneficios personales de los nuevos comportamientos
- Promueve la práctica en otros
- Apoya programas relacionados con los mensajes, en la comunidad (2)

Etapas en el proceso de cambio de conducta

Abogacía: La persona busca la reafirmación/reforzamiento y consolidación de la adopción recientemente realizada pudiéndolo convertir en un divulgador/promotor (usuario/a satisfecho/a) de dicha práctica en su entorno.

Etapas en el proceso de cambio de conducta

1. CONOCIMIENTO
Reconoce mensajes específicos
Comprende el significado del mensaje
Menciona productos, prácticas, servicios

2. APROBACION
Responde favorablemente a los mensajes
Habilita dentro el mensaje con miembros de su red
Menciona familia, amigos, y comunidad aprueban la conducta
Aprueba la posibilidad de la conducta

3. INTENCION
Reconoce que la práctica responde a una necesidad personal
Intenta consultar con un proveedor
Intenta adoptar la práctica en cuestión

Etapas en el proceso de cambio de conducta

4. PRACTICA
Acude al proveedor para solicitar información, insumos o servicios
Elije una práctica y la adopta de manera permanente
Continúa practicando

5. ABOGACIA
Reconoce y experimenta por sí mismo/a los beneficios de la adopción
Aboga/promueve entre otros la conducta adquirida
Apoya programas que promuevan la conducta adquirida en la comunidad

5. Diferencia entre riesgo y vulnerabilidad

► Técnica: Entrevistado - Entrevistador

- 5.1 En cada hoja de papel rotafolio escriba las palabras: RIESGO, VULNERABILIDAD
- 5.2 Divida a los participantes en dos grupos: Grupo 1: Entrevistadores, Grupo 2: Entrevistados.
- 5.3 Explique que la mitad de los Entrevistadores realizarán a los Entrevistados la siguiente pregunta:
¿Qué significa riesgo? Y la otra mitad ¿Qué significa vulnerabilidad?
- 5.4 Cuando se hayan hecho las entrevistas, en plenaria pida a los entrevistados que lean las respuestas que obtuvieron y anótelas en una hoja de papel rotafolio. Identifique elementos comunes y diferencias entre ambos conceptos. Promueva la discusión y análisis.
- 5.5 Retome las aportaciones y puntos clave del ejercicio y refuerce los conceptos con apoyo de las diapositivas.
- 5.6 Al final resuma y enfatice puntos clave.

Hay dos conceptos esenciales para comprender el rol de las iniciativas de comunicación: riesgo y vulnerabilidad.

El **concepto de riesgo** está relacionado con comportamientos que conducen a la transmisión del VIH, como el sexo sin protección o el uso de instrumentos cortopunzantes o inyectables. Las poblaciones en mayor riesgo incluyen hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores y trabajadoras sexuales, sus clientes y los usuarios de drogas inyectadas. (13)



El **concepto de vulnerabilidad** se relaciona a factores, ambientales o socioculturales que hacen que las personas tengan control limitado o ningún control a exponerse a situaciones peligrosas. Las poblaciones vulnerables al VIH incluyen aquellas sin acceso a información, aptitudes o poder para negociar los términos de sus encuentros sexuales, como muchas veces pasa con los jóvenes y las mujeres. Aunque estas personas no siempre están expuestas a situaciones de riesgo, tienen menos posibilidades de evitar aquellas donde existe exposición al virus. (13)



Abordar la igualdad de género es posiblemente la estrategia más eficaz para reducir vulnerabilidad al VIH (UNAIDS 2005). Cuando los hombres y niños logren compartir responsabilidades de manera equitativa con sus contrapartes femeninas en el hogar, en la comunidad, en el lugar de trabajo, en la escuela y en la política, la epidemia no se diseminará tan rápidamente y no causará tanta devastación.

Una campaña de comunicación para mujeres casadas que promueva el uso de condones puede reducir su riesgo. Pero una campaña de comunicación para mujeres casadas que las modele en roles pasivos y subordinados puede crear un entorno de vulnerabilidad que, eventualmente, generará un resultado diametralmente opuesto al deseado.

Es importante que en el caso de epidemias de VIH concentradas —como ocurre en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe —las estrategias de comunicación identifiquen a los diferentes grupos poblacionales, e indiquen a cada uno de ellos sus objetivos para la reducción de riesgos (mayor énfasis en los grupos de más alto riesgo) y aquellos para reducir la vulnerabilidad (mayor énfasis en los grupos más vulnerables, como los jóvenes y las mujeres). (13)



Sesión 5: Teorías y modelos que fundamentan las estrategias para el cambio de comportamiento

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Describir los conceptos básicos de teorías de comportamientos y salud que son aplicadas en el diseño e implementación de las estrategias de comunicación para cambio de comportamiento.
2. Identificar las influencias que las normas subjetivas- la percepción de lo que piensan los demás- tiene en las intenciones de cambio de comportamiento, según la teoría de acción razonada.



Temas:

1. Generalidades sobre teorías y modelos de cambio de comportamiento
2. Teoría de Creencias en Salud
3. Teoría de Etapas o Estados del Cambio. Modelo Transteórico
4. Teoría de la Acción Razonada. Teoría de Conducta / Acción Planificada
5. Teoría del Aprendizaje Social o Cognitiva
6. Modelo de Probabilidad de Elaboración
7. Modelo Socio Ecológico
8. Teoría de Difusión de Innovaciones

Técnicas:

- Presentación dialogada
- ¿En qué etapa estoy?
- Lectura dirigida en plenaria
- Normas en la Ciudad

Materiales requeridos:

- Hojas de papel rotafolio
- Tarjetas de colores
- Masking tape
- Marcadores permanentes de acuerdo al número de participantes
- Data Show

Material de Apoyo:

- Guía de Orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento para la prevención del VIH en poblaciones en mayor riesgo
- Hoja de trabajo: Resumen de las teorías de cambio de comportamiento

Tiempo estimado: 105 minutos

1. Generalidades sobre teorías y modelos de cambio de comportamiento

► Técnica: Presentación dialogada

1.1 Inicie el tema preguntando a los participantes qué teorías o modelos conocen o han utilizado en las intervenciones de promoción y prevención de las ITS y el VIH.

1.2 Explique con apoyo de la diapositiva que para el trabajo de promoción de la salud, es fundamental la comprensión de los comportamientos y de las teorías que los explican y que proponen maneras de cambiarlos.

Desde una perspectiva ecológica, es decir, integral, los comportamientos tienen dos características fundamentales: son influenciables en múltiples niveles (por factores intrapersonales o individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas), y son de causalidad recíproca con su entorno.



La comunicación para el cambio de comportamiento tiene sus raíces en modelos y teorías que han evolucionado durante las últimas décadas, siendo fundamentales para explicar los comportamientos y que proponen maneras de cambiarlos.



1.3 Explique que a continuación se van a conocer las principales Teorías de cambio de comportamiento que han servido de base para la comprensión y diseño de programas o estrategias de promoción en salud.

Teoría del cambio Individual (Intrapersonal)

2. Teoría de Creencias en Salud (Hochbaum, Rosenstock, Leventhal y Kegeles)

► Técnica: Presentación dialogada, Lectura dirigida en plenaria

2.1 Con apoyo de las diapositivas desarrolle el contenido.

La teoría de creencias en salud es un marco de referencia que explica y predice conductas de salud al enfocarse en la medida en que los individuos se perciben a sí mismos como a riesgo de desarrollar o contraer una condición o enfermedad en particular.

De acuerdo con este modelo, la conducta está guiada por la percepción que el individuo tiene de su susceptibilidad para contraer una condición médica, la



percepción de severidad de la condición médica, la percepción de beneficios derivados de participar en actividades de reducción de riesgo, y la percepción de barreras que impiden practicar conductas de reducción de riesgo.

Según este modelo dos factores influyen en que una persona adopte una acción recomendada preventiva en salud:

- Debe sentirse amenazado por la enfermedad
- Debe creer que los beneficios de tomar las acciones preventivas son mayores que las barreras percibidas a la acción preventiva.

Las personas estarán motivadas a cambiar sus conductas si creen que los beneficios de hacer eso superan las consecuencias de no cambiar sus conductas.

USAID AIDSTAR Plus

Teoría de creencias en salud

- ▶ Cuando las personas se sienten en riesgo frente a una amenaza, sienten miedo y eso las motiva a actuar. **A mayor la percepción de amenaza (severidad y susceptibilidad), mayor es la motivación para actuar.**
- ▶ Si la persona cree que es capaz de hacer algo (**auto-eficacia alta**) para impedir las consecuencias negativas de la amenaza a su salud y que la respuesta recomendada (por ejemplo, usar condones siempre) es eficaz, **mayor es su motivación para controlar el peligro, cambiando actitudes y conductas.**

El Modelo de Creencias de Salud se usa en Consejería en VIH basada en riesgo para aumentar la percepción que tiene la persona de su riesgo personal para infectar con el VIH y para promover conductas de reducción de riesgo a través del desarrollo de un plan realista de reducción de riesgo, seguido por pasos graduales para alcanzarlo. (15)

TEORÍA DE CREENCIAS EN SALUD		
Creencias percibidas	Definición	Efecto en el
Percepción de amenaza percibida	¿Cambio que tiene una de las percepciones de control una amenaza?	Definición: percepción de un riesgo, riesgo de salud, motivación al riesgo como la base de las conductas de riesgo y comportamiento de una persona. También involucra la percepción de la amenaza que.
Gravedad percibida	¿Cambio que tiene una de sus partes de una amenaza y sus acciones?	Definición: percepción de riesgo de la amenaza.
Beneficios percibidos	¿Cambio que tiene una de la eficacia de la acción que se recomienda para reducir el riesgo o la gravedad del efecto?	Definición: las ventajas que surten de tomar acción, como: reducir el riesgo de efectos negativos que se esperan.
Barreras percibidas	¿Cambio que tiene una de los costos de adoptar y practicar de la acción recomendada?	Definición: costos y riesgos que surten de hacer la recomendación.
Sensibilidad para la acción	¿El individuo percibe amenaza "realista"?	Definición: el individuo percibe una amenaza "realista" basada en datos de evidencia, conocimientos.



2.2 Refiera a los participantes a la Guía de Orientaciones técnicas y explique los elementos de la teoría de creencias en salud. A medida que vaya leyendo pida a los participantes que den ejemplos.

3. Teoría de etapas o estados del cambio: Modelo Transteórico

▶ **Técnica:** Presentación dialogada

3.1 Inicie el tema explicando que este modelo fue inicialmente utilizado para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores. Sin embargo, en los últimos años, el modelo ha ido adquiriendo consistencia y ha sido aplicado en un amplio espectro de cambios de conducta: disminución de prácticas de riesgo para la infección por el VIH, ejercicio físico, dieta saludable, etc.



3.2 Muestre las diapositivas y desarrolle el siguiente contenido:

El modelo fue propuesto por Prochaska & DiClemente (1982), quienes, basados en su experiencia en psicoterapia, observaron que las personas pasaban por estados de cambio similares, sin importar el tipo de psicoterapia aplicada.

Dicho modelo intenta describir los cambios por los cuales una persona atraviesa, de una conducta problema a una que no lo es, considerando a la motivación como un factor importante en el cambio conductual y atribuyéndole al sujeto el rol activo y concibiéndolo como un auto-cambiador del comportamiento.

El modelo se acompaña de otros elementos, además de la motivación, que a opinión de sus autores influyen en el cambio de conducta, dichos elementos son:

- Las etapas de cambio
- El proceso de cambio
- El balance decisional
- La autoeficacia

Las etapas de cambio propuestas por el modelo transteórico: Las personas transitan por cinco etapas para modificar conductas: Pre contemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento. Las que se describen a continuación:

- **Pre contemplación:** es el estado en el cual la persona no tiene intención de cambiar, desconoce que ciertas conductas ponen en riesgo su salud, o conoce la existencia de un problema de salud pero está renuente a realizar cambios en su conducta.

La persona puede estar en este estado porque está desinformada o poco informada sobre las consecuencias de su conducta, o porque ha intentado cambiarla varias veces y está desmoralizada porque no ha sido capaz. Tanto los desinformados como los que están poco informados tienden a evitar leer, hablar o pensar en su conducta de riesgo.



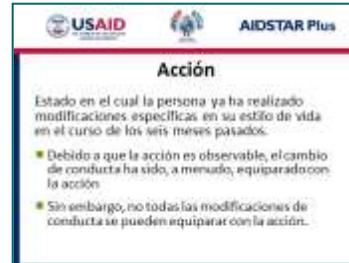
- **Contemplación:** Es el estado en el cual la persona tiene intención de cambiar en los próximos seis meses. Están suficientemente advertidos de los pros del cambio pero también tienen muy en cuenta los contras. Este balance entre costos y beneficios puede producir una profunda ambivalencia que puede hacer que la persona se mantenga en este estado durante largos periodos de tiempo. A menudo, este fenómeno se caracteriza como contemplación crónica, o procrastinación.



- **Preparación/Determinación:** Es el estado en el cual la persona tiene la intención de cambiar en el futuro próximo, generalmente medido como el próximo mes. Se puede identificar cuando las personas han realizado alguna acción significativa durante el año anterior tales como: consultar a un consejero, hablar con el médico, comprar un libro de autoayuda, reducir el consumo de tabaco, etc.



- **Acción:** Es el estado en el cual la persona ya ha realizado modificaciones específicas en su estilo de vida en el curso de los seis meses pasados. Debido a que la acción es observable, el cambio de conducta ha sido, a menudo, equiparado con la acción. Sin embargo, no todas las modificaciones de conducta se pueden equiparar con la acción.



- **Mantenimiento:** La persona adopta habitualmente las conductas adquiridas. Se considera que ha llegado a mantenimiento cuando la nueva conducta permanece por más de seis meses. El sujeto debe practicarla continuamente para no retroceder a etapas anteriores. La persona se esfuerza en prevenir las recaídas. Están menos tentados y tienen mucha más autoeficacia que la persona, en el estado de acción. Se estima que este estado dura desde seis meses a cinco años.



- **Recaída:** En esta etapa la persona inicia nuevamente el ciclo, es decir, deja de emitir la conducta deseada, lo cual es atribuido por la escasa motivación y el uso de una estrategia de cambio inadecuada.



- **Terminación** es un sexto estado que se aplica en algunas conductas, especialmente las adicciones. Este es un estado en el cual los individuos no tienen tentación y sí un cien por cien de autoeficacia. No importa si están deprimidos, ansiosos, aburridos, solos, enfadados o estresados, ellos están seguros de que no volverán a su antiguo hábito. Es lo mismo que si nunca hubieran adquirido el hábito. (16)



Teoría de etapas del cambio		
Etapa	Características	Acciones
Pre-contemplación	Se reconoce la existencia de un problema, pero se evita el tema.	Identificar la existencia de un problema. Buscar información relacionada con el tema.
Contemplación	La persona piensa que podría cambiar pero aún no ha tomado una decisión definitiva de hacerlo.	Buscar apoyo social. Buscar información y estrategias para evitar el problema. Buscar apoyo social y apoyo profesional.
Preparación/Intención	La persona comienza a tomar medidas para cambiar su comportamiento o a tomar una decisión definitiva de hacerlo.	Buscar apoyo social y profesional. Buscar información y estrategias para evitar el problema. Buscar apoyo social y apoyo profesional.
Acción	La persona toma medidas para cambiar su comportamiento o a tomar una decisión definitiva de hacerlo.	Buscar apoyo social y profesional. Buscar información y estrategias para evitar el problema. Buscar apoyo social y apoyo profesional.
Mantenimiento	La persona ha adoptado el comportamiento nuevo y lo mantiene a largo plazo.	Buscar apoyo social y profesional. Buscar información y estrategias para evitar el problema. Buscar apoyo social y apoyo profesional.

3.3 Refiera los participantes a la Guía de Orientaciones y a través de lectura dirigida desarrolle el contenido relacionado a los tres factores que caracterizan a las personas en cada etapa del cambio.

3.4 Explique las etapas con un ejemplo. Cómo saber en qué etapa se encuentra la persona y el paso a seguir. Preguntas para identificar

► **Técnica:** ¿En qué etapa estoy? (9)

Preparación previa:

- En tarjetas grandes escriba las etapas de la teoría de etapas o estados del cambio: Modelo Transteórico.
- 3.5 Pida a los participantes que piensen en un comportamiento que han cambiado recientemente, que les gustaría cambiar o en cual se encuentran en pre-contemplación para cambiar y que estén dispuestos a compartir.
- 3.6 Pida que decidan en cual etapa se encuentran para el comportamiento escogido y que se paren al frente del letrero con la etapa correcta.
- 3.7 Pida a los participantes al frente de cada letrero, empezando con pre-contemplación, que digan porque se han parado ahí y qué les tomará para moverse a la próxima etapa. Para el grupo de mantenimiento- si hay uno- se les puede preguntar que tiene que pasar para quedarse ahí.
- 3.8 Procese el ejercicio haciendo estas preguntas:
- *¿En qué etapa se encontraban cuando pensaron por primera vez en cambiar el comportamiento?*
 - *¿Saltaron alguna etapa?*
 - *¿Permanecieron en alguna etapa más que en otra?*
- 3.9 Explique que las personas a veces no recorren una por una las etapas ni en orden y que los participantes pueden haber notado esto. No todo el mundo recorre todas las etapas; algunas personas se saltan etapas. Por ejemplo, es posible pasar de la etapa de “conocimiento” directamente a la de “práctica”. Algunos pueden avanzar algunas etapas y luego detenerse y permanecer en una durante un tiempo. En otros casos es posible avanzar pero después tener que regresar a alguna etapa anterior. Por ejemplo, una persona puede tener la intención de dejar de fumar, hacerlo y luego empezar a fumar otra vez. Por último, algunas personas pueden necesitar recordatorios para poder mantener un comportamiento. Por ejemplo, hay quienes necesitan escuchar o ver recordatorios para no olvidar lavarse las manos o usar un preservativo cada vez que mantienen relaciones sexuales. (9)
- 3.10 Refuerce que estas experiencias personales pueden contribuir a comprender cómo otras personas han logrado cambiar un comportamiento. Para ser comunicadores eficaces es importante que nos relacionemos con la experiencia de modificación del comportamiento y que conozcamos en qué etapa se encuentran nuestros destinatarios en relación con ello. (9)
- 3.11 Resuma el ejercicio, enfatizando puntos clave.

Teorías del cambio Interpersonal

4. Teoría de acción razonada (Martin Fishbein e Icek Ajzen (1975, 1980))

▶ **Técnica:** Normas en la Ciudad. (19)

- 4.1 Divida a los participantes en grupos pequeños (máximo de cinco personas por grupo). Entregar a cada grupo papel rotafolio, marcadores, y masking tape.
- 4.2 Pida a cada grupo que creen una ciudad y que desarrollen cinco normas sexuales para su ciudad. (Por ejemplo, todos son monógamos, usan condones, etc.) Pida que nombren sus ciudades.
- 4.3 Reúna a los grupos en uno solo y pida que un representante de cada grupo presente su ciudad.
- 4.4 Después que cada ciudad se haya presentado al grupo entero, pida a una persona de cada grupo que levante la mano. Luego pida a la primera persona que levanto la mano de cada grupo que se ponga de pie.
- 4.5 Diga a estas personas que se van a mudar a una nueva ciudad y pida que se muevan al grupo de la mano izquierda. Enfaticé que la nueva ciudad es donde vive su familia y sus mejores amigos y se está mudando para estar cerca de ellos. Instruir a los grupos que pretendan ser la familia y amigos. Sin embargo, las nuevas ciudades podrían tener normas sexuales muy diferentes a las normas de las ciudades de donde llegaron las personas. Instruya a cada grupo pequeño que comiencen a dialogar con el nuevo miembro concerniente a como se hacen las cosas en la nueva ciudad. La meta del grupo es influir al nuevo miembro para que adopte los nuevos comportamientos y normas.
- 4.6 Pida que se reúnan en un grupo solo grande y facilite una discusión al pedir a los participantes que se mudaron a una nueva ciudad que compartan si sí o no fueron convencidos a cambiar su comportamiento basado en lo que percibían que sus familiares y amigos (miembros de la ciudad) querían que hicieran.
- 4.7 Anote en papel rotafolio los factores influyentes como actitudes, normas sociales, presión de los compañeros, y creencias, y señalarlos al ser mencionados.
- 4.8 Enfaticé que nuestras percepciones de lo que pensamos que quieren nuestros seres queridos que hagamos tienen gran influencia sobre nuestras actitudes e intenciones a comprometernos en un nuevo comportamiento.
- 4.9 Con apoyo de las diapositivas explique la Teoría de la Acción Razonada

La **Teoría de Acción Razonada** sostiene que el cambio de una conducta específica es determinado principalmente por la fuerza de las intenciones personales a desempeñar esa conducta.

Elementos influyentes que cubre la Teoría de la Acción Razonada:

- Intención de cambiar
- Actitudes y creencias
- Normas subjetivas
- Influencias sociales

La intención de desempeñar una conducta específica es vista como una función de dos factores: **la actitud personal** hacia el desempeño de la conducta (los sentimientos positivos o negativos del sujeto, acerca del desempeño de la conducta) y/o las **normas subjetivas** del individuo acerca de la conducta (la percepción personal, que él o ella tienen de lo que piensan otras personas sobre las conductas que ellos deberían o no desempeñar).

Las *actitudes* son una función de las creencias conductuales (la creencia que desempeñar la conducta puede llevar a ciertos resultados) y sus procesos evaluativos (las evaluación de esos resultados).

Las *normas subjetivas* son vistas como una función de las creencias normativas (las creencias que una población y/o individuo piensan que uno debe desempeñar o no, la conducta en cuestión); y las motivaciones para obedecer, es decir, hasta qué punto un individuo quiere hacer lo que los pensamientos de referencia pretenden que él o ella hagan.

Muestre la diapositiva y refuerce los elementos de la Teoría de Acción Razonada

Teoría de la Acción Razonada

El cambio de una conducta específica es determinado principalmente por la fuerza de las **intenciones personales** a desempeñar esa conducta.

Elementos influyentes:

- Intención de cambiar
- Actitudes y creencias
- Normas subjetivas
- Influencias sociales

Teoría de la Acción Razonada

El cambio de una conducta específica es determinado principalmente por la fuerza de las **intenciones personales** a desempeñar esa conducta.

La intención de desempeñar una conducta específica es vista como una función de dos factores:

- **la actitud personal** hacia el desempeño de la conducta: los sentimientos positivos o negativos del sujeto, acerca del desempeño de la conducta y/o
- **las normas subjetivas** del individuo acerca de la conducta: la percepción personal, que él o ella tienen de lo que piensan otras personas sobre las conductas que ellos deberían o no desempeñar.

Teoría de la Acción Razonada

Las **actitudes** son una función de :

- las **creencias conductuales** (la creencia que desempeñar la conducta puede llevar a ciertos resultados) y
- sus **procesos evaluativos** (la evaluación de esos resultados).

Las **normas subjetivas** son vistas como:

- una función de las **creencias normativas** (las creencias que una población y/o individuo piensan que uno debe desempeñar o no, la conducta en cuestión); y
- las **motivaciones para obedecer**, es decir, hasta qué punto un individuo quiere hacer lo que los pensamientos de referencia pretenden que él o ella hagan.

Teoría de la Acción Razonada

Factor Personal	La conducta es básicamente el resultado de la intención de la persona.
Intención Personal	<p>FACTOR PERSONAL: La actitud respecto a la conducta. Esto comprende de un conjunto de creencias sobre los resultados que se espera obtener de la conducta.</p> <p>FACTOR SOCIAL: La norma social subjetiva relacionada con dicha conducta. Si la percepción de la persona sobre lo que otros piensan que debe hacer respecto a la conducta, depende de una compleja variedad de normas sobre lo que otros piensan o quieren pensar sobre la conducta y los valores que la persona tenga para elegir dichas normas.</p>

Teoría de Conducta / Acción Planificada (Ajzen, 1991)

De acuerdo con la teoría de la Conducta Planificada, el *control percibido de la conducta* es visto como un factor que influye directamente en la intención y en la conducta.

La teoría de la acción planificada también ha sido utilizada en la prevención del VIH, y destaca la importancia de las actitudes específicas, la percepción de control y las normas sociales.

Teoría de Conducta Planificada

- El **control percibido de la conducta** es visto como un factor que influye directamente en la intención y en la conducta.
- Destaca la importancia de las:
 - actitudes específicas,
 - la percepción de control y
 - las normas sociales.

Para incrementar el uso del condón no es indicado apelar simplemente a actitudes generales con respecto al VIH, sino que es importante trabajar sobre las actitudes específicas que inciden en la decisión de utilizar el condón, como por ejemplo, las connotaciones negativas del condón asociadas a la vergüenza de introducir el tema. (13)

También es necesario incidir en la percepción de control que las personas tienen sobre su capacidad de llevar a cabo una conducta, ya que en muchas ocasiones puede que la persona no tenga las destrezas necesarias o la posibilidad de desarrollarla. Si una mujer tiene la intención de utilizar el condón pero no sabe cómo introducir el tema con su pareja o no se siente con el poder suficiente para negociarlo, es poco probable que lo intente.

Teoría de Conducta Planificada

Para incrementar el uso del condón:
Es necesario:

- trabajar sobre las actitudes específicas que inciden en la decisión de utilizar el condón, como por ejemplo, las connotaciones negativas del condón asociadas a la vergüenza de introducir el tema
- incidir en la percepción de control que las personas tienen sobre su capacidad de llevar a cabo una conducta, ya que en muchas ocasiones puede que la persona no tenga las destrezas necesarias o la posibilidad de desarrollarla.

USAID AIDSTAR Plus

Teoría de Conducta Planificada

- Si una mujer tiene la intención de utilizar el condón
 - pero no sabe cómo introducir el tema con su pareja o no se siente con el poder suficiente para negociarlo,
 - es poco probable que lo intente.

En este sentido es importante que las campañas de prevención proporcionen herramientas que den a las personas las habilidades necesarias para llevar a cabo la conducta deseada, por ejemplo, que modelen estrategias de negociación del condón o creen un contexto social en el que la conducta sea posible, por ejemplo, a través del empoderamiento de la mujer y la transformación de los roles de género.

Teoría de Conducta Planificada

Las campañas de prevención deben proporcionar herramientas que den a las personas las habilidades necesarias para llevar a cabo la conducta deseada

- que modelen estrategias de negociación del condón o creen un contexto social en el que la conducta sea posible,
- ejemplo, a través del empoderamiento de la mujer y la transformación de los roles de género.

Por último, es necesario tener en cuenta que cambios de comportamiento, como el uso del condón, serán practicados cuando esas conductas sean percibidas como normas sociales.

Cialdini (2003) ha estudiado la relevancia de las normas sociales y cómo ellas pueden ser referentes importantes para generar comportamientos socialmente deseados si se activan de forma adecuada en los procesos de comunicación. El autor propone una distinción entre las **normas descriptivas** y las **normas impuestas**.

Teoría de Conducta Planificada

Las **normas sociales** pueden ser referentes importantes para generar comportamientos socialmente deseados si se activan de forma adecuada en los procesos de comunicación.

- **Normas descriptivas:** se refieren a lo que la gente hace normalmente en un contexto determinado.
- **Normas impuestas:** se refieren a la aprobación o desaprobación, por parte de otros individuos, de un comportamiento determinado.

Las **normas descriptivas** se refieren a lo que la gente hace normalmente en un contexto determinado; las **normas impuestas** se refieren a la aprobación o desaprobación, por parte de otros individuos, de un comportamiento determinado (Reno, Cialdini & Kallgren, 1993).

Las personas tienden a llevar a cabo comportamientos comunes y valorados socialmente, mientras que tienden a evitar conductas percibidas como no- normativas por miedo a las sanciones sociales y porque son evaluadas de forma negativa, como tirar basura a la calle. (13)

Teoría de Conducta Planificada

Las personas:

- **tienden a llevar a cabo** comportamientos comunes y valorados socialmente,
- **tienden a evitar** conductas percibidas como no- normativas por miedo a las sanciones sociales y porque son evaluadas de forma negativa, como tirar basura a la calle.

De esta distinción conceptual se deriva la importancia de que las campañas de prevención muestren que el comportamiento deseado (ej. utilizar condón, hacerse la prueba) es normativo, es decir, es algo que mucha gente hace y es lo que la gente valora de manera positiva, mientras que la conducta no deseada (ej. No utilizar condón) es valorada negativamente y sancionada por la mayoría de las personas (Cialdini, 2003).

Teoría de Conducta Planificada

- Las campañas de prevención deben mostrar que el **comportamiento deseado** (ej. utilizar condón, hacerse la prueba) es **normativo**,
- es decir, es algo que mucha gente hace y es lo que la gente valora de manera positiva, mientras que la conducta no deseada (ej. No utilizar condón) es valorada negativamente y sancionada por la mayoría de las personas.

5. Teoría del aprendizaje social o cognitiva (Albert Bandura)

► **Técnica:** Presentación dialogada

5.1 Con apoyo de las diapositivas desarrolle el contenido. Conforme vaya explicando, pida a los participantes que den ejemplos y Usted también.

La teoría del aprendizaje social propone que la conducta es adquirida y mantenida a través de una relación recíproca entre actores personales (tales como cogniciones y emociones), el ambiente y aspectos de la conducta misma.

Los principios clave de esta teoría son:

- (1) que las personas son más propensas a cambiar su comportamiento cuando prevén resultados positivos a consecuencia del cambio,
- (2) que el cambio en el comportamiento puede ocurrir a través de aprendizaje vicario (esto es, observando el comportamiento de otras personas), y
- (3) que para cambiar el comportamiento, las personas tienen que creer en su habilidad para lograrlos (esto es, auto-eficacia).

Teoría del aprendizaje social o cognitiva

Principios clave de esta teoría:

- las personas son más propensas a cambiar su comportamiento cuando prevén **resultados positivos a consecuencia del cambio**
- el cambio en el comportamiento puede ocurrir a través de **aprendizaje vicario** (esto es, observando el comportamiento de otras personas), y
- que para cambiar el comportamiento, las personas tienen que creer en su **habilidad para lograrlos** (esto es, auto-eficacia)

Los elementos de la teoría social son:

- 1) **Determinismo recíproco:** Los cambios de comportamiento son resultado de interacciones entre las personas y su entorno. El cambio es bidireccional.
- 2) **Capacidad de comportamiento:** Una persona necesita saber qué hacer y cómo hacerlo.
- 3) **Expectativas:** Creencias sobre los posibles resultados de la acción.



- 4) Autoeficacia: Confianza en la capacidad de realizar una acción y persistir en la misma.
- 5) Aprendizaje por observación: Se determina “modelo” Las personas aprenden por medio de la experiencia de otros.
- 6) Refuerzo: Respuestas al comportamiento de una persona , que aumentan o disminuyen las posibilidades de que algo vuelva a ocurrir.

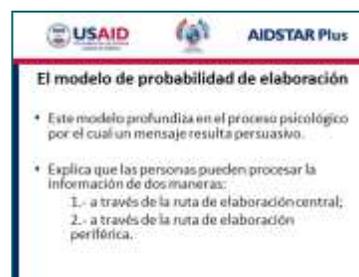
Partiendo de la Teoría Social Cognitiva, en la Consejería en VIH basada en riesgo, las y los consejeros ayudan a las personas a desarrollar las destrezas y la confianza en sí mismas para implementar una estrategia de reducción de riesgo. Este proceso pudiera incluir una demostración de cómo usar condones correctamente, o practicar una conversación sobre negociación de relaciones sexuales con más protección. Además, esta teoría puede ser usada para ayudar a la persona a explorar las creencias de sus amigos y familiares y determinar quiénes en sus vidas pudieran apoyar su plan. (15)

6. Modelo de probabilidad de elaboración (Petty & Cacioppo 1981,1986)

► Técnica: Presentación dialogada

6.1 Presente las diapositivas y en forma dialogada explique el contenido:

Este modelo profundiza en el proceso psicológico por el cual un mensaje resulta persuasivo. Este modelo explica que las personas pueden procesar la información de dos maneras: 1.- a través de la ruta de elaboración central; 2.- a través de la ruta de elaboración periférica.



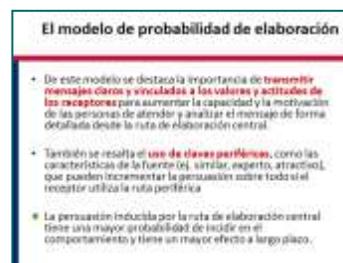
La ruta de elaboración central indica que las personas se centran en el análisis detallado de los argumentos que se proporcionan en un mensaje y, por lo tanto, son capaces de discriminar los argumentos de mayor calidad. Por ejemplo, el argumento de que el condón es una forma efectiva de prevenir el VIH es un ejemplo de ruta de elaboración central.

La estrategia de la ruta de elaboración periférica, por el contrario, no implica un análisis detenido del contenido del mensaje, sino que las actitudes se ven afectadas por características externas asociadas a éste, como el atractivo de la fuente. Por ejemplo, si en una cuña aparece un chico muy guapo o alguien famoso proponiendo el uso del condón, el mensaje puede resultar más persuasivo, aunque no se analicen detalladamente sus argumentos.



De este modelo se destaca la importancia de transmitir mensajes claros y vinculados a los valores y actitudes de los receptores para aumentar la capacidad y la motivación de las personas de atender y analizar el mensaje de forma detallada desde la ruta de elaboración central.

También se resalta el uso de claves periféricas, como las características de la fuente (ej. similar, experto, atractivo), que



pueden incrementar la persuasión sobre todo si el receptor utiliza la ruta periférica, aunque la persuasión inducida por la ruta de elaboración central tiene una mayor probabilidad de incidir en el comportamiento y tiene un mayor efecto a largo plazo (Petty et al., 1993). (13)

7. Modelo socio ecológico

► Técnica: Presentación dialogada

7.1 Explique el contenido con apoyo de las diapositivas.

El modelo socio ecológico se utiliza para el análisis, que examina varios niveles de influencia para encontrar los “**detonantes**” efectivos para el cambio. Este modelo tiene dos partes (4):

- Los niveles de análisis se representan por medio de los anillos. Los anillos incorporan los dominios de influencia, así como las personas que los representan en cada nivel.
- Los **factores comunes** en el triángulo influyen a todos los actores en los anillos.



Las estrategias de comunicación para cambio social y del comportamiento (CCSyC) aplican este modelo, el cual permite examinar diferentes niveles de influencia:

- El “uno mismo” más afectado por el tema.
- Los influenciadores inmediatos tales como la familia, sus iguales y la comunidad.
- El acceso a y calidad de los servicios, productos y proveedores.
- Las barreras o soportes creados por un ambiente permisivo tales como políticas, legislación y religión.



El modelo socio ecológico proporciona un marco para analizar las barreras y para facilitar los factores en diferentes niveles. Este marco de múltiples niveles da como resultado una programación más integral y contextual al analizar los factores internos (como lo es la autoeficacia), los factores externos (como la influencia de la familia y los colegas y el acceso a los productos y los servicios) y los factores indirectos (como lo es la ausencia de políticas nacionales que den respaldo) y cómo se ven influenciados por los factores comunes como su información, motivación, habilidad de actuación basada en sus actitudes y creencias y en las normas sociales y de género (4).

8. Teoría de la Difusión de innovaciones

► Técnica: Presentación dialogada

8.1 Inicie el tema preguntando si hay alguien que conozca la teoría de difusión de innovaciones.

8.2 Retome las aportaciones y en forma dialogada con apoyo de las diapositivas desarrolle el siguiente contenido.



La teoría de difusión de innovaciones examina cómo las ideas, productos y conductas novedosas terminan por convertirse en la norma. Esta teoría se puede describir como una “mezcla de todo lo antes expuesto” porque trata sobre el cambio a todos los niveles (individual, interpersonal, comunitario e institucional) e integra las teorías sobre el comportamiento, especialmente la teoría de redes sociales. Se concentra en un cambio de conducta amplio.

Las intervenciones en salud han logrado infinidad de cambios de conducta a pequeña escala, pero ¿cómo puede hacerse a gran escala? Por ejemplo, ¿cómo se logró que las vacunas y los programas masivos de vacunación infantil, que en su momento constituyeron una innovación, se convirtieran en cuestión de rutina?



La teoría de difusión de innovaciones describe cómo dichas innovaciones se diseminan de forma natural mediante redes sociales y analiza cómo el uso de redes de difusión ayuda a planificar cambios de conducta a gran escala.

Los elementos principales que determinan si la innovación va a ser exitosa son:

- la naturaleza de la misma,
- el tipo de medios de comunicación disponibles,
- el tiempo que se toma para su adopción,
- las características del sistema social en que se disemina.



1) La naturaleza de la misma: la innovación tiene que considerarse como algo que ofrece ventajas relativas respecto a lo que se reemplaza, y tiene que ser consistente con los valores y el contexto de vida de quienes van a adoptarla. El grado de complejidad es importante. Si la innovación es compleja (por ejemplo, un esquema de medicamentos difícil de recordar) se reducirán las posibilidades de incorporarla.



Las personas en general se muestran agradecidas de haber sido las primeras en probar la innovación propuesta, en forma puntual, antes de comprometerse a adoptarla. Si dicha prueba es posible y da buenos resultados, habrá muchas mayores posibilidades de incorporar la innovación. Una vez adoptada, es probable que se adopte a largo plazo y que aliente a otros a hacer lo mismo, si las personas o grupos pueden observar beneficios tangibles en el cambio.

2) Los canales de comunicación (los medios mediante los que se transmite el mensaje de una persona a otra) también son importantes. Los medios de comunicación masiva son efectivos para diseminar información sobre innovaciones a muchas personas en forma simultánea, sin embargo, las



personas en la misma situación o edad tienen mucha influencia, a nivel personal, sobre la decisión de adoptar la innovación, por lo que es más efectivo utilizar redes sociales para reforzar los mensajes de los medios de comunicación, que solamente basarse en la comunicación masiva.

Asimismo, cuando hay líderes de opinión que presentan o repiten la información proporcionada por los medios de comunicación masiva, existen mayores probabilidades de que las personas y los grupos se decidan a actuar. La combinación de recomendaciones de líderes populares, con la aprobación de grupos de pares y mensajes a través de los medios de comunicación (especialmente si se refuerzan con grupos de escucha, oportunidades para hacer llamadas telefónicas y encuentros cara a cara), proporciona un gran impulso para adoptar una innovación.



- 3) La difusión lleva tiempo. El proceso de atravesar por las diferentes etapas del cambio (desde la toma de conciencia inicial, a la intención de cambiar, y hacerlo de forma sostenida) puede ser gradual, tanto para las personas como para las organizaciones.



- 4) El sistema social, que se refiere al contexto o circunscripción en que se disemina. Un contexto social amplio, como una ciudad, incluye muchas subunidades, como los sistemas y las instituciones de salud, grupos religiosos y políticos, clubes sociales, sindicatos y personas en asociaciones informales. La estructura y las costumbres o reglas de cada unidad afectarán la difusión de la innovación dentro de la misma, y a nivel colectivo determinarán si terminará adquiriendo una masa crítica de personas dentro de la totalidad del sistema social.



Al promover conductas saludables hay que conocer en lo posible los sistemas donde se piensa introducir la innovación en salud. La investigación cualitativa (entrevistas a profundidad, grupos de opinión y mapas de redes sociales) ayuda a identificar los líderes de opinión que pueden contribuir a difundir las innovaciones deseadas. (6)



- 8.3 Entregue a los participantes la Hoja Resumen de las teorías de comportamiento y enfatice puntos clave.

Sesión 6: Metodologías para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de cambio de comportamiento

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Describir los modelos más utilizados para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento
2. Describir los elementos básicos que debe comprender una estrategia de comunicación para cambio de comportamiento.

Temas:

1. Proceso P
 - Pasos de la comunicación estratégica
2. Un Proceso Paso a Paso
3. Proceso C
4. La rueda de la comunicación

Técnicas: Presentación dialogada, Video de estrategias

Materiales requeridos:

- Hojas de papel rotafolio
- Data Show

Tiempo estimado: 60 minutos

1. Proceso P. *Pasos en comunicación estratégica* (Propuesto por la Escuela de Salud Pública y el Centro de Comunicación de la Universidad de John Hopkins).

► Técnica: Presentación dialogada

1.1 Inicie el tema explicando que existen diferentes propuestas para el diseño de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento, uno de ellos es el Proceso P.



El Proceso P es un marco metodológico diseñado para guiar a los profesionales de la comunicación en el desarrollo de programas de comunicación estratégica. Este proceso lleva a los profesionales de la comunicación “paso a paso” desde un concepto inicial sobre la naturaleza del cambio social o de comportamiento a lograr, hasta un diseño sistemático y medible de un programa de comunicación estratégico y participativo. (20)

El proceso P, plantea cinco pasos, los que se describen a continuación (5):

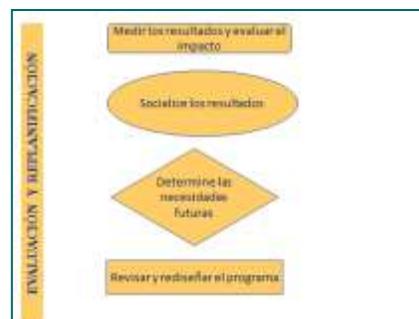
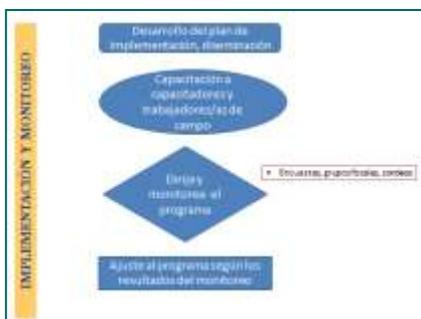
1er Paso: Análisis

2do Paso: Diseño estratégico

3er Paso: Desarrollo y pre-testeo

4to Paso: Implementación y monitoreo

5to Paso: Evaluación y re-planificación



Utilizando este modelo, en nuestro país se han desarrollado las siguientes estrategias de comunicación:

- Prevención del VIH en adolescentes y personas adultas de población garífuna
- Prevención del VIH en adolescentes del área urbana
- Prevención del VIH con mujeres trabajadoras sexuales
- Prevención del VIH con hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Prevención del VIH con personas que viven con VIH
- Salud Materna e Infantil y planificación familiar
- Dengue
- Tuberculosis

1.2 Presente ejemplos de las estrategias de comunicación que han aplicado el método de Proceso P. Estrategia de Comunicación para la prevención del VIH en población garífuna.

2. Proceso Paso a Paso

2.1 Explique que hay una base de evidencia que verifica que programas de cambio de comportamiento con poblaciones en mayor riesgo son efectivos.

Este método es un proceso que va paso – a – paso para desarrollar y diseñar un programa de cambio de comportamiento para poblaciones de mayor riesgo para el VIH. (21)

Los pasos son:

- 1) Análisis
- 2) Preparación
- 3) Implementación, monitoreo y evaluación



2.2 Entregue a los participantes el material que contiene mayor información sobre este proceso.

3. El proceso C (Metodología global de comunicación práctica y gradual propuesto por Family Health Internacional (FHI))

3.1 Explique que también existe el proceso C, que es un planteamiento estratégico global de comunicación que usa una metodología práctica y gradual para la planificación de estrategias de comunicación que promueve y buscar el cambio social y del comportamiento (CCSyC) a través de cinco pasos (8):

- 1er Paso: Entendimiento de la situación
- 2do Paso: Focalizando y desarrollando la estrategia
- 3er Paso: Creando intervenciones y desarrollando material
- 4to Paso: Implementando y monitoreando
- 5to Paso: Evaluando y replanteando



4. La rueda de la comunicación

4.1 Explique que la rueda de la comunicación en salud, desarrollado a principios de los ochenta por Henry L. Thompson, es el modelo que utiliza el Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Es una metodología que integra la evaluación formativa y sumativa y se desarrolla en diez fases.

4.2 Pida a los participantes que digan los elementos o aspectos comunes a las metodologías y anótelos en una hoja de papel rotafolio.

4.3 Retome las aportaciones, resuma y enfatice puntos clave.



Sesión 7: Orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de ITS y VIH en poblaciones clave en Honduras

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Describir los aspectos que comprende las orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de ITS y VIH en poblaciones clave en Honduras.
2. Reflexionar sobre las características de las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad.



Temas y contenidos:

1. Marco jurídico y normativo
 - Requisitos de promoción de las Normas Técnicas de Salud de ITS y VIH
2. Finalidad, Objetivos, Ámbito de aplicación
3. Poblaciones priorizadas
4. Orientaciones técnicas generales
5. Orientaciones específicas
 - Análisis de situación
 - Diseño estratégico
 - Desarrollo de la estrategia de comunicación y prueba de herramientas de comunicación
 - Implementación y monitoreo
 - Evaluación y re-planteamiento
6. Niveles o tipos de intervención

Técnicas:

- Presentación dialogada
- Lectura dirigida en plenaria
- “Analizando los contextos de riesgo y vulnerabilidad”
- “Los Números”
- Los roles del poder

Materiales requeridos:

- Papel rotafolio
- Masking tape
- Data Show
- Rótulos circulares de color azul, rojo y verde
- Vasitos pequeños de cartón (suficientes para todos los participantes)
- 1 bolsa grande de M&M o de cualquier otro dulce delicioso que sea pequeño

Material de Apoyo:

- Normas técnicas de Salud de ITS y VIH
- Guía de Orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento
- Hoja de Trabajo “Analizando los contextos de riesgo y vulnerabilidad”

Tiempo estimado: 220 minutos

1. Marco jurídico y normativo

► Técnica: Presentación dialogada

1.1 Explique que los siguientes documentos representan el marco jurídico y normativo vigente en los que se basan las presentes orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias para cambio de comportamiento:

- Ley Especial sobre VIH/SIDA de la República de Honduras, C.A. Decreto No. 147-99.
- Modelo Nacional de Salud.
- Plan Nacional de Salud.
- Conjunto Garantizado de Prestaciones en Salud.
- Plan Estratégico Nacional en Respuesta al VIH y Sida (Pensida).
- Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida en el Marco de la Reforma del Sector Salud de Honduras.
- NTHSS 4: 2014: Norma Técnica Hondureña del Sector Salud Atención integral a la población, promoción, prevención y atención de la infección por el Virus de Inmuno-deficiencia Humana (VIH). Requisitos para la armonización,
- NTHSS 03: 2014 Norma Técnica Hondureña del Sector Salud. Atención integral a la población en el abordaje de las infecciones de transmisión sexual. Requisitos.
- Paquete específico de prestaciones y servicios de ITS y VIH para poblaciones clave en mayor riesgo de infección.



1.2 Refiera a los participantes a las Normas Técnicas de ITS y VIH y a través de lectura dirigida explique los requisitos de promoción y prevención.

2. Finalidad, Objetivos, Ámbito de aplicación

► **Técnica:** Lectura dirigida y exposición dialogada

2.1 Refiera a los participantes a la guía de Orientaciones técnicas y a la vez presente las diapositivas, desarrolle de esta forma el contenido sobre la finalidad, objetivos y ámbitos de aplicación.



Finalidad: Contribuir a la prevención de nuevos casos de infecciones por el VIH en las poblaciones clave en mayor riesgo de infección, mediante el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento, coherente con las determinantes que impulsan la epidemia del VIH y la normativa nacional.

Objetivos:

General: Brindar a los proveedores públicos y no públicos del sector salud las orientaciones técnicas necesarias en el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de las ITS y el VIH, en la población clave en mayor riesgo de infección de acuerdo a la normativa nacional vigente.



Específicos:

- 1) Describir las etapas y pasos a considerar en el diseño (incluyendo la selección de la teoría de cambio de comportamiento a utilizar), implementación y evaluación estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención del VIH.
- 2) Analizar las determinantes de la salud y comportamientos saludables deseados para la prevención de las ITS y el VIH en las poblaciones clave en mayor de Honduras.
- 3) Definir los mensajes clave según perfil epidemiológico para promover la adopción de conductas saludables que contribuyan a la prevención de nuevos casos de ITS y VIH.



Ámbito de aplicación: Todos los proveedores de servicios de salud públicos y no públicos que integran el Sector Salud y que operan en el territorio nacional y desarrollan acciones de comunicación para el cambio de comportamiento en la prevención de las ITS y el VIH deben aplicar las siguientes disposiciones y orientaciones técnicas.



3. Poblaciones priorizadas:

► **Técnica:** “Analizando los contextos de riesgo y vulnerabilidad”

- 3.1 Explique a los y las participantes los objetivos de la actividad. Analizar los diferentes contextos de vulnerabilidad que enfrentan algunas poblaciones que aumentan el riesgo de infección por VIH.
- 3.2 Divida a los participantes en 6 grupos, cada uno de ellos discutirán cuales son las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad.
- 3.3 Oriente a los participantes para que nombren un moderador/a y un relator/a para la presentación del trabajo
- 3.4 Entregue la Hoja de Trabajo Riesgo y Vulnerabilidad para analizar los contextos de riesgo y vulnerabilidad de las poblaciones. Deles 15 minutos.
- 3.5 Cuando hayan finalizado el análisis, asignar a cada grupo la presentación de una de las preguntas desarrolladas.
- 3.6 En plenaria pida a cada grupo que presente la respuesta a la pregunta que se le asignó. Anote palabras o frases clave en una hoja de papel rotafolio.
- 3.7 Retome las anotaciones y retroalimente en base a la siguiente contenido.

De acuerdo al perfil epidemiológico (epidemia concentrada), las determinantes sociales, económicas, y culturales en Honduras, las estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento en la prevención de ITS y VIH abordarán las siguientes poblaciones clave en mayor riesgo y vulnerabilidad a la infección:

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Población transgénera
- Trabajadoras y trabajadores sexuales
- Privados de libertad; hombres y mujeres
- Población garífuna; hombres y mujeres
- Personas con VIH



Entre los contextos de vulnerabilidad a las mujeres trabajadoras sexuales están: las constantes violaciones a sus derechos humanos que anulan la capacidad de negociar el condón con el cliente, trabajar en contextos desfavorables, como ser ambientes de pobreza en la cual se dificulta la negociación del condón con el cliente.

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres son más vulnerables a la infección por VIH, por la discriminación, la violación a sus derechos humanos.

Las mujeres son más vulnerables a la infección por VIH que los hombres porque existen muchos factores, por ejemplo el machismo, el escaso empoderamiento de la mujer, la desigualdad de género y los factores biológicos y económicos son entre otros uno de los factores que exponen a las mujeres a la infección por VIH. Las mujeres padecen más infecciones asintomáticas de

transmisión sexual (clamidia, gonorrea) que el hombre. Con frecuencia, estas infecciones no son diagnosticadas, lo cual aumenta el riesgo de infectarse por VIH.

Los principales factores sociales y culturales que aumentan la vulnerabilidad de estas poblaciones son: La existencia de una cultura por el no respeto a los derechos humanos, las constantes violaciones a sus derechos como personas con dignidad humana, por la discriminación a las que son sujetos y el poco acceso a servicios

Entre las acciones que podemos desarrollar en los establecimientos de salud para disminuir el contexto de vulnerabilidad de estas poblaciones: Desarrollar acciones focalizadas a estas poblaciones, respetando sus características, acciones basadas en una visión desde la salud pública libre de prejuicios. Teniendo como eje trazadores los derechos humanos.

La vulnerabilidad puede reducirse ofreciendo a la población escolarización, apoyando entornos familiares protectores y ampliando el acceso a los servicios de salud. Abordar la vulnerabilidad a nivel estructural implica reformar las leyes y políticas discriminatorias, vigilar las prácticas y proporcionar protección jurídica.

4. Orientaciones técnicas generales

► **Técnica:** Lectura dirigida en plenaria

4.1 Muestre la diapositiva y mencione las orientaciones técnicas generales.

- Estar basadas en modelos y teorías
- Cada población debe abordarse considerando sus características y dinámicas propias
- Estar vinculada e integrada con servicios de prevención VIH
- Un enfoque de prevención combinada
- Ejes transversales la interculturalidad, igualdad de género, derechos humanos y participación social y comunitaria
- Establecer las metas del cambio de comportamiento
- Definir el plan de monitoreo y evaluación



4.2 Refiera a los participantes a la Guía de Orientaciones técnicas y a través de lectura dirigida desarrolle el contenido sobre las orientaciones técnicas generales.

La Secretaría de Salud de Honduras ejerciendo la función rectora reconoce y establece que toda estrategia de comunicación para cambio de comportamiento en la prevención de las ITS y VIH dirigida a las poblaciones clave debe planificarse, desarrollarse y evaluarse considerando lo siguiente:

- Estar basadas en modelos y teorías, esto con el propósito de garantizar que las intervenciones que se implementen estén fundamentadas en evidencia. Dependiendo de las necesidades, puede hacerse combinación de teorías que permitan intervenciones a multiniveles.
- Cada población debe abordarse considerando las características y dinámicas propias, por lo que el abordaje con las estrategias de comunicación para cambio de comportamiento será diferenciado, integral, sistemático. Para ello, se requiere cumplirse con todas las fases y pasos establecidos.
- Estar vinculada e integrada con servicios de prevención VIH, tales como consejería en VIH basada en riesgo y pruebas diagnósticas de VIH e ITS, acceso a condones y acceso oportuno

a los ARV y tratamiento para ITS, protección de los derechos humanos, todo ello en el marco de la prevención combinada.

- Un enfoque de prevención combinada permite llevar a cabo un conjunto de acciones y estrategias para cambio de comportamiento, biomédicas y estructurales de acuerdo a las necesidades de las personas más expuestas al riesgo de infección de las ITS y el VIH. El acceso universal y oportuno a los condones femeninos y masculinos son una parte esencial de la prevención combinada, que incluye entre otros elementos el acceso a la información sobre el VIH, el acceso al tratamiento, medidas de reducción del daño, el retraso de la iniciación sexual, la reducción de las parejas sexuales y las relaciones ocasionales, la circuncisión masculina, la defensa de los derechos humanos y la reducción del estigma.
- Debe tener como ejes transversales la interculturalidad, igualdad de género, derechos humanos y participación social y comunitaria.
- Establecer las metas del cambio de comportamiento que se pretende modificar las cuales deben ser coherentes con la finalidad de las presentes orientaciones técnicas “Contribuir a la prevención de nuevos casos de infecciones por el VIH en las poblaciones clave en mayor riesgo de infección”.
- Definir el plan de monitoreo y evaluación como elemento estratégico para la medición de los logros de las estrategias.

5. Orientaciones específicas

► **Técnica:** Presentación dialogada

5.1 Explique con apoyo de las diapositivas las orientaciones específicas:

Toda estrategia de comunicación para cambio de comportamiento se desarrollará mediante los pasos que se describen a continuación y que se encuentran enmarcados en las metodologías sistemáticas de planeamiento, desarrollo y evaluación de una estrategia de comunicación para cambio de comportamiento efectivas:



1) **Análisis de situación.**

En el paso de análisis o entendimiento de la situación del VIH y las ITS, así como de los grupos sociales existentes, se debe:

a) **Entender e identificar con claridad la situación del VIH**

- Los grupos más afectados y las normas culturales que subyacen a las conductas de salud
- Las barreras o retos existentes que obstaculizan o facilitan la adopción de un comportamiento y las determinantes sociales, culturales, y económicas que influyen



- Las políticas y programas existentes, las organizaciones activas, y los espacios y vías de comunicación disponibles.
- Disponer de toda la información y datos de estudios demográficos, epidemiológicos, socio-culturales y económicos. El poder acceder a dicha información acelerará significativamente los pasos siguientes.
 - Realizar una evaluación formativa que complemente el análisis según los vacíos de información disponible y actualizada. Para ello, debe realizarse un protocolo formativo de evaluación
 - El análisis anterior debe resumirse y concluirse claramente con la “Planteamiento del problema” y las determinantes que influyen, así como los comportamientos a modificar

b) Análisis de los grupos sociales y de la capacidad en comunicación

Después del análisis situacional, se debe llevar a cabo un análisis detallado de los grupos sociales con los cuales trabajará, así como de los espacios y vehículos de comunicación preferidos, de la siguiente manera:

- Realizar un análisis del nivel de participación y alianzas: En este paso debe identificarse los actores sociales, redes, grupos de base comunitaria e instituciones cuya participación es clave para el éxito de la estrategia a nivel de la comunidad, y municipio.

Este conjunto de fuerzas sociales en los ámbitos nacional y local ayudará a iniciar cambios a nivel de políticas así como a fortalecer las iniciativas de comunicación, con los cuales se trabajará, así como trabajadores de campo y agentes de cambio.

- Evaluar las necesidades de comunicación y capacitación. Requiriéndose un análisis del acceso a los medios de comunicación y las preferencias de uso entre la población que será abordada.
- Identificar las necesidades de fortalecer capacidades de comunicación entre organizaciones de base, ONG, medios de comunicación local y tradicional que participen en la estrategia de comunicación

► Técnica Interactiva: “Los Números”

Preparación previa

- Coloque en diferentes lugares del salón tarjetas que tengan los números 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6.

5.2 Pida a los y las participantes que escojan el número que más les gusta y se coloquen junto a él, y que miren quienes están en el grupo o número.

5.3 Repite el ejercicio 3 veces.

5.4 En plenaria, pida a los participantes que compartan la experiencia del ejercicio.

5.5 Analice la técnica, explicando la Teorías de la Sexualidad: Modelo Unidimensional (Alfred Kinsey) Entregue a los participantes la Hoja: Modelo Unidimensional Alfred Kinsey.

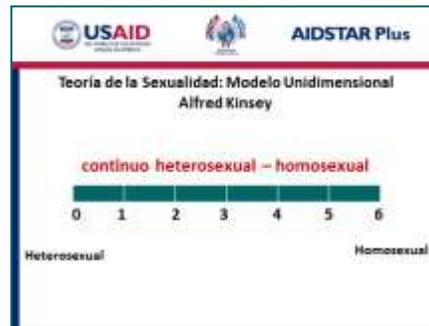
5.6 Muestre las diapositivas y refiera que el estudio más citado de nuestro tiempo sobre la sexualidad es el realizado por Alfred Kinsey, biólogo y sociólogo norteamericano, uno de sus aportes más notables es la concepción del continuo hetero - homosexual en la conducta sexual humana. Estos autores afirman que no se puede dividir a los seres humanos en dos categorías antagónicas.



Para Kinsey, la homosexualidad no era una cuestión de todo o nada. No se deba dividir a los seres humanos en homosexuales, por un lado y heterosexuales, por otro.

El grado de heterosexualidad, homosexualidad de una persona, según Kinsey, podía variar en momentos diferentes de la vida o de acuerdo a circunstancias determinadas.

Estableció una escala de 0 a 6 para expresar el grado de hetero - homosexualidad en una persona en un momento determinado.



5.7 Con la diapositiva y la Hoja de trabajo, explique la escala y el significado de los números.

5.8 Procese el ejercicio haciendo las siguientes preguntas:

- o ¿Qué relación tiene el ejercicio y la teoría del continuo hetero – homosexual en el diseño e implementación de una estrategia de comunicación para cambio de comportamiento?

5.9 Retroalimente según las aportaciones que los participantes vayan brindando. Enfatique puntos clave.

2) Diseño estratégico

- ▶ **Técnica:** Presentación dialogada

5.10 Continúe el desarrollo del contenido, utilizando las diapositivas y en forma dialogada.

En vista que toda estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento necesita de un diseño estratégico que garantice la aplicación de todas las etapas y pasos. A continuación se detallan los pasos que deben desarrollarse:

a) Establecer objetivos de comunicación: Los objetivos deben ser Medibles, Apropriados, Dirigidos, Razonables y Específicos en el tiempo (MADRE). Es necesario cuantificar los cambios esperados a nivel de conocimiento, actitudes, habilidades, comportamientos.

b) Definir el enfoque y posicionamiento de la estrategia: Seleccionar el modelo o teoría de comportamiento sobre el cual se desarrollará la estrategia o programa. Se requiere explicar el por qué se usará dicho modelo y estrategia y cómo se espera que se produzca el cambio esperado.



- c) Determinar los espacios y medios de comunicación a utilizar según el análisis de audiencias, mensajes. Es posible considerar un enfoque multimedia integrado para lograr una mayor sinergia. Es recomendable combinar medios de comunicación masiva, procesos de movilización comunitaria y comunicación interpersonal entre familiares, amigos, redes sociales, comunitarias y proveedores de servicios.
- d) Diseñar un plan de implementación que incluye un cronograma de trabajo con indicadores de proceso para monitorear el avance del programa, un presupuesto detallado por rubros. Desarrolle un plan de gerencia que incluya roles y responsabilidades de las diferentes organizaciones socias del programa. Asegúrese que todos los involucrados sepan lo que se espera de ellos.
- e) Diseñar un plan de monitoreo y evaluación: Identificar los indicadores y las fuentes de verificación para monitorear la implementación del programa. Documentar la reacción de los grupos sociales a los cuales el programa va dirigido. Definir el diseño del estudio a utilizar para la medición de resultados.

3) Desarrollo de la estrategia de comunicación y prueba de herramientas de comunicación

En el campo de la comunicación estratégica, el desarrollo de conceptos, materiales impresos, mensajes, historias y procesos participativos se caracterizan por combinar la ciencia con el arte. Estos procesos no solo deben estar guiados por el análisis y el diseño estratégico de los pasos anteriores, sino también deben ser creativos para evocar emociones y sentimientos que motiven a los grupos sociales con los cuales el programa trabaja. Por tanto, toda estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento en ITS y VIH debe:



- a) Desarrollar las herramientas de comunicación y los lineamientos de acción, instrumentos, manuales de facilitación, manuales de capacitación, ayudas de trabajo para proveedores de servicios, páginas web en el Internet, guiones de Tv, radio, teatro, historietas educativas, y otros.

En esta etapa la participación de las poblaciones clave en mayor riesgo es de vital importancia, con un rol activo y otros socios locales, trabajadores de campo, miembros de los grupos sociales con los cuales la estrategia estará directamente vinculada. Este proceso debe asegurar que los productos finales satisfagan las necesidades planteadas por los diversos grupos.

- b) Prueba de herramientas de comunicación es una acción importante para garantizar que todas las herramientas o piezas de comunicación cumplen con los criterios de efectividad: comprensión, atracción, aceptación, involucración e inducción a la acción

Este proceso se realizará con la involucración activa de las poblaciones y os grupos sociales a los cuales están dirigido la estrategia y quienes estarán directamente trabajando, así como con otros grupos secundarios y terciarios. Se recomienda compartir los resultados con los socios para garantizar apropiación de los resultados y la utilización de los productos generados.

Modificar las herramientas de comunicación según los resultados de la prueba, y que no fueron comprendidos, recordados, o que no fuesen aceptados social o culturalmente, con el propósito de garantizar la efectividad y coherencia de todas las herramientas.

Probar nuevamente las herramientas de comunicación para asegurarse que las modificaciones fueron hechas correctamente e identificar los ajustes finales previa producción final.

4) Implementación y monitoreo

Toda estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento en ITS y VIH debe:

- a) Capacitar a los capacitadores y trabajadores de campo: se requiere planificar procesos de formación y capacitación en los ámbitos que sean necesarios para desarrollar la capacidad institucional, el trabajo en equipo y en habilidades individuales.
- b) Motivar a los participantes clave en participar en la implementación de la estrategia mediante diversos mecanismos que permitan compartir la información, resultados y reconocimiento entre sus socios involucrados para alcanzar el objetivo de la estrategia.
- c) Implementar las acciones de monitoreo de la estrategia, según el plan elaborado en la etapa de diseño, esto incluye los productos para asegurar calidad.
- d) Ajustar la estrategia en base a los resultados del monitoreo para hacer correcciones en tiempo a las actividades, materiales y procesos en curso



5) Evaluación y re-planificación

La evaluación mide la eficiencia de una estrategia en alcanzar sus objetivos planteados, y explicar los efectos logrados con las diversas acciones. Cuando este proceso se lleva a cabo con la rigurosidad debida, los resultados brindan valiosa información para la mejora y rediseño de la estrategia misma.

Por tanto, toda estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento debe realizar una evaluación que permita medir los resultados y determinar si los cambios deseados han ocurrido a nivel de conocimiento, actitudes y comportamiento entre las poblaciones y grupos sociales, para ello se debe:

- a) Diseñar e implementar un protocolo de evaluación de la estrategia que conjugue técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa, los que deberán describirse en un informe
- b) Diseminar los resultados, porque es importante que todos los involucrados en el desarrollo de la estrategia estén conozcan los resultados y logros alcanzados, ya sea positivo o no. Comparta los resultados de la evaluación de impacto con todos sus socios, aliados, personas clave, los medios de comunicación y las agencias financiadoras.
- c) Identificar las necesidades futuras: Los resultados de la evaluación deben demostrar dónde se hace necesario un seguimiento más de cerca y cuáles actividades de la estrategia pueden extenderse en el futuro.
- d) Revisar y rediseñar la estrategia considerando los resultados de la evaluación, para ello se necesita revisar el planteamiento y herramientas, acciones y procesos desarrollados. De igual manera, los resultados deben utilizarse para identificar lo que sí funcionó y que ha contribuido a alcanzar los objetivos de la estrategia, regresando nuevamente a la etapa de análisis.



6. Niveles o tipos de intervención

► Técnica: Presentación dialogada

6.1 En forma dialogada y con apoyo de las diapositivas desarrolle el contenido.

Los diferentes niveles o tipos de intervención pueden desarrollarse de forma separada o combinándolas, entre las que se encuentran las intervenciones a nivel individual, grupal y masiva. Las intervenciones a múltiples niveles: Biomédico, conductual, institucional, comunitario y estructural, con la participación de diversos socios y en acción coordinada han demostrado tener un mayor éxito que las que se realizan de forma aislada (16).



Intervenciones individuales

Tienen la finalidad de realizar abordajes a miembros de las poblaciones clave en mayor riesgo de infección de manera individual y personalizada con el fin de brindar información, identificar el riesgo personal de infectarse con las ITS y el VIH y motivar al cambio de comportamiento.

Existen diversas experiencias de intervenciones individuales tales como la educación cara a cara provista por un profesional de la salud, la educación entre pares, facilitadores, consejería en VIH basada en riesgo, asesoramiento sobre uso de sustancias entre otros.



Intervenciones grupales

Consiste en el desarrollo de varias sesiones aproximadamente en cuatro horas cada una, con el propósito de: (a) aumentar la percepción de riesgo a la infección con el VIH; (b) concienciar sobre las normas sociales y cómo éstas afectan o dificultan la prevención del VIH; (c) aumentar el nivel de conocimiento y la adquisición de destrezas para usar el condón masculino y practicar la masturbación mutua; (d) aumentar el nivel de auto-eficacia en el uso del condón masculino y la práctica de la masturbación mutua; (e) desarrollar actitudes positivas hacia el uso del condón masculino; y (f) aumentar la frecuencia del uso del condón masculino y reducir la frecuencia de penetración anal y vaginal sin protección.



Dependiendo de la intervención, objetivos y metodología (asesoramiento para parejas, la familia, redes sociales, foros, talleres para el desarrollo de aptitudes, grupos de apoyo, talleres de desarrollo de aptitudes, grupos de apoyo, las intervenciones grupales), pueden ser de:

- Pequeños grupos: de dos hasta un máximo de 12 personas
- Grupos amplios: de 13 a 50 personas como máximo.

Intervenciones masivas.

Las intervenciones masivas son de alguna manera las intervenciones estructurales orientadas a la modificación de estándares sociales, abogacía, acceso a servicios; educación sexual integral; empoderamiento comunitario y formación de capital social; trabajo con los medios para combatir el estigma; y estrategias para resolver barreras sociales.

Algunas actividades comunitarias tienen un alcance masivo dependiendo de los canales que se utilicen para promover ampliamente en el desarrollo social y humano, equidad de género, respeto al derecho humano etc.

Por lo anterior, todas las estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento dirigidas a las poblaciones clave deberán diseñarse e implementarse utilizando intervenciones multinivel, pues se ha demostrado que la combinación de niveles y ofrecen la oportunidad para el desarrollo de acciones de prevención más eficaces.



Técnica: Los Roles del Poder

Preparación previa:

- Prepare instrucciones para cada uno de los tres grupos de colores
- Llene dos tercios de los vasos de papel con caramelos.

6.2 Explique brevemente que va a presentar una situación simulada que ilustra las relaciones de poder en la comunidad y su influencia en un proyecto o programa de comunicación para cambio de comportamiento a nivel comunitario.

6.3 Divida los caramelos en partes iguales en los vasitos de cartón, extendidos en una mesa al lado.

6.4 Divida al grupo en tres subgrupos contando en tres.

6.5 Dele al grupo #1 los círculos azules; al grupo #2 los círculos verdes; y al grupo #3 los círculos rojos; y pídale a todos que se peguen visiblemente el círculo en su frente. Asegúrese que todos sepan que los círculos han sido entregados al azar. Al inicio, siempre pida que si alguien ya conoce la representación no revele el propósito a los otros participantes. Una opción es hacer que algunos participantes sean observadores (estos pueden ser las personas que ya conocen el ejercicio de simulación) y que tomen notas de la conducta durante el ejercicio.

6.6 Entregue las instrucciones a los miembros de cada grupo y dígalas que no muestren a nadie sus instrucciones. Comience el ejercicio de simulación pidiéndoles a todos que hagan lo que dicen sus instrucciones respectivas.

- Círculos Azules: Tome un vasito con caramelos y vaya a sentarse alrededor de una mesa con otros que tengan los círculos azules e inicie una conversación sobre cualquier tema. Si desea puede comer los caramelos y compartirlo con otros que tengan círculos azules. No converse o hable bajo ninguna circunstancia con personas que tengan un Círculo Verde o un Rojo y tampoco puede ofrecerle caramelos a ellos.
- Círculos Verdes: Vaya a la mesa donde están los que tienen círculos Azules e inicie una conversación con alguien de ese grupo. Pídales que le den caramelo. Vaya y busque a alguien que tenga un círculo rojo y converse con ellos. Ofrézcale a la persona que tiene Círculo Rojo alguno de los caramelos que sobren en la mesa.
- Círculos Rojos: Vaya a sentarse en el piso mirando a la pared. No le hable a nadie aunque alguien le hable a usted. No acepte caramelo de nadie.

6.7 Permita que los tres grupos interactúen por no más de 10 minutos. En cualquier ejercicio de simulación la sincronización es importante. Observe cómo funciona la simulación, ya que este ejercicio puede evocar emociones fuertes.

6.8 Interrogue a los participantes. Hacer preguntas a los participantes es crucial para una simulación exitosa. ¡Durante esta etapa de preguntas avise que terminó la simulación e invite a todos a comer los caramelos! El propósito de las preguntas es para tomar nota de las emociones que se han evocado y buscar relaciones entre la simulación y la vida real. Asegúrese de darles suficiente tiempo, ya que las emociones pueden ser fuertes.

6.9 Use las siguientes preguntas para estimular la discusión:

- o *¿Cómo le hizo sentirse el ejercicio de simulación? ¿Qué fue específicamente lo que le hizo sentir así?*
- o *¿Alguna vez se ha sentido así en la vida real? ¿Cuáles fueron las circunstancias?*
- o *¿De qué manera refleja la realidad la simulación?*
- o *¿Los grupos corresponden a algún grupo de la vida real?*
- o *Piense en el impacto en relación promoción y prevención del VIH. ¿A quién representan las personas de los círculos azules? ¿Y a quién los verdes, y los rojos?*
- o *¿Cómo afecta el tema de salud (ITS/VIH) a aquellos que están más marginados o en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad? ¿Cuáles son las necesidades especiales?*
- o *¿Cómo proveedores de salud, que se puede hacer para llegar a las poblaciones difíciles de alcanzar para tengan acceso a los servicios? ¿Dónde están?*

6.10 Cierre resaltando cómo las relaciones de poder afectan el acceso a los servicios, información, participación, sentimientos de inclusión, y de empoderamiento. *(Adaptado del Manual de capacitación de capacitadores Movilización Comunitaria para la Salud y el Cambio Social)*

Sesión 8: Iniciativas de respuesta al VIH

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Explicar los aspectos esenciales de las iniciativas de respuesta al VIH: Estrategia 90 90 90, Estrategia 2.0 y Llegar a Cero.

Temas:

1. Estrategia 90 90 90
2. Llegar a Cero
3. Tratamiento 2.0



Técnicas: Lectura dirigida en plenaria

Materiales requeridos:

- Data Show, diapositivas

Tiempo estimado: 60 minutos

▶ **Técnica:** Lectura dirigida en plenaria

1. En plenaria y a través de lectura dirigida desarrolle el contenido sobre las tres iniciativas de respuesta al VIH.

“90-90-90”, las nuevas metas 2020 para controlar la epidemia de VIH/sida en América Latina y el Caribe

Países de la región y socios se comprometieron a aumentar al 90% la proporción de personas con VIH que conocen su diagnóstico, a incrementar al 90% aquellas bajo tratamiento antirretroviral, y a que el 90% bajo tratamiento tenga carga viral suprimida.

Con el fin de reducir las nuevas infecciones por VIH, mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y disminuir la mortalidad por sida, países de América Latina y el Caribe y sus socios establecieron nuevas metas a alcanzar en 2020 para incrementar el diagnóstico de la infección, aumentar el número de personas bajo tratamiento antirretroviral (ARV), y reducir su carga viral a valores indetectables.

Las metas —denominadas “90-90-90” por las mejoras cuantitativas que apuntan lograr— fueron acordadas durante el Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención del VIH, que se desarrolla hasta el 28 de mayo en la ciudad de México, organizado por un conjunto de socios, entre ellos la Secretaría de Salud de México, ONUSIDA y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

El centro de esta estrategia es que el tratamiento antirretroviral tiene eficacia preventiva, ya que reduce la cantidad de virus tanto en la sangre como en el semen.

Meta 1: Aumentar al 90% la proporción de personas con VIH que conoce su diagnóstico

Ampliar el testeo contribuirá a que quienes viven con el virus accedan a los servicios de atención y tratamiento que requieran. Esto se puede lograr intensificando estrategias diversificadas de oferta de la prueba de VIH e involucrando a las comunidades y a la sociedad civil.

Meta 2: Aumentar al 90% la proporción de personas bajo tratamiento antirretroviral

Ampliar el tratamiento contribuirá a mejorar la salud de las personas con VIH, reducir las infecciones asociadas al sida y prevenir nuevas. Para ello, los países acordaron revisar sus modelos de atención con el objetivo de hacerlos más accesibles a los pacientes. Combatir el estigma es otra de las barreras a sortear.

Meta 3: Aumentar al 90% la proporción de personas bajo tratamiento con carga viral indetectable

Una carga viral suprimida es clave para controlar el daño de la infección en la salud de la persona con VIH y también para reducir drásticamente el riesgo de infectar a otros.

Para lograr una mayor adherencia al tratamiento y retener a los pacientes en la atención será necesario brindar una atención en niveles más descentralizados de salud, y donde la interacción con las comunidades pueda ser más efectiva.

Estrategia Llegar a Cero 2011-2015

Con esta Estrategia, el ONUSIDA impulsará el compromiso mundial con las acciones que se enumeran a continuación, y que apoyan las conclusiones de la Cumbre de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2010 (26):

- Redoblar los esfuerzos para alcanzar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH
- Intensificar de forma significativa los esfuerzos destinados a reducir el número de nuevas infecciones por el VIH Abordar el VIH desde la perspectiva del desarrollo, lo que requiere consolidar, en las redes nacionales, instituciones y sistemas sólidos y viables que permitan organizar respuestas multisectoriales
- Desarrollar nuevas asociaciones estratégicas para reforzar y aprovechar los vínculos entre la respuesta al VIH y otras iniciativas sanitarias y para el desarrollo, en apoyo al programa Sida más ODM Hacer planes para garantizar la viabilidad a largo plazo.

Visión: Llegar a cero nuevas infecciones por el VIH

Primera dirección estratégica: Revolucionar la prevención del VIH:

Objetivos para 2015:

- Reducir a la mitad la transmisión sexual del VIH, también entre los jóvenes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y en el contexto del comercio sexual
- Acabar con la transmisión vertical del VIH y reducir a la mitad la mortalidad materna relacionada con el sida
- Evitar que se produzcan nuevas infecciones por el VIH entre los usuarios de drogas

Acciones para conseguirlos

- Generar compromiso político para abordar el modo y las razones por las que las personas contraen el virus
- Movilizar a las comunidades para demandar de forma eficaz un cambio social y jurídico
- Destinar los recursos a los focos de la epidemia a través de intervenciones adecuadas

Visión: Llegar a cero muertes relacionadas con el sida

Segunda dirección estratégica: Impulsar la próxima generación del tratamiento, la atención y el apoyo.

Objetivos para 2015

- Alcanzar el acceso universal a la terapia antirretrovírica para las personas seropositivas que reúnen las condiciones para recibirla
- Reducir a la mitad el número de muertes a causa de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH
- Garantizar que todas las estrategias de protección social nacionales atienden las necesidades de las personas seropositivas y los hogares afectados por el VIH, y que tienen acceso a servicios básicos de atención y apoyo.

Acciones para conseguirlos

- Garantizar que las personas que viven con el VIH pueden acceder a un tratamiento eficaz cuando lo necesiten
- Reforzar los sistemas nacionales y comunitarios que suministran tratamiento, atención y apoyo
- Ampliar de forma significativa el acceso a la atención, el apoyo y la protección social para las personas infectadas y afectadas por el VIH

Visión: Llegar a cero discriminación

Tercera dirección estratégica: Promover los derechos humanos y la igualdad de género en la respuesta al VIH

Objetivos para 2015

- Reducir a la mitad el número de países que aplican leyes y prácticas punitivas en torno a la transmisión del VIH, el comercio sexual, el consumo de drogas o la homosexualidad
- Eliminar las restricciones de entrada, estancia y residencia relacionadas con el VIH en la mitad de los países que las aplican
- Garantizar que al menos la mitad de las respuestas nacionales al VIH abordan las necesidades específicas de las mujeres y las niñas Tolerancia cero hacia la violencia por cuestiones de género

Acciones para conseguirlos

- Ayudar a los países a proteger los derechos humanos en el contexto del VIH y a crear entornos sociales y jurídicos de protección que les permitan acceder a programas relacionados con el VIH
- Ampliar la capacidad de los países para que reduzcan el estigma y la discriminación, y presten servicios de forma equitativa a las personas más afectadas por el VIH
- Garantizar que las estrategias nacionales destinadas a hacer frente al VIH atienden las necesidades y los derechos de las mujeres y las niñas

Tratamiento 2.0

El Tratamiento 2.0 es una iniciativa de la OMS y el ONUSIDA que tiene por objeto impulsar la próxima fase de expansión del tratamiento de la infección por el VIH mediante la promoción de la innovación y la mejora de la eficiencia. Ayudará a los países a alcanzar y mantener el acceso universal al tratamiento y maximizar los beneficios preventivos del tratamiento antirretroviral (TAR) por medio del trabajo centrado en cinco áreas prioritarias. (22)

Áreas prioritarias de la estrategia del Tratamiento 2.0

1) Optimizar los regímenes terapéuticos

Objetivo para el 2020: Que los países de ingresos medianos y bajos dispongan de regímenes antirretrovirales eficaces, asequibles, de dosis diaria única, potentes, con toxicidad o interacciones farmacológicas mínimas y que opongan una gran barrera al desarrollo de resistencia.

2) Proporcionar los medios de diagnóstico en el punto de atención y otras herramientas simplificadas de diagnóstico y monitoreo.

Objetivo para el 2020: Que los países de ingresos medianos y bajos dispongan de un paquete de pruebas de diagnóstico en el punto de atención y de otras pruebas simplificadas que sean de calidad, fiables, asequibles y simples.

Es necesario crear y validar un paquete de medios de diagnóstico asequibles y fáciles de usar en el lugar de consulta, así como otras tecnologías simplificadas, a fin de ampliar las pruebas de diagnóstico del VIH y las pruebas virológicas e inmunológicas que se usan para la estadificación y vigilancia del TAR. La OMS y el ONUSIDA están trabajando con expertos técnicos para formular recomendaciones sobre el uso del lugar de consulta y otras plataformas simplificadas, y formular orientación sobre prioridades a corto, mediano y largo plazo para la optimización de tecnologías actuales y en estudio.

3) Reducir los costos

Objetivo para el 2020: Que existan programas de prevención, atención y tratamiento de la infección por el VIH de alta calidad al menor costo posible con óptima eficacia en todos los países de ingresos medianos y bajos que los necesiten.

4) Adaptar los sistemas de prestación de servicios

Objetivo para el 2020: Que los programas de atención y tratamiento de la infección por el VIH estén descentralizados e integrados adecuadamente con otros servicios de salud dedicados o no al VIH, con un compromiso más firme de las comunidades en la prestación de servicios y una mejor retención asistencial.

5) Movilizar las comunidades

Objetivo para el 2020: Que las personas infectadas por el VIH y los grupos de población clave de los países de ingresos medianos y bajos participen plenamente en la creación de la demanda, la planificación, la prestación y la evaluación de los programas de tratamiento y atención de la infección por el VIH, con garantía de calidad y basados en los derechos.

Sesión 9: Principios básicos de la facilitación

Objetivos de Aprendizaje:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Describir los elementos básicos conceptuales de la facilitación participativa y la educación en adultos.
2. Identificar las actitudes y los comportamientos de el/la facilitador/a que posibilitan y obstaculizan la participación activa de los miembros de un grupo.
3. Reconocer la importancia de la aplicación de los principios de la educación de adultos, en los procesos de entrenamiento que estarán bajo su responsabilidad.
4. Profundizar en la comprensión de los conceptos y la aplicación de los principios para facilitar el aprendizaje en las personas adultas
5. Identificar las actitudes y los comportamientos que posibilitan y obstaculizan la participación activa de los miembros de un grupo
6. Reflexionar sobre las características de los/las facilitadores/as y su rol en los procesos de entrenamiento a entrenadores/as



Contenidos:

1. Facilitación participativa
2. Principios para el aprendizaje en personas adultas
3. El aprendizaje en las personas adultas
4. Habilidades de comunicación de la facilitación

Técnica:

- Exposición dialogada
- Lectura dirigida
- “Sigue mi mano”
- Co-facilitación

Materiales y recursos de Apoyo:

- Diapositivas/Presentaciones:

1. Facilitación del aprendizaje

► Técnica: Exposición dialogada

1.1 Introduzca el tema explicando que debido a su eficacia, el diseño de los talleres de entrenamiento a entrenadores, así como a proveedores, han sido diseñados conforme a la metodología participativa, incorporando aquellos elementos y conceptos que caracterizan a la educación de adulto.

1.2 Luego en forma dialogada, desarrolle los siguientes contenidos:

En términos generales, la facilitación se define como hacer que las cosas ocurran fácilmente, o hacer posible algo. (Internacional, 2011)

La facilitación comprende el uso de métodos y técnicas participativas para estimular una mayor implicación e interacción de las personas participantes y para crear un entorno favorable que sea propicio para el aprendizaje y el empoderamiento, y que sea también atractivo y divertido. La facilitación significa también:

- ▶ Asumir la responsabilidad de la planificación y ejecución de los procesos de reflexión, análisis y aprendizaje que empodere a las personas participantes y les haga participar.
- ▶ Centrar la atención en las personas participantes como actores clave del proceso de aprendizaje.
- ▶ Desentrañar las relaciones de poder entre educadores/as y participantes y entre las propias personas participantes, sobre todo cuando el grupo es diverso. (Internacional, 2011)



Facilitación: Significa también

- Asumir la responsabilidad de la planificación y ejecución de los procesos de reflexión, análisis y aprendizaje que empodere a las personas participantes y les haga participar.
- Centrar la atención en las personas participantes como actores clave del proceso de aprendizaje.
- Desentrañar las relaciones de poder entre educadores/as y participantes y entre las propias personas participantes.

Facilitación participativa es un método de aprendizaje que involucra activamente a los participantes en el proceso educativo, incorporando sus necesidades, sus capacidades, sus reflexiones y análisis y sus estrategias de cambio.

El aprendizaje en las personas adultas, ocurre cuando los participantes están involucrados entera y activamente todo el tiempo, y además cuando se les permite trabajar en su propio ritmo.

La investigación ha revelado que las personas adultas responden de modos distintos a los diferentes métodos de enseñanza de los conocimientos y que la retención varía según el medio por el que aprendió.



Facilitación Participativa

Método de aprendizaje que involucra activamente a los participantes en el proceso educativo:

- Incorpora sus necesidades y preguntas, sus capacidades, sus reflexiones y análisis y sus estrategias de cambio.

El aprendizaje de las personas adultas:

- Se basa en los conocimientos y experiencias que han adquirido con el transcurso de los años.



Este principio puede resumirse en un proverbio chino:

**"Lo que se escucha, se olvida
lo que se ve, se recuerda
lo que se hace, se entiende"**

Así es que su grupo de participantes retendrá:

- 10 por ciento de lo que lea;
- 20 por ciento de lo que oiga;
- 30 por ciento de lo que vea;
- 50 por ciento de lo que oiga y use;
- 70 por ciento de lo que haga. (Cristina Carlos Medarde, 2006)

2. Principios para facilitar el aprendizaje en personas adultas

► Técnica: Lectura dirigida

2.1 Aplicando la técnica de Lectura dirigida, explique los siguientes puntos relacionados con la enseñanza dirigida a personas adultas:

Partiendo de los *Principios de la educación para adultos*, tome en cuenta los siguientes **aspectos para motivar o facilitar el aprendizaje**: (Activities, 1994)



- **Prepárese suficientemente y con anticipación.** Empiece su preparación lo antes posible (mínimo 2 semanas antes de la fecha del entrenamiento). Hay que conocer las técnicas, métodos y materiales y, además, hay que practicar y ¡practicar!
- **Proporcione un ambiente de seguridad y comodidad.** Es importante crear un ambiente positivo y fraternal con técnicas que permitan que las personas del grupo se conozcan y que se sientan cómodas y para crear un ambiente conducente al aprendizaje. Una persona que está relajada y contenta aprende con más facilidad que una que se siente con temor, vergüenza o enojo. Refuerce la importancia de la elección adecuada del espacio físico donde se realizará el taller. Una persona que siente hambre, frío, cansancio, está enferma o tiene otra incomodidad física no podrá lograr su nivel máximo de aprendizaje.
- **Asegúrese que sientan que son necesarios/as, que están involucrados/as o que son importantes.** Esto les da la motivación necesaria para que tome lugar el aprendizaje. Un elemento clave en cuanto a la motivación, es la autoestima de los participantes, por esta razón es importante encontrar formas de desarrollarla. Mostrar aprecio por las cosas que ya pueden hacer, desarrolla la autoestima y la motivación.
- **Comuníqueles en forma clara lo que involucra el programa de entrenamiento.** Los/las participantes tienen que estar convencidos/as que la capacitación será relevante y que las habilidades específicas que aprenderán están de acuerdo con sus necesidades. Las personas adultas aprenden mejor cuando consideran que el tema es realmente pertinente y se puede aplicar poco después de la capacitación. La motivación para aprender es máxima cuando llena alguna necesidad inmediata.
- **Respete su individualidad y estimúela,** ya que las personas aprenden en diferentes ritmos y tienen distintos estilos. El respeto mutuo entre el capacitador y el alumno contribuyen al proceso educativo. Cada participante trae sus propias experiencias y que todas ellas contribuyen al enriquecimiento de la capacitación.
- Asegúrese de usar siempre técnicas participativas o ejercicios prácticos. A medida que los están haciendo” su autoconfianza aumentará y podrán adaptar lo que están aprendiendo a sus propias circunstancias. Significa aprender haciendo.
- **Utilice los visuales de la manera apropiada.** Utilice ayudas visuales sencillas, claras y fáciles de leer para reforzar el aprendizaje. Utilice los rotafolios, diapositivas, transparencias y modelos para ilustrar el tema con información precisa y concisa y en letra grande. Nunca lea una presentación. Use “temas generales” o ideas, puntos, problemas, alegrías de las cuales las personas platican, les preocupan o festejan siempre. Esto genera un ambiente positivo. ¡Concluya a tiempo!
- **Utilice preguntas abiertas** para estimular la participación en el grupo, rebote algunas de las preguntas que el grupo realiza, animando a los miembros reflexionar y discutirlo en el grupo.

Utilice preguntas frecuentemente para verificar comprensión y para sintetizar conceptos claves; si usted no sabe la respuesta a una pregunta de un participante, colóquela en el Parqueo, y dígale que indagará y ¡hágalo!

- **Retroalimente.** Para obtener un aprendizaje eficaz es importante que se provea a los/las participantes una retroalimentación que funcione de forma tanto correctiva como reforzadora.
- **Evalúe:** Diariamente evalúe su sesión de capacitación con el fin de mejorar sus técnicas asegurarse que se está dirigiendo a las necesidades de información de los/las participantes. La evaluación puede ser realizada de forma verbal (pidiendo a los/las participantes que compartan con el grupo una cosa que aprendieron y algo que podría ser mejorado), y de forma escrita (al ser anónimas hay mayor posibilidad que los/las participantes sugieran como mejorar la facilitación).

3. Características de un/a buen facilitador/a

► **Técnica:** Exposición dialogada

- 3.1 En forma dialogada y con apoyo de las diapositivas explique los siguientes contenidos: Características de un/a facilitador/a, Perfil de la persona facilitadora y Funciones del facilitador/a.

La función del facilitador/a es crear y mantener un entorno de aprendizaje positivo y saludable de confianza y franqueza en el que todas las personas participantes se sientan seguras de sí mismas y estén dispuestas a compartir experiencias, hablar con sinceridad y aprender juntas y en el que se respeten las diferencias de opinión. (Internacional, 2011)

Esto supone la promoción de la corresponsabilidad en el aprendizaje, que recae en todo el grupo y no sólo en la persona que actúa como facilitador.

El facilitador/a no es “la persona responsable”, ni tiene el control exclusivo del programa de trabajo. Las personas participantes deben tener voz a la hora de determinar los temas que se tratarán. La función de facilitador/a consiste en garantizar que el aprendizaje tiene lugar de manera más eficaz. (Internacional, 2011)



4. Habilidades de Comunicación para la facilitación

► **Técnica:** “Sigue mi mano” (Muñoz)

- 4.1 En esta sección explique que *el corazón de cualquier capacitación y desarrollo de recursos humanos, son la buena comunicación y el libre intercambio de información.*
- 4.2 Indique a las personas participantes que formen dos filas, una enfrente de la otra. Cada fila debe tener el mismo número de participantes.
- 4.3 Indique a los/las participantes de una de las filas que extiendan el brazo derecho y coloquen la mano delante de la cara de la persona que está justo enfrente. Diga a los/las participantes de la segunda fila que avancen hacia la mano para que ésta quede a unos 10 cm de su cara.

- 4.4 Explique a todos los participantes que las personas que están con el brazo extendido pueden mover su mano libremente y que la persona que está enfrente tiene que mantener la misma distancia entre su cara y la mano de la otra persona. La persona que tiene el brazo derecho extendido puede mover su mano con la rapidez o la lentitud que desee, llevando a la otra persona en cualquier dirección, alrededor de la sala, debajo de las mesas, encima de las sillas, etc.
- 4.5 Explique a los participantes que siguen una mano que no deben dejar que la distancia entre su cara y la mano aumente y que deben seguir la mano por muy difíciles que sean los movimientos que se ven obligados a hacer.
- 4.6 Conceda dos o tres minutos para el ejercicio. Observen las tácticas utilizadas por quienes tienen el brazo extendido y las reacciones de quienes siguen la mano.
- 4.7 Diga a los participantes que cambien de papel. Deles la misma cantidad de tiempo para llevar a cabo el ejercicio.
- 4.8 Invite a las personas participantes a formar un círculo sentándose en el suelo o en sillas, manteniendo las parejas que acaban de trabajar juntas.
- 4.9 Pida a los/las participantes que compartan la experiencia utilizando las preguntas siguientes. En una o dos palabras,
 - *¿Cómo se sienten ahora?*, (Insistan en que deben tratar de expresar sentimientos, no ideas ni análisis.)
 - *¿Cómo se sintieron cuando dirigían y obligaban a la otra persona a seguir su mano? ¿Por qué se sentían de ese modo?* (Pidan a los participantes que hablen en mayor profundidad sobre su experiencia.)
 - *¿Cómo se sintieron cuando eran dirigidos y tenían que seguir la mano de la otra persona? ¿Por qué se sintieron de ese modo?* (Pidan a los participantes que hablen en mayor profundidad sobre su experiencia.)
 - *¿Qué reflexiones y observaciones adicionales le gustaría compartir acerca del ejercicio y de cómo les hizo sentirse?*
 - *¿Cómo se relaciona lo vivido con el papel de los/las facilitadores/as?*
 - *¿Cómo se puede aplicar para mejorar su función como facilitador/a?*
- 4.10 Concluya la técnica haciendo un resumen sobre la responsabilidad de los/las facilitadores en la facilitación del aprendizaje y sobre la manera en que las relaciones de poder entre los miembros de un grupo y entre el grupo y el facilitador/a influyen en la participación activa de los miembros del grupo.
- 4.11 Lo puede explicar de la siguiente manera: “La forma en que nos comunicamos con los participantes determinará si estamos manipulando al grupo o facilitando. Hay una gran diferencia entre la manipulación y la facilitación. La manipulación se centra en el capacitador “Estamos a cargo y todos lo saben, y muy pocas veces usted aprende”. La facilitación se centra en el participante. Cuando el enfoque del aprendizaje es el participante, se motiva la creatividad y la reflexión, lo cual estimula cambios de actitud y conciencia”.

5. Habilidades verbales y no verbales de la comunicación

► **Técnica:** Exposición dialogada

5.1 Utilizando las diapositivas y en forma dialogada explique el siguiente contenido:

Existen habilidades no verbales y verbales de la comunicación.

Habilidades de Comunicación No-verbales (Luis José Bimbela Pedrola)_(Activities, 1994)

- **La Mirada:** Mantenga contacto visual con todas las personas en el grupo de participantes. No dirija su atención a una sola persona o a un grupo de personas. Además, cuando las personas que participan están exponiendo deben dirigirse a todo el grupo y no solamente a la persona facilitadora.
- **La Postura del cuerpo:** Evite estar de pie en un solo lugar, "pronunciando un discurso". Muévase por el salón sin distraer al grupo. Evite caminar solo de un lado a otro y cuando hable al grupo hágalo donde todos lo puedan ver.
- **Los movimientos de la cabeza:** Reaccione a lo que las personas le están diciendo, moviendo la cabeza, sonriendo o haciendo cualquier cosa que demuestre que los está escuchando.
- **La proximidad física:** Mantenga cercanía y proximidad con los/las participantes, sin invadir la distancia mínima que corresponde al territorio propio de cada persona. Balancee el tiempo que está parado/a o sentado/a frente al grupo.



Habilidades de Comunicación Verbal (Luis José Bimbela Pedrola)_(Activities, 1994)

- **Preguntar:** En los talleres de capacitación con participación activa, las preguntas son fundamentales y necesitan fomentarse. Sin embargo no conteste todas las preguntas. Recuerde que los/las participantes pueden contestar las preguntas entre unos y otros y esto a la vez aumenta su conocimiento. Diga "¿Alguien tiene una respuesta a esta pregunta?"
 - Exprese sus preguntas de tal manera que anime a las personas a hablar.
- **Tono de voz:** Esté consciente de su tono de voz y hable despacio y con claridad – especialmente si los/las participantes vienen de otros lugares. Promueva la participación de las personas.
- **Parfrasear:** Haga un parafraseo de lo que otra persona está diciendo, repitiéndolo en sus propias palabras. Esto asegurará que queda entendido lo que la otra persona ha dicho y refuerza lo que los/las participantes sacan a relucir.
- **Resumir:** Haga un resumen de la discusión para asegurar que todos entendieron y para seguir la dirección en la que usted quiera continuar.



- **Reforzar:** Refuerce lo que otra persona dice compartiendo una experiencia personal que se relacione con el tema de discusión. Usted pudiera decir “Esto me recuerda algo que me sucedió el año pasado.”

6. Importancia de la retroalimentación

- ▶ **Técnica:** Lluvia de ideas y Exposición dialogada

6.1 Para explicar el tema de retroalimentación pregunte a los participantes que significa para ellos “Retroalimentación” Anote todas las aportaciones como lluvia de ideas.

6.2 Resuma los puntos más importantes y relaciónelo con los elementos de la retroalimentación. En forma dialogada explique el siguiente contenido:

Cómo retroalimentar:

- **Retroalimente** acerca de las actividades, procedimientos o información que las/los participantes están empleando no acerca de su persona.
- **Comience** por retroalimentar acerca de la información y procedimientos que están realizados de manera adecuada o correcta.
- Trate de no darle un valor a la información o a lo que hacen los/las participantes, empleando palabras como... “esto está bien” o “esto está mal”. .. : Trate de no hacer preguntas o comentarios tendenciosos como...Usted ya ha atendido pacientes ¿no? ¿Cómo es posible que no lo sepa? ¿por qué no sabe hacerlo? ...
Para que la **retroalimentación** sea efectiva el/la facilitador/a tiene que indicar a los/las participantes:

- ✓ La información y lo que realizan correctamente
- ✓ Aspectos a mejorar
- ✓ Explicar la información y los procedimientos correctos

Reglas para la retroalimentación:

- **Dar retroalimentación tan pronto sea posible.** No espere a que vuelva a suceder el error o el acierto.
- **Limite sus comentarios** a dos o tres aspectos del desempeño. Existe un límite en cuanto a lo que podemos absorber de una sola vez.
- **No corrija los errores inmediatamente.** Siempre existe la gran tentación de ayudar directamente y demostrar lo correcto. Pero este tipo de ayuda sólo crea dependencia. Lo más difícil para un/a capacitador/a es quedarse callado y dejar que los participantes aprendan por sí mismos. Puede tardar más, pero el impacto del aprendizaje será mayor.
- **Felicite antes de ofrecer un comentario negativo.** No importa lo mal que sea el desempeño, debe haber algo por lo que pueda felicitarlo. Desarrolle así la autoestima del participante.
- **Critique el desempeño, no la persona.** Cuando ofrezca dar retroalimentación, asegúrese que sea una motivación para que los participantes respondan



7. Facilitación de sesiones

► Técnica: Co-facilitación

- 7.1 Divida a los participantes en 3 grupos. Ubique cada grupo en salones diferentes.
- 7.2 Explique que en cada grupo se dividan en parejas, que seleccionen una sesión de las que se han desarrollado, la preparen para facilitarla con el resto del grupo. Deles 20 minutos para la preparación de la sesión.
- 7.3 Antes de que las parejas faciliten las sesiones, explique la forma que se desarrollará para dar retroalimentación.
- 7.4 Una vez que las parejas estén preparadas, en cada uno de los grupos pídale que desarrollen el tema que seleccionaron aplicando los principios del aprendizaje en personas adultas, las habilidades de comunicación y siguiendo el manual del facilitador.
- 7.5 A cada pareja deles 15 minutos para la facilitación y 5 minutos para retroalimentar.
- 7.6 Explique que para la retroalimentación se utilizará la Lista de Verificación de la Observación de la Capacitación.

8. Preparación y procedimiento del entrenamiento a proveedores

- 8.1 En sesión plenaria explique el plan del taller para entrenamiento a proveedores y la aplicación del Manual del facilitador.
- 8.2 Explique cómo está estructurado el Manual del facilitador y facilitadora, los temas a desarrollar con los proveedores y las técnicas que se van aplicar para el desarrollo de las sesiones.
- 8.3 Refuerce la importancia de apegarse al manual del facilitador y facilitadora a fin de tener una mayor efectividad en el logro de objetivos del entrenamiento.
- 8.4 Consensue la programación de los talleres.

Sesión 10: Actividades de evaluación y cierre del taller

Objetivos:

1. Determinar el nivel de conocimientos logrado por parte de los/las participantes en relación a los temas de capacitación
2. Determinar el logro de expectativas y satisfacción de los/las participantes en el desarrollo del entrenamiento.

Actividades

4. Evaluación de conocimientos después del entrenamiento
5. Evaluación logística y técnica
6. Clausura y cierre

Material de apoyo:

- Prueba de evaluación de conocimientos generales Post Prueba
- Cuestionario de Evaluación final.



1. Evaluación de Conocimientos Después del Entrenamiento

- 1.1 Explique a los/las participantes que responderán la Post prueba, lo cual les permitirá hacer un autoevaluación de los conocimientos adquiridos.
- 1.2 Entregue las Post pruebas.



2. Evaluación logística y técnica

- 2.1 Pida a los/las participantes que respondan el cuestionario de evaluación final lo más sincero posible, de ésta forma el equipo de facilitadores/as podrá hacer mejoras para los próximos entrenamientos.
- 2.2 Entregue los Cuestionarios.



3. Clausura y cierre

- 3.1 Agradezca y refuerce a los/las participantes su participación en el entrenamiento y todo el esfuerzo manifestado.
- 3.2 Pregúnteles si desean dar los últimos comentarios.
- 3.3 Motívelos/as a poner en práctica el aprendizaje adquirido. **Despídase**

Bibliografía

- (1) Alexandra Giraldo Osorio, María Yadira Toro Rosero, Adriana María Macías Ladino, Carlos Andrés Valencia Garcés, Sebastián Palacio Rodríguez. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia la promoción de la salud. Colombia, 2010
- (2) Alianza para la Comunicación en Salud. ¿Cómo se da el proceso de cambio de conducta? Tegucigalpa M.D.C. Honduras, 2005
- (3) Amnistía Internacional. Manual de Facilitación. Carpeta de Información de Educación para la Dignidad Humana. Guía para el uso de Metodologías participativas en la educación en derechos humanos. 2011
- (4) Bimbela Pedrola José Luis Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación, Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España, 2007
- (5) División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Familiar y Población Unidad Técnica de Salud y Desarrollo de Adolescentes. Organización Panamericana de la Salud Fundación W.K. Kellogg Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Washington, D.C. Abril, 2001
- (6) Elaine M. Murphy. Population Reference Bureau. La promoción de comportamientos saludables. Washington, 2005
- (7) Cristina Carles Medarde, Miguel Expósito Verdejo. Maletín de Campo. Una guía para la capacitación y facilitación en procesos grupales. Santo Domingo, República Dominicana 2006
- (8) Family Health International Institute for HIV/AIDS. Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) para el VIH/Sida. Un Marco de Trabajo Estratégico. Arlington, EE.UU. Julio, 2003
- (9) Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Comunicación para propiciar el cambio de comportamiento destinada a los voluntarios comunitarios. Manual para instructores. Ginebra, 2012
- (10) Lisa Howard-Grabman, Gail Snetro, Angela Brasington y Naida Pasion Manual de capacitación de capacitadores Movilización Comunitaria para la Salud y el Cambio Social. Health Communication Partnership (Alianza de Comunicación para la Salud) Baltimore USA, 2005
- (11) Training Trainer for Development. Center for Development and Population Activities, 1994
- (12) ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Ginebra. 2011
- (13) Organización Panamericana de la Salud. La perspectiva de género en las cuñas televisivas sobre VIH. Washington, D.C. 2010

- (14)Raúl Choque. Comunicación y Educación para la Promoción de la Salud Larrauri LIMA-PERU Diciembre, 2005
- (15)Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Investigadores y departamentos de salud en Baltimore, Denver, Long Beach, Newark y San Francisco. California STD/HIV Prevention Training Center. RESPETO en 2 sesiones Consejería para la prevención del VIH. Baltimore Marzo, 2012
- (16)Psicología y SIDA – Modelos Psicológicos de la Salud [http://www.sida-aids.org/psicología-sida/29-modelos de salud/22 modelo transteórico.html](http://www.sida-aids.org/psicología-sida/29-modelos%20de%20salud/22%20modelo%20transteórico.html)
- (17)Secretaría de Salud de Honduras). Modelo Nacional de Salud. "Por una Honduras Saludable". Tegucigalpa M.D.C., 2013
- (18)Fawcett Gillian, Venguer Tere, Miranda Lydia, Fernández. Proyecto INOPAL III (investigación Operativa y Cooperación Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe. Los servicios de salud ante la violencia doméstica. México, D.F., 1999
- (19)PROMESA Módulo 3: Teorías Sobre el Cambio de Comportamiento Primer Nivel: Currículo de Entrenamiento. Abril, 2007
- (20)Alianza para la Comunicación en Salud Centro para Programas de Comunicación de la Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins. El nuevo Proceso P, Pasos en comunicación estratégica. Baltimore Diciembre 2003
- (21)Clancy Broxton Most At Risk Populations Advisor, USAID/OHA. Estrategias para el cambio de comportamiento. Formación de Programas e Implementación.
- (22)ONUSIDA. Organización Mundial de la Salud. Un vistazo al Tratamiento 2.0 Ginebra Suiza, 2012

Hoja de Trabajo

Riesgo y Vulnerabilidad

1. ¿Cuáles son las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad de Honduras?
2. ¿Qué contextos o factores los hace ponerlos en mayor riesgo?
3. ¿Qué contextos o factores los hace ponerlos en vulnerabilidad?
4. Respecto a la promoción y acceso al tratamiento antirretroviral que limitaciones enfrentan estas poblaciones en los establecimientos de salud
5. Como proveedor de servicio ¿Cuáles son las acciones que ustedes pueden realizar para disminuir el contexto de vulnerabilidad de las poblaciones identificadas?
6. ¿Qué acciones pueden desarrollar en los establecimientos de salud para mejorar la promoción y acceso al tratamiento antirretroviral?

Hoja de trabajo para lectura dirigida

Cambio de comportamiento

Algunos comportamientos son más difíciles de cambiar que otros. Entre más complejo sea el comportamiento, más difícil será de cambiar. Algunos comportamientos son difíciles de modificar porque no son fácilmente controlables.

Para generar cambios en el comportamiento es necesario entender las barreras para el cambio o adopción de nuevas prácticas y la lógica en el comportamiento de la población. No basta con crear conciencia en cuanto a los “beneficios”; de adoptar un comportamiento, es imprescindible entender las barreras que enfrenta la gente o los “costos” que ellos creen que se derivarían de tal cambio.

La motivación para vencer esas barreras es el elemento clave para lograr el cambio de comportamiento. Con la intención de lograr tal motivación, se han estudiado los modelos de las etapas del cambio de comportamiento y las teorías de la persuasión, que pueden aplicarse a distintas culturas y a distintos comportamientos relacionados con la salud.

La gran mayoría de los científicos más importantes coinciden en señalar al VIH como una enfermedad conductual: Una persona se puede infectar por el VIH si realiza unas prácticas concretas de una manera determinada, las llamadas prácticas de riesgo, y si conseguimos modificar ciertos comportamientos de riesgo, por otros saludables, evitaremos la transmisión del VIH.

Teóricamente esta intervención parece simple y sin embargo siguen produciéndose nuevas infecciones diariamente, ¿Por qué?

La explicación psicológica se basa en el análisis funcional general de las conductas, según el cual hemos de considerar los antecedentes (Predisponentes y Facilitadores), las conductas en sí y sus consecuencias.

A) Antecedentes: Son todos los factores que anteceden a una conducta guardando una relación funcional con ésta. Así podemos ver factores:

Predisponentes: La información, actitudes, creencias, etc., sobre el VIH. Así, entre otras consideraciones vemos que:

- Existe en la mayoría de la población una bajísima percepción de riesgo sobre la posibilidad de infectarse uno mismo, junto con la falsa seguridad que nos hace confiar en la capacidad para seleccionar a una persona no infectada con quien realizar una práctica de riesgo.
- Nuestra propia historia de aprendizaje parece mostrarnos que a pesar de haber tenido algunas prácticas de riesgo, no nos hemos infectado, reforzándose nuestra baja percepción de riesgo, así como una gran autoconfianza.
- Tener una adecuada información. Siendo necesario, es por si sola insuficiente, y además, aún queda mucha gente sin una información adecuada.
- Es muy popular considerar la “salud” como algo que nos es propio gratuitamente y no como una consecuencia positiva de nuestro continuo autocuidado.

Facilitadores: se refieren tanto a las habilidades y recursos de la persona para realizar conductas saludables (desinfección correcta de jeringuillas, uso correcto del preservativo, etc.),

como a los recursos externos existentes (posibilidades de conseguir jeringas, condones, etc.; existencia de centros de información,...)

B) Conductas: al hablar de conductas nos referimos a los tres niveles de comportamiento humanos estrechamente interrelacionados (cognitivos, fisiológico y motor). Entre el amplio repertorio de conductas de una persona, algunas pueden ser de riesgo, y habrá también conductas saludables, es decir, sin capacidad de infectar el VIH, y que interesará mantener.

C) Consecuencias: Todo lo que sucede tras una conducta y que influye en que ésta vea aumentada o disminuida su probabilidad de volver a repetirse en el futuro. Así, tras una conducta se produce una:

- Gratificación (recompensa o refuerzo) y/o una disminución y/o evitación de algo negativo, la conducta anterior se verá **reforzada** (positiva y negativamente), es decir, **aumentará** la probabilidad de repetirse en el futuro.
- Consecuencia aversiva y/o pérdida y/o disminución de algo positivo, la conducta anterior se verá castigada (positiva y negativamente), es decir, disminuirá la posibilidad de repetirse en el futuro.

Teniendo en cuenta las consecuencias de una conducta, el análisis funcional del comportamiento humano en relación a la infección por VIH, indica en general que:

- Las conductas de riesgo en la mayoría de los casos van seguidas inmediatamente por consecuencias positivas tanto intrínsecas (orgasmos, sensación de la heroína, cese del síndrome de abstinencia, etc.), como extrínsecas (refuerzo social de la pareja, amigos, personas significativas, etc.). Respecto a las conductas saludables, generalmente la consecuencia más inmediata supone la evitación, atenuación o aplazamiento de lo positivo y posibles consecuencias negativas. Tanto internas (aumento del síndrome de abstinencia, etc.), como externas (no refuerzo social o malestar de personas significativas).
- Las conductas de riesgo, solo a largo plazo pueden suponer consecuencias nocivas (infectarse, enfermar, etc.), es decir, no se asocian con ningún hecho perceptible atribuible a ninguna enfermedad. Por otro lado, las conductas saludables solo suponen posibles consecuencias positivas (no infectarse, etc.) más a largo plazo, con lo cual parecen no existir hechos objetivos inmediatos que asocien las conductas saludables con un buen estado de salud futuro (P. ej.: no fumar o dejar de fumar. No evita el 100% desarrollar un cáncer de pulmón).

La investigación señala que, en función de sus consecuencias, en la elección de una conducta u otra la variable más importante es la inmediatez de dichas consecuencias, de tal modo que:

- Es muy probable realizar una conducta seguida de una consecuencia inmediata, positiva y segura aunque pueda proporcionar una ganancia futura menor (prácticas de riesgo).
- Es más probable realizar una conducta seguida de una incierta pérdida elevada futura (infectarse) que una conducta seguida inmediatamente de una segura pérdida menor (retrasar la práctica de riesgo).
- Las consecuencias negativas esperadas a largo plazo, no influyen significativamente en la conducta, pero esperar consecuencias positivas inmediatas si tiene una relación positiva y significativa con la conducta.

Lista de Verificación de la Observación de la Capacitación

Facilitador/a Observado/a: _____

Sesión Observada: _____

Fecha: _____

Indicador	Comentarios/ Sugerencias
El o la facilitadora.....	
1. Tiene buen conocimiento del tema/los temas enseñados.	
2. Sigue el Manual del Facilitador y Facilitadora.	
3. Maneja el tiempo efectivamente.	
4. Responde adecuadamente a las preguntas de los participantes.	
5. Co-facilita las sesiones con otro miembro del equipo de facilitadores.	
6. Demuestra capacidad para controlar la clase cuando se necesita.	
7. Mantiene contacto visual con todas las personas en el grupo de participantes.	
8. Evita estar de pie en un solo lugar	
9. Habla con voz suficientemente clara y audible para todos.	
10. Mantiene cercanía y proximidad con los/las participantes, sin invadir la distancia mínima que corresponde al territorio propio de cada persona.	
11. Permite que los/las participantes respondan preguntas	
12. Cuando es necesario coloca preguntas en el "Parqueo"	
Equipo de facilitadores...	
9. Crea un ambiente propio para el aprendizaje	
10. Se desenvuelve como un equipo	

Comentarios generales y sugerencias:



Orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento para la prevención de las ITS y VIH en poblaciones clave

Entrenamiento a proveedores

Manual para facilitadores y facilitadoras

Tegucigalpa, MDC. Mayo, 2015



AIDSTAR Plus

Esta publicación fue realizada gracias al generoso apoyo del pueblo de los Estados Unidos a través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR). Los contenidos son la responsabilidad de John Snow, Inc. (JSI) y no reflejan necesariamente la perspectiva de la USAID, PEPFAR o el gobierno de los Estados Unidos.

Autoridades de la Secretaría de Salud

Dra. Edna Yolani Batres

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dra. Sandra Maribel Pinel

Subsecretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dr. Francis Rafael Contreras

Subsecretario de Regulación

Dra. Silvia Yolanda Nazar Hernández

Directora General de Normalización

Dra. Glady Paz Díaz

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Carmen Sevilla

Directora General de Desarrollo del Recurso Humano

Dr. Billy Rolando González

Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dr. Roney Alcides Martínez

Jefe Departamento de Servicios del Primer Nivel de Atención

Tabla de contenido

Introducción.....	6
Cómo usar el Manual.....	7
Preparación del facilitador y facilitadora	7
Recomendaciones y sugerencias para el facilitador y facilitadora.....	8
Plan de entrenamiento.....	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos.....	10
Temas y contenidos.....	11
Programa de entrenamiento.....	13
Sesión 1: Actividades de introducción.....	15
Sesión 2: Modelo Nacional de Salud	19
Sesión 3: Promoción de la salud.....	29
Sesión 4: Comunicación para cambio de comportamiento.....	37
Sesión 5: Teorías y modelos que fundamentan las estrategias de comunicación para cambio de comportamiento.....	47
Sesión 6: Metodologías para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de cambio de comportamiento.....	61
Sesión 7: Orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de ITS y VIH en poblaciones clave en Honduras.....	64
Sesión 8: Iniciativas de respuesta al VIH	77
Sesión 9: Actividades de evaluación y cierre.....	81
Bibliografía.....	82
Anexos.....	84

Abreviaturas

APS	Atención Primaria en Salud
AL	América Latina
CCC	Comunicación para el Cambio de Comportamiento
CPS-G	Conjunto de Prestaciones de Salud a Garantizar
ERP	Estrategia de Reducción de la pobreza
FESP	Funciones Esenciales de la Salud Pública
FM	Fondo Mundial
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
IEC	Información, Educación y Comunicación
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MNS	Modelo Nacional de Salud
M & E	Monitoreo y Evaluación
NTSS	Norma Técnica del Sector Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y sida
PENSIDA	Plan Estratégico Nacional en Respuesta al VIH y Sida
PETSIDA	Programa de Educación para Trabajadores en ETS/SIDA
PPL	Población Privada de Libertad
SESAL	Secretaría de Salud
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicación
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Uipes	Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Introducción

Este *manual para el facilitador y facilitadora* fue elaborado en el marco del Plan de Implementación Piloto de la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida, tiene como finalidad facilitar a los entrenadores regional el entrenamiento a los proveedores públicos y no públicos que proveen servicios relacionados a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH, en el tema de *Orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento de promoción en salud para la prevención del VIH en poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad*.

La entrega de servicios de Promoción de la Salud para la prevención de las ITS y el VIH en la población general y las poblaciones clave en mayor riesgo de infección, ha requerido que la Secretaría de Salud (SESAL) defina una serie de herramientas técnico - normativas que aseguren el desarrollo de acciones de promoción de la salud basadas en evidencia y según los principios establecidos en el MNS y la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/SIDA, entre las cuales se encuentra:

- La Norma Técnica Hondureña del Sector Salud Atención integral a la población, promoción, prevención y atención de la infección por el Virus de Inmuno-deficiencia Humana (VIH). Requisitos para la armonización. NTHSS 4: 2014;
- Norma Técnica Hondureña del Sector Salud. Atención integral a la población en el abordaje de las infecciones de transmisión sexual. Requisitos. NTHSS 03: 2014; y
- El Paquete específico de prestaciones y servicios de ITS y VIH para poblaciones clave en mayor riesgo de infección y ,
- Lineamientos generales de Promoción de la Salud para la Prevención de las ITS y el VIH en Honduras.

El último documento define las estrategias de promoción de la salud dirigidas a la población general y poblaciones clave en mayor riesgo de infección al VIH: Abogacía e incidencia política, alianzas estratégicas / organización comunitaria, movilización social, comunicación para el cambio de comportamiento, mercadeo social de los servicios de prevención y atención de las ITS y VIH, acceso universal y oportuno a condones, educación para la salud, tecnologías de la información y comunicación (TIC) para la promoción de la salud.

En ese sentido, la Dirección de Normalización, con el apoyo técnico de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID) a través del proyecto AIDSTAR-Plus, ha elaborado la Guía de Orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) para la prevención del VIH en poblaciones clave en mayor riesgo.

El presente manual comprende los elementos metodológicos y conceptuales del entrenamiento en base a los siguientes documentos:

- Guía de Orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio y del comportamiento en poblaciones clave para la prevención del VIH.
- Lineamientos generales de Promoción de la Salud para la Prevención de las ITS y el VIH en Honduras.

Cómo usar el Manual:

El manual está organizado en 9 sesiones, descritas a continuación:

- Sesión 1: Actividades de introducción
- Sesión 2: Modelo Nacional de Salud
- Sesión 3: Promoción de la salud
- Sesión 4: Comunicación para cambio de comportamiento
- Sesión 5: Teorías y modelos que fundamentan las estrategias de comunicación para cambio de comportamiento
- Sesión 6: Metodologías para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de cambio de comportamiento
- Sesión 7: Orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de ITS y VIH en poblaciones clave en Honduras
- Sesión 8: Iniciativas de respuesta al VIH
- Sesión 9: Actividades de evaluación y cierre

Al inicio de cada sesión se describen los siguientes elementos:

6. los objetivos de aprendizaje de cada sesión;
7. los temas y sus contenidos;
8. las técnicas o recursos de aprendizaje utilizados en los temas o actividades;
9. los materiales y recursos de apoyo;
10. el tiempo necesario para desarrollar los contenidos de la sesión.

Es importante considerar que las técnicas quizá deban adaptarse según el número de participantes. Por ejemplo, si una actividad implica una discusión en parejas pero hay más de 25 participantes deberá cambiarla a una discusión en grupos de tres personas.

La duración sugerida para cada sesión incluida en este Manual para facilitadores es aproximada. Usted conocerá mejor a los participantes y podrá determinar si se necesita más o menos tiempo para atender las necesidades de aprendizaje. Los objetivos, los temas y contenidos que se indican al inicio de cada tema establecen la estructura y el contenido más importante que se debe tratar.

Preparación del facilitador y facilitadora

Un entrenamiento eficaz comienza con una preparación exhaustiva. Es fundamental comprender cabalmente el contenido de cada tema y contar con los materiales necesarios para facilitar las diversas técnicas y actividades planteadas en el manual.

Tome en cuenta las siguientes recomendaciones:

- prepárese suficientemente y con anticipación, mínimo 2 semanas antes de la fecha del entrenamiento
- lea el *Manual para facilitadores y facilitadoras*, repase y practique el contenido y las técnicas correspondientes para cada una de las sesiones;
- verifique la lista de materiales y recursos de apoyo requeridos con cada tema;
- compruebe que el salón donde se realizará el taller reúne las condiciones necesarias para un adecuado desarrollo del entrenamiento (para este taller se requiere un salón amplio, con espacio para mesas para los ejercicios en grupo y para las técnicas vivenciales);
- defina su rol con el resto del equipo;
- realice la convocatoria según el perfil establecido. (9)

Recomendaciones y sugerencias para el facilitador y facilitadora

- a) Su función facilitador o facilitadora es **crear y mantener un entorno de aprendizaje positivo y saludable de confianza y franqueza** en el que todas las personas participantes se sientan seguras de sí mismas y estén dispuestas a compartir experiencias, hablar con sinceridad y aprender juntas y en el que se respeten las diferencias de opinión. (3)
- b) **Arreglo del espacio:** Organice los asientos de modo que los voluntarios puedan hacer contacto visual entre ellos y usted pueda facilitar la conversación en el grupo. Verifique que los participantes se encuentren cómodos y que todos puedan ver bien la pantalla y los ejercicios prácticos. Procure evitar la organización en filas o en mesas largas; es preferible utilizar mesas pequeñas de cuatro a seis personas, o una distribución en forma de “u”.
- c) **Comunique a los participantes en forma clara lo que involucra el programa de entrenamiento.** Los/las participantes tienen que estar convencidos/as que la capacitación será relevante y que las habilidades específicas que aprenderán están de acuerdo con sus necesidades. Las personas adultas aprenden mejor cuando consideran que el tema es realmente pertinente y se puede aplicar poco después de la capacitación. La motivación para aprender es máxima cuando llena alguna necesidad inmediata. (3)
- d) En el manual, varias técnicas requieren que se divida a los participantes en grupos pequeños. Puede **formar los grupos de diferentes maneras:** al azar asignando distintos números o distribuyendo objetos de diferentes colores o papelitos con los nombres de los grupos. Todos deben tener la oportunidad de ser líder de grupo y tomar notas durante el taller. La participación en las actividades y las discusiones contribuye al aprendizaje. Su tarea consiste en captar el interés de los participantes y escucharlos con respeto y atención.
- e) Las sugerencias que se ofrecen a continuación pueden ayudarle a desarrollar las sesiones con mayor eficacia.
- Cuando una persona habla, agrádezcalle su participación.
 - Evite interrumpir cuando alguien está hablando. Si debe interrumpir a alguien que se ha extendido demasiado, hágalo, pero pida disculpas por hacerlo.
 - Anime a cuantos participantes sea posible a hablar. Para ello, puede decir, por ejemplo: “Me gustaría escuchar la opinión de alguien que aún no haya hablado”.
 - Escuche lo que los participantes tienen para decir. Hablar frente a otros requiere valor. Cuando escuchamos a alguien estamos reforzando su sensación de confianza y seguridad.
 - Fomente la confianza de los participantes en sí mismos subrayando que en lo que respecta al conocimiento sobre sus comunidades, ellos son los “expertos” y tienen que compartir sus conocimientos con usted y con los demás.
 - Si dan respuestas muy breves, puede animarlos a ampliarlas. Puede decir, por ejemplo: “Eso es muy interesante; cuéntenos más”.
 - Asegúrese de que los participantes trabajen en equipo cuando las instrucciones de la sesión así lo indican. Al hablar con un compañero se favorece el intercambio de ideas y opiniones. (9)
- f) Durante las presentaciones dialogadas:
- Repase los puntos importantes de modo que no le sea necesario leerlos.
 - Mantenga la duración de la presentación dentro de los parámetros recomendados.
 - No hable demasiado rápido porque los participantes no escucharán todo lo que diga.
 - No hable demasiado lento porque pueden aburrirse.
 - Mire a los participantes mientras da la información. Aún si lee la información, levante la vista cada tanto para que los participantes no se sientan ignorados.
 - Después de mencionar un punto importante, haga una pausa para que los participantes puedan pensar en ello.

- Observe a los participantes para ver si están confundidos. Si es así, deténgase y pregunte si tienen dudas. Aclare los puntos que sea necesario utilizando otras palabras. (9)
- g) **Utilice las preguntas abiertas:** Utilice preguntas abiertas para estimular la participación en el grupo. Tras formular una pregunta, haga una pausa para dar tiempo a que los participantes piensen las respuestas. Si nadie lo hace, plantee la misma pregunta con otras palabras y haga otra pausa para esperar a que alguien conteste. Rebote algunas de las preguntas que el grupo realiza, animando a los miembros reflexionar y discutirlo en el grupo. Utilice preguntas frecuentemente para verificar comprensión y para sintetizar conceptos claves; si usted no sabe la respuesta a una pregunta de un participante, colóquela en el Parqueo, y dígame que indagará y ¡hágalo!
- h) **Respete su individualidad y estimúela,** ya que las personas aprenden en diferentes ritmos y tienen distintos estilos. El respeto mutuo entre el/la facilitador/a y el alumno contribuyen al proceso educativo. Cada participante trae sus propias experiencias y que todas ellas contribuyen al enriquecimiento de la capacitación.
- i) **Retroalimente.** Para obtener un aprendizaje eficaz es importante que se provea a los/las participantes una retroalimentación que funcione de forma tanto correctiva como reforzadora. Sostenga un estado de ánimo entre los/las participantes con comentarios dinámicos y retroalimentación positiva después de contribuciones de los miembros como respuestas a preguntas, el trabajo en equipo, presentaciones individuales, juegos de roles, etc.
- j) **Evalúe:** Diariamente evalúe su sesión de capacitación con el fin de mejorar sus técnicas asegurarse que se está dirigiendo a las necesidades de información de los/las participantes. La evaluación puede ser realizada de forma verbal (pidiendo a los/las participantes que compartan con el grupo una cosa que aprendieron y algo que podría ser mejorado), y de forma escrita (al ser anónimas hay mayor posibilidad que los/las participantes sugieran como mejorar la facilitación).(3)

Plan de entrenamiento

I. Objetivo General

Entrenar a proveedores públicos y no públicos que proveen servicios de ITS y VIH en los aspectos conceptuales, operativos sobre las orientaciones técnicas del diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento para la prevención del VIH en poblaciones clave.

II. Objetivos Específicos

Al finalizar el entrenamiento los/las participantes serán capaces de:

1. Comprender la estructura de distribución de las prestaciones definidas en CPS-G.
2. Reconocer que el CPS-G tiene la mayor proporción de acciones de promoción y prevención las que se desarrollarán en el primer nivel de atención.
3. Identificar los principales hitos de la promoción de la salud para la prevención del VIH en Honduras para el período de 1985 al 2015
4. Describir las estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH.
5. Describir en que consiste la comunicación para propiciar el cambio de comportamiento, y su importancia en la aplicación de estrategias de promoción para la prevención del VIH.
6. Explicar las etapas del cambio de comportamiento y la forma en que se utiliza para adaptar a las intervenciones o servicios de promoción para la prevención del VIH en poblaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad.
7. Describir los conceptos básicos de teorías de comportamientos y salud que son aplicadas en el diseño e implementación de las estrategias de comunicación para cambio de comportamiento.
8. Describir los elementos básicos de modelos más utilizados para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento
9. Describir los aspectos que comprende las orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de ITS y VIH en poblaciones clave en Honduras.
10. Reflexionar sobre las características de las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad.
11. Describir los aspectos esenciales de las iniciativas de respuesta al VIH: Estrategia 90 90 90, tratamiento 2.0 y Llegar a Cero.

III. Temas y contenidos

Sesión 1: Actividades de introducción

9. Bienvenida e introducción
10. Presentación – integración de participantes
11. Expectativas, Objetivos y programa de entrenamiento
12. Parqueo
13. Normas básicas
14. Revisión de aspectos logísticos
15. Presentación del manual y recursos de apoyo
16. Evaluación de Conocimientos Antes del entrenamiento

Sesión 2: Modelo Nacional de Salud

6. Generalidades del Modelo Nacional de Salud
7. Componente de provisión de servicios
8. Cobertura poblacional y grupos prioritarios
 - Poblaciones objetos de políticas prioritarias
9. Conjunto de Prestaciones en Salud a Garantizar (CPS-G)
 - Paquetes específicos
 - Prestaciones por tipo de intervención y ciclo de vida
10. Paquete específico de prestaciones y servicios de ITS y VIH para poblaciones clave en mayor riesgo

Sesión 3: Promoción de la salud

6. Antecedentes
 - Resumen de las conferencias de promoción de la salud
7. Enfoque de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
 - Prevención de las ITS y VIH
8. Experiencias nacionales de estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH.
 - Principales hitos de la promoción de la salud para la prevención del VIH en Honduras para el período de 1985 al 2015
9. Estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH.
 - Abogacía e incidencia política
 - Alianzas estratégicas / organización comunitaria
 - Movilización social
 - Comunicación para el cambio de comportamiento
 - Mercadeo social de los servicios de prevención y atención de las ITS y VIH
 - Acceso universal y oportuno a condones
 - Educación para la salud
 - Tecnologías de la información y comunicación (TIC) para la promoción de la salud.

Sesión 4: Comunicación para cambio de comportamiento

6. Definición y cambios conceptuales
7. Roles de la comunicación para el cambio de comportamiento
8. El cambio de comportamiento
9. Niveles o etapas en el proceso de cambio de comportamiento
10. Diferencia de riesgo y vulnerabilidad

Sesión 5: Teorías y modelos que fundamentan las estrategias de comunicación para cambio de comportamiento

9. Generalidades sobre teorías y modelos de cambio de comportamiento
10. Teoría de Creencias en Salud
11. Teoría de Etapas o Estados del Cambio. Modelo Transteórico
12. Teoría de la Acción Razonada. Teoría de Conducta / Acción Planificada
13. Teoría del Aprendizaje Social o Cognitiva
14. Modelo de Probabilidad de Elaboración
15. Modelo Socio Ecológico

16. Teoría de Difusión de Innovaciones

Sesión 6: Metodologías para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de cambio de comportamiento

5. Proceso P
 - Pasos de la comunicación estratégica
6. Un Proceso Paso a Paso
7. Proceso C
8. La rueda de la comunicación

Sesión 7: Orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de ITS y VIH en poblaciones clave en Honduras

7. Marco jurídico y normativo
 - Requisitos de promoción de las Normas Técnicas de Salud de ITS y VIH
8. Finalidad, Objetivos, Ámbito de aplicación
9. Poblaciones priorizadas
10. Orientaciones técnicas generales
11. Orientaciones específicas
 - Análisis de situación
 - Diseño estratégico
 - Desarrollo de la estrategia de comunicación y prueba de herramientas de comunicación
 - Implementación y monitoreo
 - Evaluación y re-planteamiento
12. Niveles o tipos de intervención

Sesión 8: Iniciativas de respuesta al VIH

4. Estrategia 90 90 90
5. Tratamiento 2.0
6. Llegar a Cero

Sesión 9: Actividades de evaluación y cierre

4. Evaluación de conocimientos después del entrenamiento
5. Evaluación logística y técnica
6. Clausura y cierre

IV. Programa de entrenamiento a proveedores

Hora	Temas / Contenidos	Técnicas
DÍA 1		
8:00 a 8:15 am	Inscripción de participantes	
08:15 – 9:15am	Sesión 1: Actividades de introducción 8. Bienvenida 9. Presentación de participantes 10. Expectativas, objetivos y programa de entrenamiento 11. Normas básicas 12. Presentación del manual 13. Revisión de aspectos logísticos 14. Evaluación de Conocimientos Antes del entrenamiento	<ul style="list-style-type: none"> ■ Palabras de bienvenida ■ “Conociéndonos” ■ ¿Por qué estoy aquí? Lectura dirigida ■ Lluvia de ideas ■ Revisión general ■ Llenado de Cuestionario de evaluación de conocimientos Pre prueba
9:15 – 10:15am	Sesión 2: Modelo Nacional de Salud 10. Generalidades del Modelo Nacional de Salud 11. Componente de Atención/Provisión de servicios 12. Conjunto de Prestaciones en Salud a Garantizar (CPS-G) 13. Paquete específico de prestaciones y servicios de ITS y VIH para poblaciones clave en mayor riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación dialogada ■ Presentación dialogada ■ Presentación dialogada ■ “Los amigos”
10:15 – 10:30am	Receso	
10:30 – 11:30am	Sesión 3: Promoción de la salud 6. Antecedentes 7. Experiencias nacionales de estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH ■ Principales hitos de la promoción de la salud para la prevención del VIH en Honduras para el período de 1985 al 2015 8. Enfoque de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ■ Prevención de las ITS y VIH 9. Estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH	<ul style="list-style-type: none"> ■ Presentación dialogada ■ Presentación dialogada ■ Lectura dirigida en grupos ■ Presentación de estrategia de comunicación ■ Presentación dialogada ■ Lluvia de ideas con tarjetas de colores ■ Presentación dialogada ■ Lluvia de ideas ■ Lectura dirigida en plenaria ■ “Una voz en la Multitud”
11:30 – 1:00pm	Sesión 3: Comunicación para el cambio de comportamiento 6. Definición y cambios conceptuales 7. Roles de la comunicación para el cambio de comportamiento en la prevención del VIH 8. El cambio de comportamiento 9. Niveles o etapas en el proceso de cambio de comportamiento 10. Diferencia de riesgo y vulnerabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ejercicio en parejas, ■ Ejercicio grupal: Intervenciones para cambio de comportamiento, Presentación dialogada ■ Lectura dirigida en plenaria ■ Presentación dialogada, ■ Lectura dirigida en grupos ■ Técnica interactiva: ¡Qué¿para Mí y Qué¿para los Demás! ■ Presentación dialogada ■ Entrevistado - Entrevistador
1:00 – 1:15pm	Evaluación diaria	
1:15 – 2:15pm	Almuerzo	

Hora	Temas / Contenidos	Técnicas
DÍA 2		
8:00 – 8:10am	¿Dónde estamos? Compartir las reacciones y percepciones que las y los participantes tienen a través del proceso del taller	
	Resumen y retroalimentación del día anterior	
8:10 – 9:10am	Sesión 5: Teorías y modelos de cambio de comportamiento 9. Generalidades sobre teorías y modelos de cambio de comportamiento	■ Presentación dialogada
	10. Teoría de Creencias en Salud	■ Presentación dialogada ■ Lectura dirigida en plenaria
	11. Teoría de Etapas o Estados del Cambio. Modelo Transteórico	■ Presentación dialogada ■ Lectura dirigida ■ ¿En qué etapa estoy?
	12. Teoría de la Acción Razonada. Teoría de Conducta / Acción Planificada	■ Normas en la Ciudad ■ Presentación dialogada
	13. Teoría del Aprendizaje Social o Cognitiva	■ Presentación dialogada
	14. Modelo de Probabilidad de Elaboración	
	15. Modelo Socio Ecológico	
	16. Teoría de Difusión de Innovaciones	
9:10 – 10:00am	Sesión 6: Metodologías para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de cambio de comportamiento 5. El proceso P 6. Proceso Paso- a -Paso 7. El proceso 8. La rueda de la comunicación	■ Presentación dialogada
10:00 – 10:15am	Receso	
10:15 – 12:30m	Sesión 7: Orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de ITS y VIH en poblaciones clave en Honduras 7. Marco jurídico y normativo	■ Presentación dialogada ■ Lectura dirigida en plenaria
	8. Finalidad, Objetivos, Ámbito de aplicación	■ Presentación dialogada
	9. Poblaciones priorizadas	■ Presentación dialogada
	10. Orientaciones técnicas generales	■ Lectura dirigida en plenaria
	11. Orientaciones específicas	■ Presentación dialogada ■ Lectura dirigida en plenaria ■ "Los Números"
	12. Niveles o tipos de intervención	■ Presentación dialogada ■ Los roles del poder
12:30 – 1:15pm	Sesión 8: Iniciativas de respuesta al VIH 4. Estrategia 90 90 90 5. Llegar a Cero 6. Tratamiento 2.0	■ Lectura dirigida
1:15 – 1:30	Sesión 9: Actividades de evaluación y cierre 7. Evaluación de conocimientos después del entrenamiento 8. Evaluación logística y técnica 9. Clausura y cierre	■ Post prueba de conocimientos ■ Llenado de Hoja de Evaluación final

Sesión 1: Actividades de introducción

Objetivos:

7. Permitir que los participantes se conozcan entre sí
8. Generar un ambiente de integración grupal y sensibilización personal
9. Averiguar las expectativas de los/las participantes y del grupo con respecto al entrenamiento de capacitación
10. Mostrar la similitud y carácter común de las expectativas y objetivos
11. Consensuar las normas de común acuerdo para el desarrollo óptimo del entrenamiento
12. Caracterizar el nivel de conocimientos de los participantes en relación a los temas de capacitación

Actividades:

9. Bienvenida e introducción
10. Presentación – integración de participantes
11. Expectativas, Objetivos y programa de entrenamiento
12. Parqueo
13. Normas básicas
14. Revisión de aspectos logísticos
15. Presentación del manual y recursos de apoyo
16. Evaluación de Conocimientos Antes del entrenamiento

Técnicas:

- Palabras de bienvenida
- Presentación: “Conociéndonos”,
- Expectativas: ¿Por qué estoy aquí?
- Lectura dirigida
- Lluvia de ideas
- Llenado del cuestionario de evaluación de conocimientos pre prueba

Materiales requeridos:

- Hojas de papel rotafolio
- Tarjetas de colores
- Masking tape
- Marcadores permanentes de acuerdo al número de participantes
- Data Show

Material de Apoyo:

- Plan de trabajo/Agenda del programa de entrenamiento
- Pre prueba de conocimientos

Tiempo estimado: 60 minutos

1. Bienvenida e Introducción

- 1.1 De una cordial bienvenida a los/las participantes y expréseles su agradecimiento por haber respondido a la invitación. Haga referencia sobre la importancia del entrenamiento en el marco del Modelo Nacional de Salud y de la Implementación piloto de la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida.



2. Presentación - integración de participantes

▶ **Técnica:** “Conociéndonos”

- 2.1 Entregue a cada participante una hoja de papel bond tamaño carta y un marcador.
- 2.2 Pídales que escriban en la hoja algo sobre sí mismos:
- Una cualidad
 - Un talento
 - Un Valor



- 2.3 Indíqueles que cuando se presenten digan su Nombre, lugar de trabajo y luego compartan lo que escribieron en la hoja de papel.
- 2.4 Permita que se presenten en el orden que deseen.

3. Expectativas, Objetivos y Programa del entrenamiento

▶ **Técnica:** ¿Por qué estoy aquí?

Procedimiento:

- 3.1 En una hoja de rotafolio escriba: EXPECTATIVA y péguela frente al salón de manera que todos los/las participantes lo puedan ver.
- 3.2 Entregue a cada participante una tarjeta (media carta) y marcadores.
- 3.3 Pídales que escriban en la tarjeta lo que desean y lograr aprender con la capacitación o en el entrenamiento y que cuando la hayan escrito peguen la tarjeta en la hoja de rotafolio. Pueden escribir sus expectativas respondiendo a las siguientes preguntas:
- ¿Qué espera de este entrenamiento?
 - ¿Qué dudas o temores tiene?
 - ¿Qué ofrece para el buen desarrollo de este entrenamiento?



- 3.4 Enfáticeles que sean lo más específico posible sobre sus expectativas.
- 3.5 Clasifique las expectativas del grupo que sean semejantes y agrúpelas según su relación con los contenidos y objetivos del entrenamiento.

- 3.6 Realice un análisis de las expectativas en comparación a los objetivos y contenidos a desarrollar en el entrenamiento y señale cuáles de las expectativas presentadas por los/las participantes serán cumplidas y cuáles no.

Objetivos y Agenda del Entrenamiento

- 3.7 Presente los objetivos del entrenamiento y consulte si tienen alguna pregunta sobre ellos. Explique que los objetivos se irán clarificando a través del desarrollo del entrenamiento.
- 3.8 Lea la agenda propuesta para el entrenamiento y ratifique los tiempos de inicio y de finalización de la jornada, asimismo las horas de refrigerios y almuerzos.
- 3.9 Explique que es muy importante que todos participen activamente durante el desarrollo del entrenamiento.
- 2) Diga a los/las participantes que el último día se revisará el nivel de cumplimiento de estas expectativas.

4. Parqueo

- 4.1 Escriba en una cartulina grande o papel rotafolio el rotulo de Parqueo, explique que este espacio esta designado para darle seguimiento a los temas que están fuera del tema principal de la capacitación y que podrán ser discutidos durante el entrenamiento, cuando se disponga del tiempo para ello (recesos, tiempo de almuerzos o al finalizar la jornada).

5. Normas básicas

► Técnica: Lluvia de ideas

- 5.1 Escriba “Normas del Taller” en el encabezado de un papel rotafolio. Escriba un ejemplo de norma en un entrenamiento. Algunos ejemplos podrían ser:

- hablar uno a la vez;
- prestar atención y respetar las opiniones de los demás;
- no usar computadora;
- apagar los teléfonos celulares.



- 5.2 Explique que las normas se establecen para garantizar que todos los participantes recuerden y comprendan cuáles son las prácticas aceptables durante la formación, de forma que el taller sea lo más agradable y productivo posible.
- 5.3 Pida a los/las participantes que piensen en las normas o comportamientos a seguir durante el taller. Cuando alguien proponga una norma, pregunte a los demás participantes si están de acuerdo con ella. Si es así, añádalo a la lista.
- 5.4 Agradezca a los participantes las sugerencias planteadas y recuérdelos que es importante respetar las reglas que han establecido. Coloque la hoja con las normas donde se puede ver fácilmente cuando los/las participantes entran y salen de la sala. Vuelva a tratar el tema si los participantes no se ajustan a ellas. A veces es necesario cambiar las reglas para que reflejen la realidad de la situación.
- 5.5 No invierta más de 5 minutos en el desarrollo de la lista. Cuando esté terminada, la coloca en la pared (en la entrada si es posible) donde se puede ver fácilmente cuando los/las participantes entran y salen de la sala. La lista de las normas debe permanecer visible durante todo el entrenamiento. Agradezca a los/las participantes por su participación en la elaboración de la lista.

6. Revisión de aspectos logísticos

6.1 Tome unos minutos para revisar los aspectos logísticos del entrenamiento.

- Lugares donde se tomará el refrigerio y almuerzo.
- Ubicación de los baños
- Uso de celular
- Pago de viáticos y gastos de viaje, entre otros.

7. Presentación del manual y recursos de apoyo

▶ **Técnica:** Revisión general del manual

7.1 Explique que el *Manual del facilitador y facilitadora* describe en detalle los temas, contenidos, técnicas, materiales y recursos de apoyo para desarrollo del taller de entrenamiento a proveedores.

7.2 Pídeles que abran el manual en el índice y lea los temas y contenidos de cada sesión. Luego describa en forma breve la sesión de actividades de introducción, explique la estructura y los elementos que conforman el manual. Señale la importancia de conocer los objetivos de aprendizaje, retomarlos al momento de ir desarrollando los contenidos y al final de cada sesión.

7.3 Explique que la metodología que se está aplicando en los entrenamientos está basada en los principios del aprendizaje de las personas adultas, por lo cual es muy importante repasar y retomar las recomendaciones y sugerencias que se describen al inicio del manual y los contenidos que se desarrollarán en la sesión de principios básicos de la facilitación.

8. Evaluación de Conocimientos Antes del entrenamiento

▶ **Técnica:** Llenado del cuestionario de evaluación de conocimientos pre prueba

8.1 Explique a los/las participantes que responderán una Pre prueba a fin de conocer el nivel que tienen de conocimientos en los temas a desarrollar, lo cual permitirá a los/las facilitadores/as definir las áreas que requieren de mayor reforzamiento y que a la vez sirva de retroalimentación para ellos/ellas sobre los aprendizajes adquiridos en el entrenamiento. Recuérdeles que deben escribir su nombre y apellido.



8.2 Entregue las Pre prueba y agradezca a los/las participantes por completar la misma. Solicite que una vez completada se la entreguen a usted.

8.3 Recuérdeles que la pre prueba será comparada con una post-prueba que se proporcionará al final del entrenamiento para determinar el éxito del entrenamiento con respecto al cumplimiento de los objetivos y habilitará que la persona pasa.

Sesión 2: Modelo Nacional de Salud.

Componente de Provisión de servicios

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

4. Describir los aspectos básicos del Modelo Nacional de Salud de Honduras.
5. Comprender la estructura de distribución de las prestaciones definidas en CPS-G.
6. Reconocer que el CPS-G tiene la mayor proporción de acciones de promoción y prevención las que se desarrollarán en el primer nivel de atención.



Temas y contenidos

1. Generalidades del Modelo Nacional de Salud
2. Componente de provisión de servicios
3. Cobertura poblacional y grupos prioritarios
 - Poblaciones objetos de políticas prioritarias
4. Conjunto de Prestaciones en Salud a Garantizar (CPS-G)
 - Paquetes específicos
 - Prestaciones por tipo de intervención y ciclo de vida
5. Paquete específico de prestaciones y servicios de ITS y VIH para poblaciones clave en mayor riesgo

Técnicas:

- Presentación dialogada
- “Los amigos”

Materiales requeridos:

- Computadora portátil, Data Show
- 1 par de muletas, 1 par de lentes oscuros, 1 bata médica , 1 escritorio,
- 1 dildo
- Condones
- Rotafolio
- Papel rotafolio, Marcadores

Material de Apoyo:

- Modelo Nacional de Salud

Tiempo estimado: 60 minutos

1. Generalidades del Modelo Nacional de Salud

► Técnica: Presentación dialogada

1.1. Usando las diapositivas explique el siguiente contenido:

Como parte del compromiso primordial de contribuir a alcanzar la Visión de País 2038, la Secretaría de Salud lanzó en Mayo del 2010 el Plan Nacional de Salud 2010-2014 que plantea como una meta la implementación de un Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitario. Aprobación en Mayo de 2013 mediante acuerdo ministerial No. 1000-2013.



El Modelo Nacional de Salud es el marco de referencia que integra y organiza las decisiones, compromisos, acuerdos y consensos de carácter político del país, nacionales e internacionales y provee los lineamientos estratégicos para la atención de la salud. Define la organización del Sistema Nacional de Salud en materia de atención, gestión y financiamiento.

El Modelo Nacional de Salud (MNS)

- Es el marco de referencia que integra y organiza las decisiones, compromisos, acuerdos y consensos de carácter político del país, nacionales e internacionales y provee los lineamientos estratégicos para la atención de la salud.
- Define la organización del Sistema Nacional de Salud en materia de atención, gestión y financiamiento

Es el **COMPROMISO** del estado en materia de atención de la salud a la población del país.

El MNS es el instrumento de carácter político y estratégico emitido por la SESAL, en su condición de ente rector del sector salud que define los principios y los lineamientos para la transformación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud. (17)

Modelo Nacional de Salud

Primera Norma de carácter Político-técnico

- Artículo a nuestra constitucion del país dentro de un marco normativo que orienta el quehacer del Sistema Nacional de Salud
- Brinda los principios y los lineamientos jurídicos y estatutarios de construcción
- Propone un modelo de atención de la salud que se ajuste a las condiciones socioeconómicas, culturales, étnicas y lingüísticas de la población
- Dirección de la organización descentralizada orientada al logro de resultados con amplia participación ciudadana

Está basado en la atención primaria en salud, está centrado en la persona, familia y comunidad, enfocado en la promoción y la protección de la salud y en la prevención y control de enfermedades, privilegia a los grupos de población más postergados, vulnerables y con menor capacidad de acceso a los servicios de salud, fortalece la participación de la comunidad en la gestión de los servicios locales de salud y en los procesos de petición y rendición de cuentas. (17)

Características

- Basado en principios
- Basado en Atención Primaria en Salud
- Centrado en la persona, la familia y la comunidad
- Enfocado en la promoción y la protección de la salud y en la prevención y control de enfermedades
- Privilegia a los grupos de población más postergados, vulnerables, y con menor capacidad de acceso a los servicios de salud
- Fortalece la participación de la comunidad en la gestión de los servicios locales de salud y en los procesos de petición y rendición de cuentas

1.2. Muestre la diapositiva y explique el propósito, objetivos, principios y enfoque del modelo.

Propósito del Modelo Nacional de Salud

Establecer un sistema nacional de salud plural, integrado y debidamente regulado; que centre su razón de ser en la mejora del estado de salud de los individuos, familias y comunidad de manera sostenible y financieramente solidario que de respuestas a las necesidades y demandas de la población.

Objetivos del MNS

- Mejorar el acceso equitativo de los beneficios de una atención integral
- Incrementar la eficiencia y eficacia del sistema nacional de salud
- Contribuir al ejercicio progresivo de la salud como un derecho de la población

Principios del MNS

- Universalidad
- Equidad
- Continuidad
- Integralidad
- Eficacia y eficiencia social
- Calidad
- Corresponsabilidad
- Solidaridad
- Interculturalidad

Enfoque del Modelo

Diagrama que muestra la Atención Primaria de Salud en el centro, rodeada por Gestión del origen, Calidad por resultados, Atención Primaria de Salud, and Equidad de género.

1.3. Muestre la diapositiva y explique que el Modelo Nacional de salud consta de tres componentes:

- Atención / Provisión
- Gestión y
- Financiamiento

Los tres componentes deberán abordarse de manera integral y complementaria, teniendo como eje operativo central el Componente de Atención / Provisión.



2. Componente de Atención/Provisión de Servicios de Salud

2.1 Presente las diapositivas sobre el componente de Atención/Provisión de servicios y explique que está constituido por el conjunto de acciones de salud individuales y colectivas de alto impacto social y alta externalidad que se realizarán para promover, proteger, mejorar y mantener la salud de las personas y de la población en general, vigilando, y controlando riesgos y previniendo enfermedades y daños garantizando a la población en sus diferentes ciclos de vida y ambientes de desarrollo.



Este componente:

- Se centrará en la persona, la familia, la comunidad y su entorno, respetando sus derechos y su identidad cultural
- Privilegiará a los grupos de población más postergados, vulnerables y con menor oportunidad de acceso a los servicios de salud
- Favorecerá la continuidad de la atención
- Será dinámico e interactivo
- Promoverá que las atenciones y los servicios se provean con calidad técnica y percibida de manera oportuna, pertinente, suficiente
- Organizará a los proveedores en redes de servicios a fin de asegurar la continuidad e integralidad



Para ello se realizará **intervenciones de salud individuales y colectivas**.

Intervenciones individuales: orientadas a la protección, recuperación y rehabilitación de la salud cuya aplicación y acción en las personas produce una alta rentabilidad social, porque protegen del riesgo de enfermar o morir a las personas y comunidad en su conjunto. Su provisión generalmente estará a cargo de una red integrada de servicios de salud constituida por instituciones públicas y no públicas que funcionarán de conformidad con lo establecido por el ente rector.



Intervenciones de salud colectiva: aquellas cuyo consumo es masivo y producen beneficios para toda la población. Comprenden actividades de promoción y prevención; como información, educación y comunicación para la salud; de vigilancia de la salud; eliminación de prácticas y barreras que ocasionan inequidades en salud y el mejoramiento del medio ambiente. (17)



2.2 Muestre las diapositivas y explique el contenido sobre lo que define el componente de atención/provisión de servicios de salud.

Define:

- **¿A quiénes** se les entregan las prestaciones (prioridad grupos excluidos y vulnerables)?
- **¿Qué** prestaciones se garantizan (*prevención, promoción, curación, rehabilitación*)?
- **¿Dónde** se proveerán los servicios?
- **¿Cómo** se organizará la oferta (niveles y en red)?

Componente de Atención/Provisión de servicios de salud

Define:

- **¿A quiénes?** se les entregan las prestaciones (prioridad grupos excluidos y vulnerables).
- **¿Qué?** prestaciones se garantizan (*prevención, promoción, curación, rehabilitación*).
- **¿Dónde?** se proveerán los servicios.
- **¿Cómo?** se organizará la oferta (niveles y en red).

Contenidos del componente de Atención/Provisión de servicios de salud

¿A quién?

NINEZ
ADOLESCENCIA
ADULTO
ADULTO MAYOR

Contenidos del componente de Atención/Provisión de servicios de salud

¿Qué?

NINEZ
ADOLESCENCIA
ADULTO
ADULTO MAYOR

Contenidos del componente de Atención/Provisión de servicios de salud

¿Dónde?

NINEZ
ADOLESCENCIA
ADULTO
ADULTO MAYOR

Contenidos del componente de Atención/Provisión de servicios de salud

¿Qué?

¿A quién?

¿Dónde?

Tomar en cuenta aspectos de género, etnia e interculturalidad

2.3 Presente la diapositiva y haga un resumen de todos los contenidos del componente de Atención / Provisión de servicios. Dirija la atención de los/las a las preguntas y relaciónelas con el contenido del cubo.

Contenidos del componente de Atención / Provisión de servicios de salud

¿Qué sistema se desarrollará?

¿A quiénes se les entregan los servicios?

¿Dónde se van a brindar los servicios?

¿Cómo se organizará la oferta?

NINEZ
ADOLESCENCIA
ADULTO
ADULTO MAYOR

Tomar en cuenta aspectos de género, etnia e interculturalidad

2.4 Muestre la diapositiva y explique el siguiente contenido:

Cobertura poblacional y grupos prioritarios

- **Ciclos de vida:** *Niñez:* personas de 0 a 9 años; *Adolescencia:* personas de 10 a 19 años, *Adultez:* personas de 20 a 64 años (adultos jóvenes de 20 a 34 años y adultos de 35 a 64 años); *Adultez mayor:* personas de 65 años y más.



Respetando el principio de equidad se priorizará el acceso a grupos de población:

- en condiciones de mayor vulnerabilidad y riesgo;
- con mayor grado de postergación socioeconómica, no cubiertos por ningún otro régimen de prestación público o privado;
- que por sus condiciones sociales, culturales, de género, étnicas, y otras sufren algún grado de postergación en la atención de sus problemas de salud colectivos e individuales.



Poblaciones objetos de políticas prioritarias: por decisión política, jurídica, proyectos de desarrollo regional o, en cumplimiento de compromiso internacional (Convenio, Acuerdo, Resolución) el gobierno nacional ve en la obligación de considerarlos de prioridad indistintamente de acuerdos de otro orden.

Criterios definición grupos prioritarios:

- Perfil epidemiológico y carga de enfermedad de la población.
- Población expuesta a riesgo o en situación de vulnerabilidad.
- Población en exclusión social: extrema pobreza y pobreza, marginación social o económica y con limitado o ningún acceso a servicios de salud u otro tipo de exclusión social.
- Grupos priorizados por el estado en las políticas y leyes del país. (17)



5. Conjunto de Prestaciones en Salud a Garantizar (CPS-G)

► Técnica: Presentación dialogada

5.1 Con apoyo de la diapositiva, explique que el Conjunto de Prestaciones en Salud a Garantizar (CPS-G) es el conjunto de bienes y servicios de salud dirigidos a satisfacer y atender apropiadamente las demandas y necesidades de salud que el Estado se compromete a garantizar a toda la población, implicando derechos y obligaciones para los actores del sistema.

5.2 Luego explique los principales elementos que conforman el Conjunto de Prestaciones en Salud a Garantizar (CPS-G) y los Criterios para su configuración.





La delimitación y ordenamiento del Conjunto de Prestaciones en Salud a Garantizar (CPS-G) consiste en definir el CPS y los Paquetes específicos para segmentos de población especiales.

Paquetes específicos es el conjunto limitado de prestaciones y servicios de salud independientes que se cree conveniente proveer a ciertos grupos especiales de población bajo criterios no aleatorios de priorización, de carácter epidemiológico, social, económico, étnico y político.

USAID AIDSTAR Plus

Paquetes específicos

- Conjunto limitado de prestaciones y servicios de salud independientes que se cree conveniente proveer a ciertos grupos especiales de población bajo criterios no aleatorios de priorización, de carácter epidemiológico, social, económico, étnico y político.

5.3 Presente la diapositiva y explique la información sobre el número de prestaciones definidas por ciclo de vida y analizar las proporciones que hay para cada una de ellas. Enfatizando que la mayor proporción de prestaciones están en las etapas de niñez y adolescencia.

CICLO DE VIDA, GRUPO ETARIO	Número de prestaciones por ciclo de vida			Total de prestaciones por ciclo de vida y grupo
	Atención Primaria	Atención de Salud Intermedia	Atención Hospitalaria	
TODOS	18	22	17	57 (12,5%)
0-4 años	8	10	7	25
De 5 a 14 años	9	12	7	28
De 15 a 19 años	9	8	7	24
De 20 a 24 años	9	8	6	23
ADOLESCENCIA	26	38	21	85 (21,2%)
De 25 a 34 años	9	11	10	30
Mayores de 35 a 44 años	14	14	9	37
Mayores de 45 a 54 años	12	9	7	28
Mayores de 55 a 64 años	20	12	11	43 (10,7%)
Mayores de 65 a 74 años	18	18	9	45
Mayores de 75 a 84 años	9	7	11	27
ADULTEDAD	116	111	9	236 (58,8%)
De 85 años en adelante	20	18	8	46
TODOS	136	129	68	333

5.4 El otro aspecto a discutir con los participantes es que el mayor número de prestaciones están distribuidas en las intervenciones de promoción y prevención, las que se desarrollarán en el primer nivel de atención, lo que descargará la afluencia de personas en el nivel hospitalario, lo que puede interpretarse que la mayor cantidad de problemas de salud serán resueltos a este nivel.

5.5 Retome recordando a los participantes de los tres componentes que conforman el Modelo Nacional de Salud y con apoyo de las diapositivas explique los elementos generales de los Componentes de Gestión de Servicios de Salud y el Componente Financiamiento.

USAID AIDSTAR Plus

Componente de Gestión de Servicios de Salud

Responde

- ¿Qué instancias y que nivel estará a cargo de la gestión de la provisión?
- ¿Que recursos se descentralizaran y se van a gestionar localmente?
- ¿Bajo que mecanismo se descentralizaran la gestión?
- ¿Qué mecanismos de control se aplicaran?

USAID AIDSTAR Plus

Componente de Financiamiento de los servicios de salud

Este Componente procura dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Quién va a pagar las cuentas?
- ¿Como se asignaran los recursos de salud provenientes de fondos del estado?
- ¿Por qué vamos a pagar?
- ¿Qué mecanismo o mecanismos de pago se van a utilizar?
- ¿Quién va a administrar los recursos financieros?
- ¿Como se va a hacer transparente el manejo de los recursos financieros y rendiré cuentas?

5.6 Explore si los participantes tienen preguntas sobre el tema. Refuerce puntos clave.

6. Paquete Específico de prestaciones y servicios en ITS y VIH en poblaciones clave en mayor riesgo de infección

► Técnica: Exposición dialogada

6.1 Presente la diapositiva sobre las prestaciones y servicios del paquete específico.

Del CPS-G se desprende el paquete de prestaciones de salud en ITS y VIH para poblaciones clave que es el instrumento fundamental de regulación para la fijación de prioridades y objetivos de salud para esta población, que se define como “Conjunto de bienes y servicios de salud dirigidos a satisfacer y atender apropiadamente las necesidades y demandas de salud de la población.

Los **servicios** fueron definidos como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones de salud, además para hacer efectivos los servicios, se realizan una serie de actividades de técnicas, tecnologías o de procedimientos.

En ITS y VIH quedaron focalizadas once prestaciones de salud según cuatro áreas: promoción, prevención, atención y apoyo.

6.2 Muestre las diapositivas y explique los componentes del paquete específico de prestaciones.

Componentes del paquete específico de prestaciones y servicios en ITS y VIH

- **Promoción de la salud:** Se ejecutará en ambos niveles, con algunas diferencias de implementación que dependen de la población a la cual se le dirige la actividad a desarrollar y según la capacidad de la unidad ejecutora.

- **Prevención:** La mayoría de estas actividades están destinadas para desarrollarse en el nivel ambulatorio; sin embargo, otras actividades podrán ser ejecutadas en el nivel hospitalario, siempre y cuando cuenten con el personal competente y debidamente entrenado.

- **Atención:** Tiene el propósito de asegurar la continuidad de los servicios de ITS y VIH articulado en los diferentes niveles de atención por medio de las redes integradas

- **Apoyo:** Acciones realizadas cuando la enfermedad está ya instaurada, a través de la entrega de servicios de cuidados en casa, apoyo emocional, consejería, formación de cuidadores tanto familiares como personal voluntario de la comunidad.

Paquete específico de prestaciones y servicios de ITS y VIH

- Las acciones están definidas por nivel de atención y ciclo de vida de las poblaciones clave en mayor riesgo de infección.
- ✓ Prioriza las acciones de promoción de la salud y la prevención de las ITS y VIH, que son los pilares fundamentales de la Atención Primaria.
- ✓ Identifica las acciones orientadas a la atención y apoyo.
- Permite actualizaciones según la oferta-demanda y perfil epidemiológico.

Componentes del paquete específico de prestaciones y servicios en ITS y VIH

- **Promoción de la salud:** Se ejecutará en ambos niveles, con algunas diferencias de implementación que dependen de la población a la cual se le dirige la actividad a desarrollar y según la capacidad de la unidad ejecutora.
- **Prevención:** La mayoría de estas actividades están destinadas para desarrollarse en el nivel ambulatorio; sin embargo, otras actividades podrán ser ejecutadas en el nivel hospitalario, siempre y cuando cuenten con el personal competente y debidamente entrenado.

Componentes del paquete específico de prestaciones y servicios en ITS y VIH

- **Atención:** Tiene el propósito de asegurar la continuidad de los servicios de ITS y VIH articulado en los diferentes niveles de atención por medio de las redes integradas.
- **Apoyo:** Acciones realizadas cuando la enfermedad está ya instaurada, a través de la entrega de servicios de cuidados en casa, apoyo emocional, consejería, formación de cuidadores tanto familiares como personal voluntario de la comunidad.

Poblaciones beneficiarias del paquete específico

- Homosexuales
- Personas trans femenino
- Trabajadoras sexuales
- Gaituna
- Privados de la libertad

6.3 Con apoyo de

las diapositivas explique las prestaciones y servicios del Paquete específico.

Prestaciones	Servicios
1. Promoción de conductas saludables para la prevención de las ITS y el VIH	1.1. Educación sobre los derechos sexuales y reproductivos 1.2. Promoción de los comportamientos seguros para la prevención de ITS y VIH
2. Promoción de los servicios para el diagnóstico oportuno de las ITS y el VIH	2.1. Promoción de los servicios de consejería y prueba de VIH 2.2. Promoción de los servicios de detección oportuna de las ITS 2.3. Promoción de los servicios para la prevención de la transmisión del VIH y sífilis de madre a hijo/a
3. Promoción de los servicios de profilaxis post-exposición al VIH	3.1. Promoción de los servicios de profilaxis post-exposición al VIH
4. Organización social y comunitaria	4.1. Participación de las organizaciones

Prestaciones	Servicios
1. Diagnóstico oportuno de VIH	1.1. Consejería y prueba de VIH 1.2. Entrega de condones, lubricantes y material educativo
2. Diagnóstico oportuno de las ITS	2.1. Entrega de kits de detección de la infección por el VIH 2.2. Diagnóstico de ITS por laboratorio 2.3. Entrega de condones, lubricantes y material educativo
3. Profilaxis post-exposición al VIH	3.1. Consejería y prueba de VIH en caso de los Examenos y 1, 6 y 12 meses de la exposición 3.2. Terapia antirretroviral (TAR) de 28 días 3.3. Entrega de condones, lubricantes y material educativo
4. Prevención de la transmisión del VIH y sífilis de madre a hijo/a	4.1. Consejería y prueba de VIH y sífilis pre y postnatal 4.2. Prueba de sífilis y de VIH durante el embarazo y parto 4.3. Manejo de sífilis postnatalmente expuesta al VIH 4.4. Manejo de VIH postnatalmente expuesto al VIH 4.5. Profilaxis de lactante

Prestaciones	Servicios
Atención integral de la persona con diagnóstico de ITS y VIH que contribuya a la mejora de su condición de salud y calidad de vida.	1- Manejo clínico 2- Terapia antirretroviral 3- Pruebas de laboratorio 4- Seguimiento a la evaluación clínica y laboratorio a la persona con VIH 5- Profilaxis y manejo terapéutico para las infecciones oportunistas 6- Diagnóstico y manejo sintomático de ITS 7- Diagnóstico de ITS por laboratorio

Prestaciones	Servicios
1. Apoyo social y emocional	1. Atención comunitaria
2. Apoyo psicológico	2. Atención psicológica

6.4 Muestre la diapositiva y resuma explicando que el paquete específico de prestaciones comprende 11 prestaciones y 29 servicios.

Promoción	4
- Prestaciones	
- Servicios	
Prevención	10
- Prestaciones	
- Servicios	
Atención	1
- Prestaciones	
- Servicios	
Apoyo	2
- Prestaciones	
- Servicios	
11 Prestaciones y 29 Servicios	

► **Técnica:** “Los amigos”

6.5 Solicite 8 voluntarios para desarrollar la técnica, 4 de ellos serán usuarios/as y 4 de ellos prestadores de servicios, es importante brindarles las instrucciones por separado.

6.6 Saque a los primeros 4 participantes fuera del salón y asigne a cada uno de ellos un rol específico. Como usuarios/as de servicios; una persona usará las muletas y es analfabeto, otra persona tendrá problemas de audición, otra persona no puede hablar, otro tendrá problemas de visión.

Instrucciones para los usuarios;

- El primer usuario usará las muletas, puede hablar, escuchar, pero no tiene ningún grado de escolaridad, pero además tiene una pierna fracturada y busca información como cuidar su salud porque hace poco le diagnosticaron que es una persona viviendo con VIH, así que comunicará de manera superficial, confusa y con mucha pena al médico, pero su comprensión sobre lo que el médico le explique será poca, por su analfabetismo.

- El segundo usuario tendrá problemas de audición, puede hablar, pero NO escucha NADA, solamente llevo al tercer grado. Busca información sobre cómo usar el condón y necesita saber cómo explicárselo a su esposa. Así que comunicará de manera creativa a la consejera lo que necesita saber, pero no podrá saber lo que le explican porque no escucha ninguna instrucción.
- El tercer usuario es una persona que tiene problemas de visión, es una persona que iniciará terapia antirretroviral y necesita saber todo sobre el medicamento, horario, efectos, adherencia, tratará de comunicarle a la enfermera, pero será difícil la comprensión porque no puede diferenciar los medicamentos, no tiene posibilidades de leer instrucciones.
- El cuarto usuario es una persona que no puede hablar, solo escucha, puede leer y escribir. Es una persona con VIH que tiene muchas parejas sexuales y no usa el condón, la consejera le hablara lo importante de prevenir la reinfección y otras infecciones de transmisión sexual.

6.7 Pida a las otras 4 personas que salgan del salón y asígneles su rol específico como prestadores de servicios a personas con VIH; personal médico, enfermera, consejeras (2), cada uno de ellos tendrá que atender a un usuario.

- El médico o medica brindará la atención sobre cómo debe una persona con VIH cuidar su salud porque hace poco le diagnosticaron que es una persona viviendo con VIH
- La consejera (1) brindará una consejería sobre cómo usar el condón y la información del usuario para explicárselo y convencer a su esposa.
- La Enfermera brindará la consejería a una persona que iniciará terapia antirretroviral y necesita saber todo sobre el medicamento, horario, efectos, adherencia, citas, exámenes.
- La consejera (2) brindará una consejería a una persona con VIH que tiene muchas parejas sexuales y no usa el condón, la consejera le hablará lo importante de prevenir la reinfección y otras infecciones de transmisión sexual, pero emitirá juicios de valor por las prácticas sexuales del usuario.

6.8 Explique al resto de los participantes, también tendrán un rol específico, el cual estará orientado a deambular por el salón (cerca de los usuarios que buscan el servicio de salud), pero no les brindarán ningún apoyo, serán indiferentes a las necesidades y preguntas de los usuarios.

6.9 Recomiende a las personas que deben asumir el rol que se les indica de manera responsable, porqué personificarán a otros que se encuentran con una situación diferente o especial.

6.10 Inicia el juego de roles cuando los usuarios buscan servicios de salud para personas con VIH, caminarán por separado y luego se juntan para lograrlo. Ellos buscan atención médica, de enfermería y consejería para el cuidado de la salud, pero ellos enfrentarán varios obstáculos que se presentan en lo cotidiano.

6.11 Cuando hayan desarrollado el juego de roles, solicíteles a todos los participantes que expresen como se sintieron. Inicie la discusión grupal con todos los participantes y tome nota de los aspectos más relevantes de la discusión.

6.12 Reflexione sobre:

- *¿Cómo se sintieron y que sentimientos experimentaron los usuarios?*

Entre los sentimientos que pueden desarrollar los usuarios están; incomodidad, rechazo, discriminación, no lo escuchan a uno, violan derechos, preocupado porque el problema no fue atendido, insatisfechos porque le resolvieron su necesidad, difícil decir lo que necesitaba.

- *¿Cómo se sintieron y que sentimientos experimentaron los prestadores de servicios?*

En las diferentes situaciones en lo cotidiano de la atención los prestadores pueden sentir, experimentar o manifestar; incomodidad, no hallar que hacer, inseguridad, problemas para demostrar el uso del condón, impaciencia para atender a los usuarios y comprender su situación, miedo, falta de conocimiento para manejar la situación, falta de práctica para resolver situaciones especiales, dar recomendaciones a partir de lo que el prestador considera bueno para el usuario, censurar y criticar de las prácticas sexuales de los usuarios. Otros prestadores pueden experimentar frustración por desear ayudar y no tener respuestas favorables, porque no cuentan con el suficiente conocimiento, apoyo logístico para brindar una atención adecuada.

6.13 Reflexione en base a lo siguiente: las personas con VIH y sus familias enfrentan diferentes obstáculos en la atención los cuales pueden ser disminuidos al trabajar la actitud y sensibilidad de los prestadores de servicios, generando un impacto positivo y mejorando la atención, promoción y acceso al tratamiento antirretroviral el cual es un derecho fundamental para la vida de las personas con VIH.

6.14 Pregunte a los participantes como relacionan este ejercicio con el Paquete específico de prestaciones y servicios en ITS y VIH para poblaciones en mayor en mayor riesgo y vulnerabilidad.

6.15 Repase los objetivos y enfatice puntos clave.

Sesión 3: Promoción de la salud

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Identificar los principales hitos de la promoción de la salud para la prevención del VIH en Honduras para el período de 1985 al 2015
2. Conocer las tres estrategias básicas para la promoción de la salud que plantea la Carta de Ottawa y las áreas de acción prioritarias.
3. Describir las estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH.



Temas y contenidos:

1. Antecedentes
2. Enfoque de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
 - Prevención de las ITS y VIH
3. Experiencias nacionales de estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH.
 - Principales hitos de la promoción de la salud para la prevención del VIH en Honduras para el período de 1985 al 2015
4. Estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH.
 - Abogacía e incidencia política
 - Alianzas estratégicas / organización comunitaria
 - Movilización social
 - Comunicación para el cambio de comportamiento
 - Mercadeo social de los servicios de prevención y atención de las ITS y VIH
 - Acceso universal y oportuno a condones
 - Educación para la salud
 - Tecnologías de la información y comunicación (TIC) para la promoción de la salud.

Técnicas:

- Presentación dialogada
- Lectura dirigida en plenaria
- Presentación de estrategia de comunicación
- Lluvia de ideas con tarjetas de colores
- “Una voz en la Multitud”

Materiales requeridos:

- Data Show
- Tarjetas de colores grandes y medianas
- Papel rotafolio
- Marcadores
- Masking Tape

Material de Apoyo:

- Lineamientos Generales de Promoción de la Salud para la Prevención de las ITS y el VIH en Honduras

Tiempo estimado: 60 minutos

1. Antecedentes

► Técnica: Presentación dialogada

- 1.1 Inicie el tema preguntado a los participantes qué conocen sobre promoción de la salud. Anote las aportaciones en un papel rotafolio.
- 1.2 Retome las aportaciones y relaciónelas con el siguiente contenido a desarrollar.

A partir de la declaración de Alma-Ata de 1978, los países signatarios han realizado esfuerzos para lograr la meta de “Salud para todos en el año 2000” planteada en ese año. No obstante, dichos esfuerzos no fueron suficientes y es obvio el fracaso en materializar los valores y principios de Alma-Ata, en vista que continúan las desigualdades sociales, la dificultad en acceder a los servicios de salud con calidad y la situación de la salud de muchos pueblos aun es precaria lo que indica que los 10 puntos principales de la conferencia continúan vigentes y algunos de los Estados tienen la tarea pendiente de cumplir con la meta Establecida en Alma-Ata (6).



La promoción de la salud es una de las funciones esenciales de la salud pública (Fesp) y, es importante comprender el concepto, las estrategias y líneas de acción, así como la modificación de las definiciones para responder a los desafíos de la salud pública mundial de acuerdo a lo planteado en las diferentes conferencias internacionales.



2. Enfoque de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

► Técnica: Presentación dialogada

- 2.1 Con apoyo de las diapositivas explique lo siguiente:

En el documento de renovación de la APS, se plantea que *“el énfasis en la promoción de la salud y en la prevención es de vital importancia para un sistema de salud basado en la APS, porque sus acciones son costo-efectivas y éticas, permiten facultar a las comunidades y a los individuos para que ejerzan mayor control sobre su propia salud, y son esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud”* (23). Lo que demanda precisar la diferencia entre la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.



La OMS define la prevención como las *“Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”* (OMS, 1998)



Las acciones preventivas están orientadas a:

- Evitar la aparición de enfermedades específicas, reducir la incidencia que predomina en las poblaciones.
- Al discurso preventivo, que es el conocimiento epidemiológico moderno; su objetivo es el control de la transmisión de enfermedades infecciosas.
- Reducir el riesgo de enfermedades degenerativas u otros agravios específicos a la salud,
- Orientar los proyectos de prevención y de educación en salud para la divulgación de información científica y de recomendaciones normativas que fomenten los hábitos saludables.



2.2 Muestre la diapositiva y explique.

La Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud "La salud, tarea de todos" de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la salud de México, define que la prevención de enfermedades "es el conjunto de medidas adoptadas con el fin de evitar o disminuir los riesgos y daños a la salud", y describe que la prevención se divide en primaria, secundaria y terciaria (25):

- **Prevención primaria:** Busca evitar o reducir nuevos casos de una enfermedad.
- **Prevención secundaria:** Tiene como objetivo detectar tempranamente y otorgar tratamiento oportuno para reducir la permanencia de una enfermedad ya presente.
- **Prevención terciaria:** Es el conjunto de medidas que se toman para reducir las limitaciones físicas o mentales producidas por una enfermedad y reincorporar al individuo a su medio.



Prevención de las ITS y VIH

- ▶ **Técnica:** Lluvia de ideas con tarjetas de colores.

Preparación previa:

- En tarjetas grandes de diferentes colores escriba: Prevención primaria (Tarjeta Amarilla), Prevención secundaria (Tarjeta Verde, y Prevención Terciaria (Tarjeta Celeste).
- De acuerdo al número de participantes prepare tarjetas de 3 colores diferentes. Una tarjeta por participante.

2.3 Coloque las tarjetas con los títulos de los tipos de prevención enfrente. Entregue a cada participante una tarjeta. Pídales que de acuerdo al color de tarjeta que se les entregó escriban uno o dos ejemplos de acciones, intervenciones o servicios en ITS y VIH y que los peguen debajo de la tarjeta correspondiente al tipo de prevención.

2.4 En plenaria analice los ejemplos y retroalimente. Para reforzar utilice las diapositivas relacionadas al siguiente contenido.

En el tema específico de las ITS y VIH, la **prevención primaria** tiene el objetivo de disminuir la incidencia de las infecciones a través del abordaje a las determinantes sociales.

Por ejemplo: modificación de comportamientos sexuales de riesgo, cambios estructurales para disminuir el estigma y discriminación, información disponible y acceder a los servicios, uso de condones, lubricantes, brindar tratamiento ARV a las mujeres embarazadas con VIH para prevenir infecciones en el niño o niña, donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis son entre otros acciones de prevención primaria.

La **prevención secundaria** se basa en la detección temprana y oportuna de las ITS y el VIH, para ello, se requiere mejorar el acceso de las poblaciones a los servicios de diagnóstico y tratamiento.

Un ejemplo de ello, es la aplicación de las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizadas en el 2013 que recomiendan iniciar el terapia antirretroviral (TAR) más tempranamente (26), lo que exige un acceso a los servicios de prueba de VIH para obtener un temprano diagnóstico. También se cita como ejemplos de la prevención secundaria, evitar la reinfección con virus resistentes a los ARV y la prevención de las infecciones oportunistas entre otros.

En la **prevención terciaria**, es fundamental el control y seguimiento de la persona con VIH, así como el apego a la terapia. Un ejemplo es: la retención en TAR y la reducción de la carga viral a niveles indetectables. Del mismo modo, la participación comunitaria a través de los grupos de auto apoyo o autoayuda, visita domiciliaria son un ejemplo de acciones de prevención terciaria (27).

Refuerce que como actualmente no existe una vacuna para prevenir el VIH, es necesario enfatizar en la prevención de las infecciones y llevar a cabo un conjunto de acciones de **“prevención combinada” que conjugue el abordaje al comportamiento, biomédicas y estructurales** según la naturaleza de su epidemia y las necesidades de las personas más expuestas al riesgo de infección (28). Bajo estas definiciones, deberá impulsarse iniciativas que incluyen acciones armonizadas entre los diferentes niveles de prevención.

2.5 Pida a los participantes ejemplos de “prevención combinada” y retroalimente. Expresé que más adelante se tendrá oportunidad de discutir a más profundidad este tema.

USAID **AIDSTAR Plus**

Prevención de las ITS y VIH

Prevención primaria: tiene el objetivo de disminuir la incidencia de las infecciones a través del abordaje a las determinantes sociales.

Ejemplos:

- Modificación de comportamientos sexuales de riesgo.
- Cambios estructurales para disminuir el estigma y discriminación.
- Información disponible y acceder a los servicios.
- Uso de condones, lubricantes.
- Brindar tratamiento ARV a las mujeres embarazadas con VIH para prevenir infecciones en el niño o niña.
- Donación de agujas a usuarios de drogas para la prevención del VIH y la hepatitis.

USAID **AIDSTAR Plus**

Prevención de las ITS y VIH

Prevención secundaria: se basa en la detección temprana y oportuna de las ITS y el VIH, para ello, se requiere mejorar el acceso de las poblaciones a los servicios de diagnóstico y tratamiento.

Ejemplo:

- Iniciar la terapia antirretroviral (TAR) más tempranamente.
- Evitar la reinfección con virus resistentes a los ARV.
- La prevención de las infecciones oportunistas entre otros.

USAID **AIDSTAR Plus**

Prevención de las ITS y VIH

Prevención terciaria: es fundamental el control y seguimiento de la persona con VIH, así como el apego a la terapia.

Un ejemplo es:

- La retención en TAR y la reducción de la carga viral a niveles indetectables.
- La participación comunitaria a través de los grupos de auto apoyo o autoayuda, visita domiciliaria.

USAID **AIDSTAR Plus**

Prevención de las ITS y VIH

Actualmente no existe una vacuna para prevenir el VIH, haciéndose necesario enfatizar en la prevención de las infecciones y llevar a cabo un conjunto de acciones de **“prevención combinada”** que conjugue el abordaje al comportamiento, biomédicas y estructurales según la naturaleza de su epidemia y las necesidades de las personas más expuestas al riesgo de infección.

Bajo estas definiciones, deberá impulsarse iniciativas que incluyen acciones armonizadas entre los diferentes niveles de prevención.

3. Experiencias nacionales de estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH

- ▶ **Técnica:** Lectura dirigida en grupos, presentación de estrategia de comunicación.

3.1 Forme grupos de 6 personas. Refiera a los participantes a la Guía de orientaciones técnicas y pídales que lean y discutan el contenido sobre Experiencias nacionales de estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH. *Principales hitos de la promoción de la salud para la prevención del VIH en Honduras para el período de 1985 al 2015. Deles 30 minutos.*

3.2 Cuando hayan finalizado y en plenaria pida que hagan sus comentarios o dudas.

3.3 Finalice el tema presentando ejemplos de las campañas y estrategias de promoción para la prevención del VIH que se han desarrollado en Honduras.

4. Estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH

- ▶ **Técnica:** Lluvia de ideas

4.1 Retomando el tema anterior, pregunte a los participantes que estrategias de promoción de la salud en ITS y VIH conocen o en que hayan participado. Anote las aportaciones en un papel rotafolio.

4.2 Retome las aportaciones y explique el siguiente contenido:

Las estrategias a utilizar en la temática de ITS y VIH según lo plantea el Modelo Nacional de Salud, la Estrategia de Abordaje Integral a las ITS y VIH y el marco conceptual de promoción de la salud son las siguientes:

- Abogacía e incidencia política
- Alianzas estratégicas / organización comunitaria
- Movilización social
- Comunicación para el cambio de comportamiento
- Mercadeo social de los servicios de prevención y atención de las ITS y VIH
- Acceso universal y oportuno a condones
- Educación para la salud
- Tecnologías de la información y comunicación (TIC) para la promoción de la salud.



- ▶ **Técnica:** Lectura dirigida en plenaria

4.3 Refiera a los participantes a la Guía de Orientaciones técnicas y a través de lectura dirigida explique y dialogue cada las cinco estrategias de promoción de la salud para la prevención de las ITS y el VIH.

■ **Abogacía e incidencia política:** Es el “conjunto de recursos y habilidades que influyen en la opinión pública, movilizar recursos y fuerzas para apoyar políticas y propuestas específicas (Wallock). La abogacía y defensa pública, es un conjunto de acciones dirigidas a quienes toman decisiones y que apoyan una causa política específica. Está siempre dirigida a influir en

políticas, leyes, normas, programas u obtener financiamiento. Las decisiones se toman en los niveles más altos de las instituciones del sector público y privado.

La abogacía es una estrategia de promoción de la salud, que combina acciones individuales y sociales destinadas por un lado, a superar resistencias, prejuicios y controversias; y por otro lado, a conseguir compromisos y apoyo a las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas con un determinado objetivo o programa de salud (9).

- **Alianzas estratégicas:** La creación de alianzas estratégicas propone el involucramiento e interacción de los distintos actores: sistema de salud, la comunidad, sus organizaciones y las diferentes instancias del Estado para abordar la diversidad de determinantes de la situación de salud. Promover la salud requiere comprender la dimensión de la responsabilidad compartida, donde aunar esfuerzos y recursos es clave para apoyar procesos que incidan en mejoras significativas en la calidad de vida.

Las alianzas interinstitucionales se proponen con un fin común, ampliar el alcance de las intervenciones, crear nuevas formas de comprensión del proceso de salud y sus determinantes, a la vez que permiten compartir marcos teóricos y prácticos que retroalimentan la tarea y facilitan el aprendizaje. La acción coordinada crea un ámbito de actuación compartido y de cooperación que identifica la especificidad del aporte en términos de decisiones, acciones y recursos que moviliza cada sector (31).

- **Movilización Social:** Es la participación genuina y de empoderamiento; proceso a través del cual los grupos son capaces de expresar sus inquietudes, participar en las decisiones y lograr acciones (36).
- **Comunicación para el cambio de comportamiento:** Es un proceso interactivo con las comunidades (integradas a un programa general) para desarrollar mensajes y enfoques usando una variedad de medios de comunicación para desarrollar comportamientos positivos; promover y sostener el cambio de comportamiento individual, comunitario y social; y mantener comportamientos apropiados (32).

Proceso mediante el cual se difunde los conocimientos y se promueve la modificación o reforzamiento de comportamiento que contribuyen a la prevención de enfermedades. La comunicación para el cambio de comportamiento, es una estrategia clave que permite informar al público sobre asuntos de salud, mantener en la agenda pública asuntos importantes sobre salud y promover estilos de vida.

- **Mercadeo social de los servicios de prevención y atención integral a las personas con ITS y VIH:** Una estrategia que utiliza elementos de mercadeo—diseño del producto, precio adecuado, venta y distribución y comunicación para fomentar comportamientos que beneficien a las personas y orienten a las comunidades hacia el bien común. Los programas de mercadeo social venden productos subsidiados en puntos de venta del sector comercial, como por ejemplo, las farmacias; distribuyen productos gratuitos; ofrecen servicios de salud a través de franquicias sociales; y promueven comportamientos (33).
- **Acceso universal y oportuno a condones:** Es una estrategia que articula la respuesta institucional que garantice el acceso y accesibilidad a los condones masculinos, femeninos y lubricantes a base de agua, así como crear las condiciones que mejore la disponibilidad de los mismos.

- **Educación para la Salud:** Es una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos. Se pretende que los individuos adquieran y conserven hábitos de salud sanos, que aprendan a usar más juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición, y que estén capacitados a la hora de tomar decisiones (de modo individual o colectivo con su comunidad) que impliquen en todo momento la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en el que viven. (38).

Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la información sanitaria, y el conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad (38).

Aborda no solamente la transmisión de conocimientos relativos a la salud individual y colectiva, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Incluye la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, y la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria.

Supone transmisión de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidas a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud (38).

- **Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) para la promoción de la salud:** Se definen colectivamente como innovaciones en microelectrónica, computación (hardware y software), telecomunicaciones, que permite de una manera rápida la distribución de la información a través de redes de comunicación o redes sociales, extendiéndose el alcance de la red a casi todo el mundo (39).

En el campo de la prevención del VIH y en la atención a las personas con esta infección, el uso de las TIC abre un sin fin de oportunidades de acción que muchas personas profesionales y voluntarias están ya incorporadas al trabajo que desempeñan en sus organizaciones e instituciones (39).

- 4.4 Explique que de estas estrategias la que se abordará es la de Comunicación para el cambio de comportamiento, para lo cual se desarrolló la Guía de Orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento de promoción en salud para la prevención de las ITS y el VIH en poblaciones clave en mayor riesgo.

▶ **Técnica:** “Una voz en la Multitud”

Preparación previa:

- Corte tarjetas de cartulina de colores, según el número de participantes, asegúrese que el tamaño de cada pieza sea igual.
 - En cada pieza de cartulina escriba el nombre de los siguientes animales; perro, gato y vaca. En una tarjeta escriba la Pollito. Asegúrese que la distribución de los participantes sea en partes iguales.
- 1) Seleccione entre los participantes a una persona y entréguele la tarjeta cartón con el nombre de “Pollito”. Es importante que solo una persona sea pollito.

- 2) Una vez distribuidos los roles, solicite a los participantes que pasen todos al centro del salón.
- 3) Indíqueles que deben cerrar los ojos y que tengan confianza en sí mismos, luego con los ojos cerrados y con cuidado comiencen a caminar.
- 4) Dígales que deben moverse de lugar, pueden utilizar las manos para saber si hay alguien cerca, pero no deben hablar, reírse ni emitir ningún ruido.
- 5) Cuando todos se hayan movido de su lugar original, indíqueles que pueden comenzar a emitir el sonido según el animal que les salió en la tarjeta.
- 6) Siempre con los ojos cerrados pero emitiendo los sonidos de animales (perro, gatos, vaca y pollito) deben escuchar donde están los otros compañeros que hacen el mismo sonido.
- 7) Cuando se hayan agrupado según el sonido del animal asignado, pídale que abran sus ojos y vean quiénes son sus compañeros.
- 8) En plenaria pida la participación de todos y anote los aspectos más relevantes de la discusión.
- 9) Solicite a todos los participantes que cuenten como se sienten con la experiencia, haga las preguntas que promuevan la reflexión y tome nota.
- 10) Procese el ejercicio haciendo las siguientes preguntas:
 - *¿Cómo se sintieron al caminar con los ojos cerrados?*
Experimentaron temor, miedo, inseguridad, impotencia como perdidos, sin saber que va a pasar en su vida, la de sus amigos y la de su familia.
 - *¿Qué sentimientos experimentaron cuando comenzaron a identificar sus compañeros?*
Se reconoce la importancia de hablar un mismo lenguaje, el sentir que ya no estaba solo y se sentían seguros, apoyados, ya no había confusión. En cambio una persona diferente se siente sola está insegura temerosa, triste, perdida y sin saber qué hacer.
 - *¿Qué sintió la persona que tuvo la tarjeta de pollito?*
Se siente totalmente solo, que es el único en el mundo, inseguro, con temor y no cuenta con apoyo
 - *¿En la vida real a que personas o poblaciones representa el pollito.*
Al asociar este sentimiento con las personas con diferente orientación sexual, de género o con VIH
 - *¿Cómo se aplica este ejercicio con relación a la experiencia de ser diferente?*
En la prestación y el acceso a los servicios.

Resuma y enfatice puntos clave.

Sesión 4: Comunicación para el cambio de comportamiento

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Describir en que consiste la comunicación para propiciar el cambio de comportamiento
2. Explicar las etapas del cambio de comportamiento y la forma en que se utiliza para adaptar a las intervenciones
3. Explicar las diferencias entre riesgo y vulnerabilidad

Temas:

1. Definición y cambios conceptuales
2. Roles de la comunicación para el cambio de comportamiento
3. El cambio de comportamiento
4. Niveles o etapas en el proceso de cambio de comportamiento
5. Diferencia de riesgo y vulnerabilidad

Técnicas:

- Ejercicio en parejas,
- Ejercicio grupal: Intervenciones para cambio de comportamiento,
- Presentación dialogada
- Lectura dirigida en plenaria
- Lectura dirigida en grupos
- Técnica interactiva: ¡Qué¿para Mí y Qué¿para los Demás!
- Entrevistado - Entrevistador

Materiales requeridos:

- Hojas de papel rotafolio
- Tarjetas de colores
- Masking tape
- Marcadores permanentes de acuerdo al número de participantes
- Data Show

Material de Apoyo:

- Guía de orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento para la prevención de las ITS y VIH en poblaciones clave

Tiempo estimado: 90 minutos

1. Definición y cambios conceptuales

▶ Técnica: Ejercicio en parejas

- 1.1 Pida a los participantes que en pareja con la persona que se encuentra a su derecha anoten todas las formas de comunicarse que se les ocurran.
- 1.2 Luego pregunte a las parejas que indiquen cuantas formas de comunicación anotaron. Pida a la pareja que escribió el mayor número que lea la lista. Invite a los demás participantes a agregar otras ideas. Anote las formas de comunicarse en un papel rotafolio y léalas.
- 1.3 Retome las aportaciones y explique el concepto de “Comunicación”

La comunicación es “un proceso mediante el cual dos o más personas, en un contexto determinado, ponen en común una información, ideas, emociones, habilidades mediante palabras, imágenes, etc., que les pueden permitir obtener, reafirmar o ampliar conocimientos anteriores”, y es además “complementario al de participación”. En el campo de la salud, comunicación y participación son fundamentales, pues a través de una participación activa y consciente de la comunidad lograremos fomentar el autocuidado de la salud. (14)

► **Técnica:** Ejercicio grupal: Intervenciones para cambio de comportamiento

Preparación previa:

Haga 5 juegos de tarjetas con tipos de intervenciones que se pueden realizar para cambiar comportamiento.

- *Campañas masivas (prensa, TV, murales)*
- *Actividades (plazas, vigiliias, marchas)*
- *Charlas a grupos grandes*
- *Distribución de material educativo (hojas volantes condones, folletos, publicaciones)*
- *Talleres participativos (desde el diseño hasta el desarrollo)*
- *Intervenciones en grupos pequeños (10 a 12 personas)*
- *Intervención individual (consejería)*

1.4 Divida a los participantes en cinco grupos y entregue a cada uno un juego de tarjetas, una hoja de papel rotafolio.

1.5 Indique que el ejercicio consiste en ordenar las Intervenciones de MENOR a MAYOR efectividad para el cambio de comportamiento. Deles 5 minutos.

1.6 Cuando hayan finalizado pida que cada grupo presente el trabajo. A medida que los grupos vayan presentando propicie el análisis sobre los elementos o factores que influyen en la efectividad de las intervenciones en el cambio de comportamientos. Muestre la diapositiva y permita que los grupos comparen el trabajo realizado con la diapositiva.

1.7 Enfatique que la efectividad de las intervenciones en el cambio de comportamiento depende de muchos factores, los medios utilizados, población a la que van dirigidos, el nivel de participación de las personas en las intervenciones, entre otros.

► **Técnica:** Presentación dialogada

1.8 A través de presentación dialogada desarrolle el siguiente contenido:

Los programas o estrategias de Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) están diseñados para producir comportamientos o conductas que mejoran la condición de la salud y los resultados pertinentes en el largo plazo. Conocida en el pasado como Información- Educación-Comunicación, o IEC, el cambio de nombre implica un desplazamiento en el enfoque de producir materiales a implementar programas estratégicamente diseñados para influir en el comportamiento.



En general, la comunicación para el cambio de comportamiento puede definirse como el proceso de entendimiento de la situación de una persona, desarrollando mensajes que responden a las preocupaciones dentro de esas situaciones, y usando procesos y medios de comunicación para persuadir a la gente de cambiar sus actitudes y comportamientos, así como prácticas que los colocan en riesgo.



La comunicación para el cambio de comportamiento puede describirse como una herramienta multinivel para promover y apoyar el cambio de comportamiento para reducir riesgos, de forma individual y comunitaria, a través del uso de mensajes e información bien distribuida mediante una variedad de canales de comunicación predefinidos y definidos.

Así, el proceso se centra en el cambio de comportamiento a través del uso de canales prácticos. Se observa que la conducta individual es directamente influenciada o modificada por las experiencias del entorno, que comprenden influencias sociales, económicas, religiosas y culturales.



Los programas de Comunicación para Cambio de Comportamiento abarcan una amplia gama de intervenciones dentro de tres grandes categorías:

- 4) Los **medios de comunicación masiva** (radio, televisión, vallas, material impreso, Internet);
- 5) La **comunicación interpersonal** (la interacción entre la persona y el proveedor, las presentaciones en grupo); y
- 6) La **participación comunitaria**.



2. Roles de la comunicación para el cambio de comportamiento en la prevención del VIH

► **Técnica:** Lectura dirigida en plenaria

2.1 Presente la diapositiva y explique que un programa o intervención eficaz de comunicación para el cambio de comportamiento en VIH debe cumplir con los siguientes objetivos (6).



2.2 Refiera a los participantes a la Guía de Orientaciones técnicas y a través de lectura dirigida desarrolle el contenido sobre estos objetivos.

- **Aumentar los conocimientos:** Asegurar que se les ofrezcan a las personas la información sobre cómo se transmite y como no se transmite el VIH y las medidas de prevención.
- **Fomentar el diálogo comunitario.** Puede fomentar las discusiones comunitarias y nacionales sobre los datos básicos del VIH y los factores subyacentes que pueden contribuir a la epidemia, como los comportamientos de riesgo y entornos de vulnerabilidad, prácticas culturales y ambientales relacionadas con las relaciones sexuales desprotegidas, la sexualidad, y prácticas estigmatizadas (relaciones sexuales entre hombres) que crean estas condiciones.
- **Promover un cambio esencial de actitud.** Puede llevar a cambios de actitud apropiados, por ejemplo, el riesgo personal percibido de la infección por el VIH, la provisión de servicios humanitarios y sin críticas, el incremento de actitudes sin prejuicios con respecto a los roles de género, y el incremento de los derechos básicos de aquellas personas vulnerables y afectadas por el VIH.
- **Reducir el estigma y la discriminación.** La comunicación acerca de la prevención de la infección por el VIH y la mitigación del sida, deben enfocarse en la disminución del estigma y la discriminación, e intentar influir en mejores respuestas sociales.
- **Crear una demanda de información y servicios.** Puede incentivar a las personas familias y comunidades a exigir información sobre el VIH y los servicios apropiados.
- **Abogar.** Puede conducir a las personas encargadas de formular políticas y a los líderes de opinión a considerar enfoques eficaces para la epidemia.
- **Promover servicios para la prevención, la atención y el apoyo.** Promueve servicios para las ITS y el VIH; usuarios de drogas intravenosas, huérfanos y otros niños vulnerables, pruebas y asesoramiento voluntarios para la transmisión de madre a hijo/hija; grupos de apoyo para las personas con el VIH; atención clínica para las infecciones oportunistas; apoyo social y económico.
- **Mejorar las aptitudes y el sentido de autoeficacia.** Los programas de CCC pueden centrarse en las enseñanzas o el refuerzo de nuevas aptitudes y comportamientos: como el

uso de condones, la negociación de la actividad sexual más sana, y las prácticas para administrar las inyecciones sin riesgo. Esto puede contribuir al desarrollo de un sentido de confianza para hacer y tomar decisiones.

3. El cambio de comportamiento

► **Técnica:** Presentación dialogada,

3.1 Pida a los participantes que se detengan a pensar en una ocasión en la que cambiaron su comportamiento o adoptaron un comportamiento nuevo.

Pregunte:

- ¿Qué cosas debieron pasar para llegar a adoptar el nuevo comportamiento?
- ¿Cuánto tiempo les tomó?

3.2 Escriba los comentarios y aportaciones en papel rotafolio y discútalos.

3.3 Explique que adoptar un comportamiento nuevo o cambiar uno viejo en relación con la salud toma tiempo y, en muchos casos puede resultar difícil porque debemos superar numerosos obstáculos.



El cambio de comportamiento se define como el adoptar y mantener nuevas actitudes y habilidades que den acceso a servicios y productos que ayudan a disminuir los niveles de riesgo en torno a los problemas de salud.

Entonces la comunicación para el cambio de comportamiento es la que promueve, a nivel individual, comunitario y social, la adopción y el mantenimiento de comportamientos positivos. (8)



Anteriormente se creía que para lograr cambios de comportamiento lo que debía hacerse era dar información y los programas de prevención de ITS-VIH, tenían como componentes principales talleres, charlas etc. Es importante tener claro que el dar y recibir información no necesariamente ocasionan un cambio de comportamiento.

El comportamiento es aprendido, por lo tanto se puede des-aprender". Pocos comportamientos se pueden cambiar únicamente a través de la fuerza de voluntad. La reincidencia de los comportamientos de riesgo es un factor que determina el éxito que pueda obtener un programa de modificación de conducta. Algunos comportamientos son más difíciles de cambiar que otros. Entre más complejo sea el



comportamiento, más difícil será de cambiar. Algunos comportamientos son difíciles de modificar porque no son fácilmente controlables. (8)

Para generar cambios en el comportamiento es necesario entender las barreras para el cambio o adopción de nuevas prácticas y la lógica en el comportamiento de la población. No basta con crear conciencia en cuanto a los “beneficios”; de adoptar un comportamiento, es imprescindible entender las barreras que enfrenta la persona o los “costos” que ellos creen que se derivarían de tal cambio.



▶ **Técnica:** Lectura dirigida en grupos

3.4 Divida a los participantes en grupos de 6 personas y pídale que lean la Hoja de trabajo: Cambio de comportamiento. Deles 15 minutos.

3.5 En plenaria pida a los grupos que den sus comentarios o ideas acerca del material leído.

▶ **Técnica:** ¡Qué¿para Mí? y Qué¿para los Demás!

Preparación previa:

■ Elabore cuatro tarjetas, colocando en cada una de ellas, una de las siguientes frases:

SI para Mí	NO para los DEMÁS
SI para Mí	SI para los DEMÁS
NO para Mí	NO para los DEMÁS
NO para Mí	SÍ para los DEMÁS

■ Coloque las tarjetas en diferentes lugares del local.

3.6 Explique a los participantes que Usted va a leer una frase y que elijan una de las tarjetas anteriores de acuerdo a lo que para ellos/as sea o no correcto y se coloquen junto a ella.

3.7 Lea la frase y de tiempo para que se coloquen en las tarjetas.

3.8 Cuando ya todos hayan identificado la afirmación, se pregunta a las personas de cada grupo ¿Por qué escogieron esa afirmación? Se hace la aclaración que no se harán críticas de los comentarios.

Las Frases son:

- *Tener relaciones sexuales con una trabajadora o trabajador sexual.*
- *Tener relaciones sexuales con alguien que no sea mi pareja.*
- *Tener relaciones sexuales con una persona 10 años menor.*
- *Tener relaciones sexuales anales.*

- *Tener relaciones sexuales orales.*
- *Casarse con una persona que tiene VIH.*
- *Abortar.*

3.9 Una vez que se hayan leído cada una de las afirmaciones, se pregunta a los participantes:

- o *¿Qué observaciones tienen del ejercicio? ¿Cómo se sintieron?*

3.10 Promueva la reflexión en base a los “Juicios de Valores”, “Actitudes” y cómo deben ser manejados por el proveedor/a de salud cuando se están desarrollando intervenciones de cambio de comportamiento para la prevención del VIH. (18)

4. Niveles o etapas en el proceso de cambio de comportamiento

► Técnica: Presentación dialogada

4.1 En forma dialogada y con apoyo de las diapositivas desarrolle el contenido.

Las teorías o los modelos del cambio de comportamiento nos dicen que la adopción de comportamientos saludables es un proceso en el cual los individuos avanzan, a través de diversas etapas, hasta que el nuevo comportamiento se convierta en parte de la vida diaria.

Los modelos recalcan que los mensajes y programas transmitidos por los medios de comunicación son más eficaces en las etapas iniciales, aunque las comunicaciones interpersonales y las redes comunitarias de apoyo social son sumamente importantes durante las etapas posteriores.

1. La **toma de conocimiento**, conciencia o comprensión sobre la nueva propuesta. Esta ocurre cuando el individuo se familiariza o se expone a la INNOVACIÓN entendiéndola y conociendo cómo opera.

- Recuerda mensajes
- Entiende el significado de los mensajes
- Recuerda acciones y conductas a realizar



2. La **aprobación**, es la etapa en la cual la persona se forma una actitud favorable (o desfavorable) hacia la INNOVACIÓN. A diferencia de la etapa anterior donde la labor era primordialmente cognitiva e intelectual, la función es aquí afectiva, valorativa, subjetiva.

- Responde favorablemente a los mensajes
- Discute los temas de los mensajes con otras personas
- Piensa que familiares, amigos y la comunidad aprueban las prácticas saludables promocionadas por la campaña
- Aprueba los mensajes de la campaña



3. La **intención** es la etapa en la cual la persona se involucra en una serie de actividades que lo llevarán a decidir y por lo tanto elegir la INNOVACIÓN o conducta en cuestión.

- Reconoce que los comportamientos promocionados por la campaña pueden satisfacer necesidades personales
- Tiene intención de practicar los comportamientos promocionados
- Tiene intención de consultar a un/a proveedor

Etapas en el proceso de cambio de conducta

La intención: Es el estado en el cual el individuo se involucra en una serie de actividades que lo llevarán a decidir y por lo tanto elegir la INNOVACIÓN o conducta en cuestión.

4. La **práctica** se refiere a la adopción de esta nueva conducta de manera permanente, es decir ya no solo el haber decidido o tener la intención sino el actuar sobre tal determinación.

- Implementa comportamientos promocionados por la campaña
- La implementación de los comportamientos es sistemática y persistente
- Acude a un/a proveedor/a de información y servicios

Etapas en el proceso de cambio de conducta

La práctica se refiere a la adopción real de esta nueva conducta de manera permanente, es decir ya no solo el haber decidido o tener la intención sino el actuar sobre tal determinación.

5. La **abogacía** es la etapa cuando la persona busca la reafirmación y consolidación de la adopción recientemente realizada pudiéndolo convertir en un divulgador/promotor (usuario/a satisfecho/a) de dicha práctica en su entorno.

- Experimenta y reconoce beneficios personales de los nuevos comportamientos
- Promueve la práctica en otros
- Apoya programas relacionados con los mensajes, en la comunidad (2)

Etapas en el proceso de cambio de conducta

Abogacía: La persona busca la reafirmación/reforzamiento y consolidación de la adopción recientemente realizada pudiéndolo convertir en un divulgador/promotor (usuario/a satisfecho/a) de dicha práctica en su entorno.

Etapas en el proceso de cambio de conducta

1. CONOCIMIENTO
Reconoce el mensaje específico
Comprende el significado del mensaje
Menciona productos, prácticas, servicios

2. APROBACION
Responde favorablemente a los mensajes
Hable sobre el mensaje con miembros de su red
Menciona familia, amigos, y comunidad acerca de la conducta
Aprueba personalmente la conducta

3. INTENCION
Reconoce que la práctica responde a una necesidad personal
Intenta consultar con un proveedor
Intenta adoptar la práctica en cuestión

Etapas en el proceso de cambio de conducta

4. PRACTICA
Acude a proveedor para solicitar información, insumos o servicios
Elije una práctica y la adopta de manera permanente
Continúa practicando

5. ABOGACIA
Reconoce y experimenta por sí mismo/a los beneficios de la adopción
Aboga/promueve entre otros la conducta adquirida
Apoya programas que promuevan la conducta adquirida en la comunidad

5. Diferencia entre riesgo y vulnerabilidad

► Técnica: Entrevistado - Entrevistador

- 5.1 En cada hoja de papel rotafolio escriba las palabras: RIESGO, VULNERABILIDAD
- 5.2 Divida a los participantes en dos grupos: Grupo 1: Entrevistadores, Grupo 2: Entrevistados.
- 5.3 Explique que la mitad de los Entrevistadores realizarán a los Entrevistados la siguiente pregunta:
¿Qué significa riesgo? Y la otra mitad ¿Qué significa vulnerabilidad?
- 5.4 Cuando se hayan hecho las entrevistas, en plenaria pida a los entrevistados que lean las respuestas que obtuvieron y anótelas en una hoja de papel rotafolio. Identifique elementos comunes y diferencias entre ambos conceptos. Promueva la discusión y análisis.
- 5.5 Retome las aportaciones y puntos clave del ejercicio y refuerce los conceptos con apoyo de las diapositivas.
- 5.6 Al final resuma y enfatice puntos clave.

Hay dos conceptos esenciales para comprender el rol de las iniciativas de comunicación: riesgo y vulnerabilidad.

El **concepto de riesgo** está relacionado con comportamientos que conducen a la transmisión del VIH, como el sexo sin protección o el uso de instrumentos cortopunzantes o inyectables. Las poblaciones en mayor riesgo incluyen hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores y trabajadoras sexuales, sus clientes y los usuarios de drogas inyectadas. (13)

Riesgo

- Está relacionado con comportamientos que conducen a la transmisión del VIH:
 - sexo sin protección o
 - el uso de instrumentos cortopunzantes o inyectables.
- Las poblaciones en mayor riesgo incluyen:
 - hombres que tienen relaciones sexuales con hombres,
 - trabajadores y trabajadoras sexuales, sus clientes y
 - los usuarios de drogas inyectadas.

Diferencia: Riesgo y Vulnerabilidad

- **Riesgo:** posibilidad de verse expuesto a una infección
- **Vulnerabilidad:** capacidad de evitar la infección en caso de situación de riesgo

**Poblaciones en mayor riesgo
HSH, TS y UDI**

- Mayores probabilidades de exposición y probabilidades de infección si ocurre la exposición
- Prevalencia de infección por VIH varias veces más alta
- Factores sociales y ambientales incrementan la vulnerabilidad (rechazo, estigma y discriminación, ITS, características mucosas)
- Población trans: marginada, olvidada, alto impacto

El **concepto de vulnerabilidad** se relaciona a factores, ambientales o socioculturales que hacen que las personas tengan control limitado o ningún control a exponerse a situaciones peligrosas. Las poblaciones vulnerables al VIH incluyen aquellas sin acceso a información, aptitudes o poder para negociar los términos de sus encuentros sexuales, como muchas veces pasa con los jóvenes y las mujeres. Aunque estas personas no siempre están expuestas a situaciones de riesgo, tienen menos posibilidades de evitar aquellas donde

Vulnerabilidad

- Se relaciona a factores, ambientales o socioculturales que hacen que las personas tengan control limitado o ningún control a exponerse a situaciones peligrosas.
 - Las poblaciones vulnerables al VIH incluyen aquellas sin acceso a información, aptitudes o poder para negociar los términos de sus encuentros sexuales, como muchas veces pasa con los jóvenes y las mujeres.
 - Aunque estas personas no siempre están expuestas a situaciones de riesgo, tienen menos posibilidades de evitar aquellas donde existe exposición al virus.

existe exposición al virus. (13)

Abordar la igualdad de género es posiblemente la estrategia más eficaz para reducir vulnerabilidad al VIH (UNAIDS 2005). Cuando los hombres y niños logren compartir responsabilidades de manera equitativa con sus contrapartes femeninas en el hogar, en la comunidad, en el lugar de trabajo, en la escuela y en la política, la epidemia no se diseminará tan rápidamente y no causará tanta devastación.

Una campaña de comunicación para mujeres casadas que promueva el uso de condones puede reducir su riesgo. Pero una campaña de comunicación para mujeres casadas que las modele en roles pasivos y subordinados puede crear un entorno de vulnerabilidad que, eventualmente, generará un resultado diametralmente opuesto al deseado.

Es importante que en el caso de epidemias de VIH concentradas —como ocurre en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe —las estrategias de comunicación identifiquen a los diferentes grupos poblacionales, e indiquen a cada uno de ellos sus objetivos para la reducción de riesgos (mayor énfasis en los grupos de más alto riesgo) y aquellos para reducir la vulnerabilidad (mayor énfasis en los grupos más vulnerables, como los jóvenes y las mujeres). (13)



Sesión 5: Teorías y modelos que fundamentan las estrategias para el cambio de comportamiento

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Describir los conceptos básicos de teorías de comportamientos y salud que son aplicadas en el diseño e implementación de las estrategias de comunicación para cambio de comportamiento.
2. Identificar las influencias que las normas subjetivas- la percepción de lo que piensan los demás- tiene en las intenciones de cambio de comportamiento, según la teoría de acción razonada.



Temas:

1. Generalidades sobre teorías y modelos de cambio de comportamiento
2. Teoría de Creencias en Salud
3. Teoría de Etapas o Estados del Cambio. Modelo Transteórico
4. Teoría de la Acción Razonada. Teoría de Conducta / Acción Planificada
5. Teoría del Aprendizaje Social o Cognitiva
6. Modelo de Probabilidad de Elaboración
7. Modelo Socio Ecológico
8. Teoría de Difusión de Innovaciones

Técnicas:

- Presentación dialogada
- ¿En qué etapa estoy?
- Lectura dirigida en plenaria
- Normas en la Ciudad

Materiales requeridos:

- Hojas de papel rotafolio
- Tarjetas de colores
- Masking tape
- Marcadores permanentes de acuerdo al número de participantes
- Data Show

Material de Apoyo:

- Guía de Orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento para la prevención del VIH en poblaciones en mayor riesgo
- Hoja de trabajo: Resumen de las teorías de cambio de comportamiento

Tiempo estimado: 60 minutos

1. Generalidades sobre teorías y modelos de cambio de comportamiento

► Técnica: Presentación dialogada

1.1 Inicie el tema preguntando a los participantes qué teorías o modelos conocen o han utilizado en las intervenciones de promoción y prevención de las ITS y el VIH.

1.2 Explique con apoyo de la diapositiva que para el trabajo de promoción de la salud, es fundamental la comprensión de los comportamientos y de las teorías que los explican y que proponen maneras de cambiarlos.



Desde una perspectiva ecológica, es decir, integral, los comportamientos tienen dos características fundamentales: son influenciados en múltiples niveles (por factores intrapersonales o individuales, interpersonales, institucionales u organizativos, comunitarios y de políticas públicas), y son de causalidad recíproca con su entorno.

La comunicación para el cambio de comportamiento tiene sus raíces en modelos y teorías que han evolucionado durante las últimas décadas, siendo fundamentales para explicar los comportamientos y que proponen maneras de cambiarlos.



1.3 Explique que a continuación se van a conocer las principales Teorías de cambio de comportamiento que han servido de base para la comprensión y diseño de programas o estrategias de promoción en salud.

Teoría del cambio Individual (Intrapersonal)

2. Teoría de Creencias en Salud (Hochbaum, Rosenstock, Leventhal y Kegeles)

► Técnica: Presentación dialogada, Lectura dirigida en plenaria

2.1 Con apoyo de las diapositivas desarrolle el contenido.

La teoría de creencias en salud es un marco de referencia que explica y predice conductas de salud al enfocarse en la medida en que los individuos se perciben a sí mismos como a riesgo de desarrollar o contraer una condición o enfermedad en particular.



De acuerdo con este modelo, la conducta está guiada por la percepción que el individuo tiene de su susceptibilidad para contraer una condición médica, la percepción de severidad de la condición médica, la percepción de beneficios derivados de participar en actividades de reducción de riesgo, y la percepción de barreras que impiden practicar conductas de reducción de riesgo.

Según este modelo dos factores influyen en que una persona adopte una acción recomendada preventiva en salud:

- Debe sentirse amenazado por la enfermedad
- Debe creer que los beneficios de tomar las acciones preventivas son mayores que las barreras percibidas a la acción preventiva.

Las personas estarán motivadas a cambiar sus conductas si creen que los beneficios de hacer eso superan las consecuencias de no cambiar sus conductas.

El Modelo de Creencias de Salud se usa en Consejería en VIH basada en riesgo para aumentar la percepción que tiene la persona de su riesgo personal para infectar con el VIH y para promover conductas de reducción de riesgo a través del desarrollo de un plan realista de reducción de riesgo, seguido por pasos graduales para alcanzarlo. (15)



TEORÍA DE CREENCIAS EN SALUD		
Creencia	Definición	Percepción
Susceptibilidad percibida	¿Quién cree que uno se va a infectar de contraer una infección?	Definición: percepción de un riesgo, medida de riesgo; Percepción de riesgo como la base de las conductas de riesgo y comportamiento de una persona. Depende de la susceptibilidad percibida, el nivel de amenaza, etc.
Gravedad percibida	¿Quién cree que uno se va a morir o a sufrir lesiones?	Definición: medida que evalúa el nivel de gravedad de la amenaza, como: cuánto daño se espera sufrir que se espera.
Beneficios percibidos	¿Quién cree que uno se va a beneficiar de la reducción de comportamientos que reducen el riesgo o la gravedad de la infección?	Definición: medida que evalúa el nivel de beneficio que se espera de un comportamiento que reduce el riesgo, como: cuánto daño se espera sufrir que se espera.
Barreras percibidas	¿Quién cree que uno de los comportamientos que reducen el riesgo o la gravedad de la infección?	Definición: medida que evalúa el nivel de dificultad que se espera de un comportamiento que reduce el riesgo, como: cuánto daño se espera sufrir que se espera.
Señales para la acción	¿Quién cree que uno se va a beneficiar de la reducción de comportamientos que reducen el riesgo o la gravedad de la infección?	Definición: medida que evalúa el nivel de dificultad que se espera de un comportamiento que reduce el riesgo, como: cuánto daño se espera sufrir que se espera.



2.2 Refiera a los participantes a la Guía de Orientaciones técnicas y explique los elementos de la teoría de creencias en salud. A medida que vaya leyendo pida a los participantes que den ejemplos.

3. Teoría de etapas o estados del cambio: Modelo Transteórico

► **Técnica:** Presentación dialogada

3.1 Inicie el tema explicando que este modelo fue inicialmente utilizado para predecir el abandono del tabaquismo en fumadores. Sin embargo, en los últimos años, el modelo ha ido adquiriendo consistencia y ha sido aplicado en un amplio espectro de cambios de conducta: disminución de prácticas de riesgo para la infección por el VIH, ejercicio físico, dieta saludable, etc.



3.2 Muestre las diapositivas y desarrolle el siguiente contenido:

El modelo fue propuesto por Prochaska & DiClemente (1982), quienes, basados en su experiencia en psicoterapia, observaron que las personas pasaban por estados de cambio similares, sin importar el tipo de psicoterapia aplicada.

Dicho modelo intenta describir los cambios por los cuales una persona atraviesa, de una conducta problema a una que no lo es, considerando a la motivación como un factor importante en el cambio conductual y atribuyéndole al sujeto el rol activo y concibiéndolo como un auto-cambiador del comportamiento.

El modelo se acompaña de otros elementos, además de la motivación, que a opinión de sus autores influyen en el cambio de conducta, dichos elementos son:

- Las etapas de cambio
- El proceso de cambio
- El balance decisional
- La autoeficacia

Las etapas de cambio propuestas por el modelo transteórico: Las personas transitan por cinco etapas para modificar conductas: Pre contemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento. Las que se describen a continuación:

- **Pre contemplación:** es el estado en el cual la persona no tiene intención de cambiar, desconoce que ciertas conductas ponen en riesgo su salud, o conoce la existencia de un problema de salud pero está renuente a realizar cambios en su conducta.

La persona puede estar en este estado porque está desinformada o poco informada sobre las consecuencias de su conducta, o porque ha intentado cambiarla varias veces y está desmoralizada porque no ha sido capaz. Tanto los desinformados como los que están poco informados tienden a evitar leer, hablar o pensar en su conducta de riesgo.



- **Contemplación:** Es el estado en el cual la persona tiene intención de cambiar en los próximos seis meses. Están suficientemente advertidos de los pros del cambio pero también tienen muy en cuenta los contras. Este balance entre costos y beneficios puede producir una profunda ambivalencia que puede hacer que la persona se mantenga en este estado durante largos periodos de tiempo. A menudo, este fenómeno se caracteriza como contemplación crónica, o procrastinación.



- **Preparación/Determinación:** Es el estado en el cual la persona tiene la intención de cambiar en el futuro próximo, generalmente medido como el próximo mes. Se puede identificar cuando las personas han realizado alguna acción significativa durante el año anterior tales como: consultar a un consejero, hablar con el médico, comprar un libro de autoayuda, reducir el consumo de tabaco, etc.



- **Acción:** Es el estado en el cual la persona ya ha realizado modificaciones específicas en su estilo de vida en el curso de los seis meses pasados. Debido a que la acción es observable, el cambio de conducta ha sido, a menudo, equiparado con la acción. Sin embargo, no todas las modificaciones de conducta se pueden equiparar con la acción.



- **Mantenimiento:** La persona adopta habitualmente las conductas adquiridas. Se considera que ha llegado a mantenimiento cuando la nueva conducta permanece por más de seis meses. El sujeto debe practicarla continuamente para no retroceder a etapas anteriores. La persona se esfuerza en prevenir las recaídas. Están menos tentados y tienen mucha más autoeficacia que la persona, en el estado de acción. Se estima que este estado dura desde seis meses a cinco años.



- **Recaída:** En esta etapa la persona inicia nuevamente el ciclo, es decir, deja de emitir la conducta deseada, lo cual es atribuido por la escasa motivación y el uso de una estrategia de cambio inadecuada.



- **Terminación** es un sexto estado que se aplica en algunas conductas, especialmente las adicciones. Este es un estado en el cual los individuos no tienen tentación y sí un cien por cien de autoeficacia. No importa si están deprimidos, ansiosos, aburridos, solos, enfadados o estresados, ellos están seguros de que no volverán a su antiguo hábito. Es lo mismo que si nunca hubieran adquirido el hábito. (16)



Teoría de etapas del cambio		
Etapa	Características	Intervenciones
Pre-contemplación	No reconocimiento del problema, con un nivel de conciencia muy bajo.	Incrementar la conciencia de tener el problema, ofrecer información personalizada sobre riesgos y beneficios.
Contemplación	La persona piensa que podría beneficiarse de un cambio de conducta, pero aún no está lista para hacerlo. El sujeto muestra un grado variable de ambivalencia.	Consejo y educación de un nivel de acción. Ofrecer un menú de opciones.
Preparación / Intención	La persona toma decisiones sobre el tipo de cambio que desea hacer y se prepara para el cambio. El sujeto muestra un grado variable de preparación.	Consejo y educación de un nivel de acción. Ofrecer un menú de opciones.
Acción	La persona realiza cambios de conducta y se esfuerza por mantenerlos. El sujeto muestra un grado variable de esfuerzo.	Consejo y educación de un nivel de acción. Ofrecer un menú de opciones.
Mantenimiento	La persona muestra un grado variable de esfuerzo para mantener los cambios de conducta a largo plazo.	Consejo y educación de un nivel de acción. Ofrecer un menú de opciones.

3.3 Refiera los participantes a la Guía de Orientaciones y a través de lectura dirigida desarrolle el contenido relacionado a los tres factores que caracterizan a las personas en cada etapa del cambio.

3.4 Explique las etapas con un ejemplo. Cómo saber en qué etapa se encuentra la persona y el paso a seguir. Preguntas para identificar

► **Técnica:** ¿En qué etapa estoy? (9)

Preparación previa:

- En tarjetas grandes escriba las etapas de la teoría de etapas o estados del cambio: Modelo Transteórico.
- 3.5 Pida a los participantes que piensen en un comportamiento que han cambiado recientemente, que les gustaría cambiar o en cual se encuentran en pre-contemplación para cambiar y que estén dispuestos a compartir.
- 3.6 Pida que decidan en cual etapa se encuentran para el comportamiento escogido y que se paren al frente del letrero con la etapa correcta.
- 3.7 Pida a los participantes al frente de cada letrero, empezando con pre-contemplación, que digan porque se han parado ahí y qué les tomará para moverse a la próxima etapa. Para el grupo de mantenimiento- si hay uno- se les puede preguntar que tiene que pasar para quedarse ahí.
- 3.8 Procese el ejercicio haciendo estas preguntas:
- *¿En qué etapa se encontraban cuando pensaron por primera vez en cambiar el comportamiento?*
 - *¿Saltaron alguna etapa?*
 - *¿Permanecieron en alguna etapa más que en otra?*
- 3.9 Explique que las personas a veces no recorren una por una las etapas ni en orden y que los participantes pueden haber notado esto. No todo el mundo recorre todas las etapas; algunas personas se saltan etapas. Por ejemplo, es posible pasar de la etapa de “conocimiento” directamente a la de “práctica”. Algunos pueden avanzar algunas etapas y luego detenerse y permanecer en una durante un tiempo. En otros casos es posible avanzar pero después tener que regresar a alguna etapa anterior. Por ejemplo, una persona puede tener la intención de dejar de fumar, hacerlo y luego empezar a fumar otra vez. Por último, algunas personas pueden necesitar recordatorios para poder mantener un comportamiento. Por ejemplo, hay quienes necesitan escuchar o ver recordatorios para no olvidar lavarse las manos o usar un preservativo cada vez que mantienen relaciones sexuales. (9)
- 3.10 Refuerce que estas experiencias personales pueden contribuir a comprender cómo otras personas han logrado cambiar un comportamiento. Para ser comunicadores eficaces es importante que nos relacionemos con la experiencia de modificación del comportamiento y que conozcamos en qué etapa se encuentran nuestros destinatarios en relación con ello. (9)
- 3.11 Resuma el ejercicio, enfatizando puntos clave.

Teorías del cambio Interpersonal

4. Teoría de acción razonada (Martin Fishbein e Icek Ajzen (1975, 1980))

▶ **Técnica:** Normas en la Ciudad. (19)

- 4.1 Divida a los participantes en grupos pequeños (máximo de cinco personas por grupo). Entregar a cada grupo papel rotafolio, marcadores, y masking tape.
- 4.2 Pida a cada grupo que creen una ciudad y que desarrollen cinco normas sexuales para su ciudad. (Por ejemplo, todos son monógamos, usan condones, etc.) Pida que nombren sus ciudades.
- 4.3 Reúna a los grupos en uno solo y pida que un representante de cada grupo presente su ciudad.
- 4.4 Después que cada ciudad se haya presentado al grupo entero, pida a una persona de cada grupo que levante la mano. Luego pida a la primera persona que levanto la mano de cada grupo que se ponga de pie.
- 4.5 Diga a estas personas que se van a mudar a una nueva ciudad y pida que se muevan al grupo de la mano izquierda. Enfaticé que la nueva ciudad es donde vive su familia y sus mejores amigos y se está mudando para estar cerca de ellos. Instruir a los grupos que pretendan ser la familia y amigos. Sin embargo, las nuevas ciudades podrían tener normas sexuales muy diferentes a las normas de las ciudades de donde llegaron las personas. Instruya a cada grupo pequeño que comiencen a dialogar con el nuevo miembro concerniente a como se hacen las cosas en la nueva ciudad. La meta del grupo es influir al nuevo miembro para que adopte los nuevos comportamientos y normas.
- 4.6 Pida que se reúnan en un grupo solo grande y facilite una discusión al pedir a los participantes que se mudaron a una nueva ciudad que compartan si sí o no fueron convencidos a cambiar su comportamiento basado en lo que percibían que sus familiares y amigos (miembros de la ciudad) querían que hicieran.
- 4.7 Anote en papel rotafolio los factores influyentes como actitudes, normas sociales, presión de los compañeros, y creencias, y señalarlos al ser mencionados.
- 4.8 Enfaticé que nuestras percepciones de lo que pensamos que quieren nuestros seres queridos que hagamos tienen gran influencia sobre nuestras actitudes e intenciones a comprometernos en un nuevo comportamiento.
- 4.9 Con apoyo de las diapositivas explique la Teoría de la Acción Razonada

La **Teoría de Acción Razonada** sostiene que el cambio de una conducta específica es determinado principalmente por la fuerza de las intenciones personales a desempeñar esa conducta.

Elementos influyentes que cubre la Teoría de la Acción Razonada:

- Intención de cambiar
- Actitudes y creencias
- Normas subjetivas
- Influencias sociales

La intención de desempeñar una conducta específica es vista como una función de dos factores: **la actitud personal** hacia el desempeño de la conducta (los sentimientos positivos o negativos del sujeto, acerca del desempeño de la conducta) y/o las **normas subjetivas** del individuo acerca de la conducta (la percepción personal, que él o ella tienen de lo que piensan otras personas sobre las conductas que ellos deberían o no desempeñar).

Las *actitudes* son una función de las creencias conductuales (la creencia que desempeñar la conducta puede llevar a ciertos resultados) y sus procesos evaluativos (las evaluaciones de esos resultados).

Las *normas subjetivas* son vistas como una función de las creencias normativas (las creencias que una población y/o individuo piensan que uno debe desempeñar o no, la conducta en cuestión); y las motivaciones para obedecer, es decir, hasta qué punto un individuo quiere hacer lo que los pensamientos de referencia pretenden que él o ella hagan.

Muestre la diapositiva y refuerce los elementos de la Teoría de Acción Razonada

Teoría de la Acción Razonada

El cambio de una conducta específica es determinado principalmente por la fuerza de las **intenciones personales** a desempeñar esa conducta.

Elementos influyentes:

- Intención de cambiar
- Actitudes y creencias
- Normas subjetivas
- Influencias sociales

Teoría de la Acción Razonada

El cambio de una conducta específica es determinado principalmente por la fuerza de las **intenciones personales** a desempeñar esa conducta.

La intención de desempeñar una conducta específica es vista como una función de dos factores:

- **la actitud personal** hacia el desempeño de la conducta: los sentimientos positivos o negativos del sujeto, acerca del desempeño de la conducta y/o
- **las normas subjetivas** del individuo acerca de la conducta: la **percepción personal**, que él o ella tienen de lo que piensan otras personas sobre las conductas que ellos deberían o no desempeñar.

Teoría de la Acción Razonada

Las **actitudes** son una función de:

- las **creencias conductuales** (la creencia que desempeñar la conducta puede llevar a ciertos resultados) y
- sus **procesos evaluativos** (las evaluaciones de esos resultados).

Las **normas subjetivas** son vistas como:

- una función de las **creencias normativas** (las creencias que una población y/o individuo piensan que uno debe desempeñar o no, la conducta en cuestión); y
- las **motivaciones para obedecer**, es decir, hasta qué punto un individuo quiere hacer lo que los pensamientos de referencia pretenden que él o ella hagan.

Teoría de la Acción Razonada

El diagrama muestra un flujo de información. A la izquierda, un recuadro 'Intención Personal' tiene una flecha que apunta a un recuadro superior 'La intención de desempeñar una conducta específica es vista como una función de los factores personales y sociales'. Desde este recuadro superior, dos flechas apuntan hacia abajo a dos recuadros: 'FACTOR PERSONAL' y 'FACTOR SOCIAL'. El recuadro 'FACTOR PERSONAL' tiene una flecha que apunta a un recuadro inferior 'Intención Personal'. El recuadro 'FACTOR SOCIAL' también tiene una flecha que apunta a un recuadro inferior 'Intención Personal'.

Teoría de Conducta / Acción Planificada (Ajzen, 1991)

De acuerdo con la teoría de la Conducta Planificada, el *control percibido de la conducta* es visto como un factor que influye directamente en la intención y en la conducta.

La teoría de la acción planificada también ha sido utilizada en la prevención del VIH, y destaca la importancia de las actitudes específicas, la percepción de control y las normas sociales.

Teoría de Conducta Planificada

- El **control percibido de la conducta** es visto como un factor que influye directamente en la intención y en la conducta.
- Destaca la importancia de las:
 - actitudes específicas,
 - la percepción de control y
 - las normas sociales.

Para incrementar el uso del condón no es indicado apelar simplemente a actitudes generales con respecto al VIH, sino que es importante trabajar sobre las actitudes específicas que inciden en la decisión de utilizar el condón, como por ejemplo, las connotaciones negativas del condón asociadas a la vergüenza de introducir el tema. (13)

También es necesario incidir en la percepción de control que las personas tienen sobre su capacidad de llevar a cabo una conducta, ya que en muchas ocasiones puede que la persona no tenga las destrezas necesarias o la posibilidad de desarrollarla. Si una mujer tiene la intención de utilizar el condón pero no sabe cómo introducir el tema con su pareja o no se siente con el poder suficiente para negociarlo, es poco probable que lo intente.

Teoría de Conducta Planificada

Para incrementar el uso del condón:
Es necesario:

- **trabajar sobre las actitudes específicas** que inciden en la decisión de utilizar el condón, como por ejemplo, las connotaciones negativas del condón asociadas a la vergüenza de introducir el tema
- **incidir en la percepción de control** que las personas tienen sobre su capacidad de llevar a cabo una conducta, ya que en muchas ocasiones puede que la persona no tenga las destrezas necesarias o la posibilidad de desarrollarla.

USAID AIDSTAR Plus

Teoría de Conducta Planificada

- Si una mujer tiene la intención de utilizar el condón
 - pero no sabe cómo introducir el tema con su pareja o no se siente con el poder suficiente para negociarlo,
 - es poco probable que lo intente.

En este sentido es importante que las campañas de prevención proporcionen herramientas que den a las personas las habilidades necesarias para llevar a cabo la conducta deseada, por ejemplo, que modelen estrategias de negociación del condón o creen un contexto social en el que la conducta sea posible, por ejemplo, a través del empoderamiento de la mujer y la transformación de los roles de género.

Por último, es necesario tener en cuenta que cambios de comportamiento, como el uso del condón, serán practicados cuando esas conductas sean percibidas como normas sociales.

Teoría de Conducta Planificada

Las campañas de prevención deben proporcionar herramientas que den a las personas las habilidades necesarias para llevar a cabo la conducta deseada

- que modelen estrategias de negociación del condón o creen un contexto social en el que la conducta sea posible,
- Ejemplo, a través del empoderamiento de la mujer y la transformación de los roles de género.

Cialdini (2003) ha estudiado la relevancia de las normas sociales y cómo ellas pueden ser referentes importantes para generar comportamientos socialmente deseados si se activan de forma adecuada en los procesos de comunicación. El autor propone una distinción entre las **normas descriptivas** y las **normas impuestas**. Las **normas descriptivas** se refieren a lo que la gente hace normalmente en un contexto determinado; las **normas impuestas** se refieren a la aprobación o desaprobación, por parte de otros individuos, de un comportamiento determinado (Reno, Cialdini & Kallgren, 1993).

Teoría de Conducta Planificada

Las **normas sociales** pueden ser referentes importantes para generar comportamientos socialmente deseados si se activan de forma adecuada en los procesos de comunicación:

- **Normas descriptivas:** se refieren a lo que la gente hace normalmente en un contexto determinado.
- **Normas impuestas:** se refieren a la aprobación o desaprobación, por parte de otros individuos, de un comportamiento determinado.

Las personas tienden a llevar a cabo comportamientos comunes y valorados socialmente, mientras que tienden a evitar conductas percibidas como no- normativas por miedo a las sanciones sociales y porque son evaluadas de forma negativa, como tirar basura a la calle. (13)

Teoría de Conducta Planificada

Las personas:

- **tienden a llevar** a cabo comportamientos comunes y valorados socialmente,
- **tienden a evitar** conductas percibidas como no- normativas por miedo a las sanciones sociales y porque son evaluadas de forma negativa, como tirar basura a la calle.

De esta distinción conceptual se deriva la importancia de que las campañas de prevención muestren que el comportamiento deseado (ej. utilizar condón, hacerse la prueba) es normativo, es decir, es algo que mucha gente hace y es lo que la gente valora de manera positiva, mientras que la conducta no deseada (ej. No utilizar condón) es valorada negativamente y sancionada por la mayoría de las personas (Cialdini, 2003).



5. Teoría del aprendizaje social o cognitiva (Albert Bandura)

► Técnica: Presentación dialogada

5.1 Con apoyo de las diapositivas desarrolle el contenido. Conforme vaya explicando, pida a los participantes que den ejemplos y Usted también.

La teoría del aprendizaje social propone que la conducta es adquirida y mantenida a través de una relación recíproca entre actores personales (tales como cogniciones y emociones), el ambiente y aspectos de la conducta misma.

Los principios clave de esta teoría son:

- (4) que las personas son más propensas a cambiar su comportamiento cuando prevén resultados positivos a consecuencia del cambio,
- (5) que el cambio en el comportamiento puede ocurrir a través de aprendizaje vicario (esto es, observando el comportamiento de otras personas), y
- (6) que para cambiar el comportamiento, las personas tienen que creer en su habilidad para lograrlos (esto es, auto-eficacia).



Los elementos de la teoría social son:

- 7) Determinismo recíproco: Los cambios de comportamiento son resultado de interacciones entre las personas y su entorno. El cambio es bidireccional.
- 8) Capacidad de comportamiento: Una persona necesita saber qué hacer y cómo hacerlo.
- 9) Expectativas: Creencias sobre los posibles resultados de la acción.
- 10) Autoeficacia: Confianza en la capacidad de realizar una acción y persistir en la misma.
- 11) Aprendizaje por observación: Se determina “modelo” Las personas aprenden por medio de la experiencia de otros.
- 12) Refuerzo: Respuestas al comportamiento de una persona, que aumentan o disminuyen las posibilidades de que algo vuelva a ocurrir.



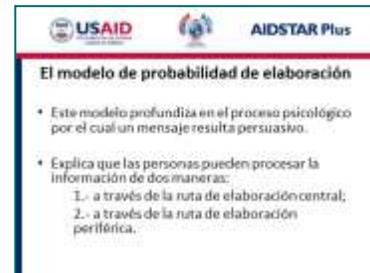
Partiendo de la Teoría Social Cognitiva, en la Consejería en VIH basada en riesgo, las y los consejeros ayudan a las personas a desarrollar las destrezas y la confianza en sí mismas para implementar una estrategia de reducción de riesgo. Este proceso pudiera incluir una demostración de cómo usar condones correctamente, o practicar una conversación sobre negociación de relaciones sexuales con más protección. Además, esta teoría puede ser usada para ayudar a la persona a explorar las creencias de sus amigos y familiares y determinar quiénes en sus vidas pudieran apoyar su plan. (15)

6. Modelo de probabilidad de elaboración (Petty & Cacioppo 1981,1986)

► Técnica: Presentación dialogada

6.1 Presente las diapositivas y en forma dialogada explique el contenido:

Este modelo profundiza en el proceso psicológico por el cual un mensaje resulta persuasivo. Este modelo explica que las personas pueden procesar la información de dos maneras: 1.- a través de la ruta de elaboración central; 2.- a través de la ruta de elaboración periférica.

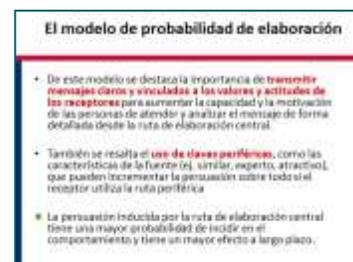


La ruta de elaboración central indica que las personas se centran en el análisis detallado de los argumentos que se proporcionan en un mensaje y, por lo tanto, son capaces de discriminar los argumentos de mayor calidad. Por ejemplo, el argumento de que el condón es una forma efectiva de prevenir el VIH es un ejemplo de ruta de elaboración central.

La estrategia de la ruta de elaboración periférica, por el contrario, no implica un análisis detenido del contenido del mensaje, sino que las actitudes se ven afectadas por características externas asociadas a éste, como el atractivo de la fuente. Por ejemplo, si en una cuña aparece un chico muy guapo o alguien famoso proponiendo el uso del condón, el mensaje puede resultar más persuasivo, aunque no se analicen detalladamente sus argumentos.



De este modelo se destaca la importancia de transmitir mensajes claros y vinculados a los valores y actitudes de los receptores para aumentar la capacidad y la motivación de las personas de atender y analizar el mensaje de forma detallada desde la ruta de elaboración central.



También se resalta el uso de claves periféricas, como las características de la fuente (ej. similar, experto, atractivo), que pueden incrementar la persuasión sobre todo si el receptor utiliza la ruta periférica, aunque la persuasión inducida por la ruta de elaboración central tiene una mayor probabilidad de incidir en el comportamiento y tiene un mayor efecto a largo plazo (Petty et al., 1993). (13)

7. Modelo socio ecológico

► Técnica: Presentación dialogada

7.1 Explique el contenido con apoyo de las diapositivas.

El modelo socio ecológico se utiliza para el análisis, que examina varios niveles de influencia para encontrar los “**detonantes**” efectivos para el cambio. Este modelo tiene dos partes (4):

- Los niveles de análisis se representan por medio de los anillos. Los anillos incorporan los dominios de influencia, así como las personas que los representan en cada nivel.
- Los **factores comunes** en el triángulo influyen a todos los actores en los anillos.



Las estrategias de comunicación para cambio social y del comportamiento (CCSyC) aplican este modelo, el cual permite examinar diferentes niveles de influencia:

- El “uno mismo” más afectado por el tema.
- Los influenciadores inmediatos tales como la familia, sus iguales y la comunidad.
- El acceso a y calidad de los servicios, productos y proveedores.
- Las barreras o soportes creados por un ambiente permisivo tales como políticas, legislación y religión.



El modelo socio ecológico proporciona un marco para analizar las barreras y para facilitar los factores en diferentes niveles. Este marco de múltiples niveles da como resultado una programación más integral y contextual al analizar los factores internos (como lo es la autoeficacia), los factores externos (como la influencia de la familia y los colegas y el acceso a los productos y los servicios) y los factores indirectos (como lo es la ausencia de políticas nacionales que den respaldo) y cómo se ven influenciados por los factores comunes como su información, motivación, habilidad de actuación basada en sus actitudes y creencias y en las normas sociales y de género (4).

8. Teoría de la Difusión de innovaciones

► Técnica: Presentación dialogada

8.1 Inicie el tema preguntando si hay alguien que conozca la teoría de difusión de innovaciones.

8.2 Retome las aportaciones y en forma dialogada con apoyo de las diapositivas desarrolle el siguiente contenido.

La teoría de difusión de innovaciones examina cómo las ideas, productos y conductas novedosas terminan por convertirse en la norma. Esta teoría se puede describir como una “mezcla de todo lo antes expuesto” porque trata sobre el cambio a todos los niveles (individual, interpersonal, comunitario e institucional) e integra las teorías sobre el



comportamiento, especialmente la teoría de redes sociales. Se concentra en un cambio de conducta amplio.

Las intervenciones en salud han logrado infinidad de cambios de conducta a pequeña escala, pero ¿cómo puede hacerse a gran escala? Por ejemplo, ¿cómo se logró que las vacunas y los programas masivos de vacunación infantil, que en su momento constituyeron una innovación, se convirtieran en cuestión de rutina?



La teoría de difusión de innovaciones describe cómo dichas innovaciones se diseminan de forma natural mediante redes sociales y analiza cómo el uso de redes de difusión ayuda a planificar cambios de conducta a gran escala.

Los elementos principales que determinan si la innovación va a ser exitosa son:

- la naturaleza de la misma,
- el tipo de medios de comunicación disponibles,
- el tiempo que se toma para su adopción,
- las características del sistema social en que se disemina.



- 5) La naturaleza de la misma: la innovación tiene que considerarse como algo que ofrece ventajas relativas respecto a lo que se reemplaza, y tiene que ser consistente con los valores y el contexto de vida de quienes van a adoptarla. El grado de complejidad es importante. Si la innovación es compleja (por ejemplo, un esquema de medicamentos difícil de recordar) se reducirán las posibilidades de incorporarla.



Las personas en general se muestran agradecidas de haber sido las primeras en probar la innovación propuesta, en forma puntual, antes de comprometerse a adoptarla. Si dicha prueba es posible y da buenos resultados, habrá muchas mayores posibilidades de incorporar la innovación. Una vez adoptada, es probable que se adopte a largo plazo y que aliente a otros a hacer lo mismo, si las personas o grupos pueden observar beneficios tangibles en el cambio.

- 6) Los canales de comunicación (los medios mediante los que se transmite el mensaje de una persona a otra) también son importantes. Los medios de comunicación masiva son efectivos para diseminar información sobre innovaciones a muchas personas en forma simultánea, sin embargo, las personas en la misma situación o edad tienen mucha influencia, a nivel personal, sobre la decisión de adoptar la innovación, por lo que es más



efectivo utilizar redes sociales para reforzar los mensajes de los medios de comunicación, que solamente basarse en la comunicación masiva.

Asimismo, cuando hay líderes de opinión que presentan o repiten la información proporcionada por los medios de comunicación masiva, existen mayores probabilidades de que las personas y los grupos se decidan a actuar. La combinación de recomendaciones de líderes populares, con la aprobación de grupos de pares y mensajes a través de los medios de comunicación (especialmente si se refuerzan con grupos de escucha, oportunidades para hacer llamadas telefónicas y encuentros cara a cara), proporciona un gran impulso para adoptar una innovación.



- 7) La difusión lleva tiempo. El proceso de atravesar por las diferentes etapas del cambio (desde la toma de conciencia inicial, a la intención de cambiar, y hacerlo de forma sostenida) puede ser gradual, tanto para las personas como para las organizaciones.



- 8) El sistema social, que se refiere al contexto o circunscripción en que se disemina. Un contexto social amplio, como una ciudad, incluye muchas subunidades, como los sistemas y las instituciones de salud, grupos religiosos y políticos, clubes sociales, sindicatos y personas en asociaciones informales. La estructura y las costumbres o reglas de cada unidad afectarán la difusión de la innovación dentro de la misma, y a nivel colectivo determinarán si terminará adquiriendo una masa crítica de personas dentro de la totalidad del sistema social.



Al promover conductas saludables hay que conocer en lo posible los sistemas donde se piensa introducir la innovación en salud. La investigación cualitativa (entrevistas a profundidad, grupos de opinión y mapas de redes sociales) ayuda a identificar los líderes de opinión que pueden contribuir a difundir las innovaciones deseadas. (6)

- 8.3 Entregue a los participantes la Hoja Resumen de las teorías de comportamiento y enfatice puntos clave.



Sesión 6: Metodologías para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de cambio de comportamiento

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Describir los modelos más utilizados para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento
2. Describir los elementos básicos que debe comprender una estrategia de comunicación para cambio de comportamiento.

Temas:

1. Proceso P
2. Pasos de la comunicación estratégica
3. Un Proceso Paso a Paso
4. Proceso C
5. La rueda de la comunicación

Técnicas: Presentación dialogada, Video de estrategias

Materiales requeridos:

- Hojas de papel rotafolio
- Data Show

Tiempo estimado: 50 minutos

1. Proceso P. *Pasos en comunicación estratégica* (Propuesto por la Escuela de Salud Pública y el Centro de Comunicación de la Universidad de John Hopkins).

► Técnica: Presentación dialogada

1.1 Inicie el tema explicando que existen diferentes propuestas para el diseño de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento, uno de ellos es el Proceso P.



El Proceso P es un marco metodológico diseñado para guiar a los profesionales de la comunicación en el desarrollo de programas de comunicación estratégica. Este proceso lleva a los profesionales de la comunicación “paso a paso” desde un concepto inicial sobre la naturaleza del cambio social o de comportamiento a lograr, hasta un diseño sistemático y medible de un programa de comunicación estratégico y participativo. (20)

El proceso P, plantea cinco pasos, los que se describen a continuación (5):

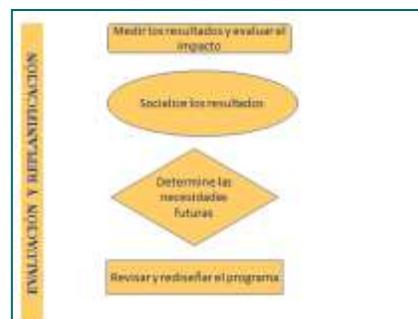
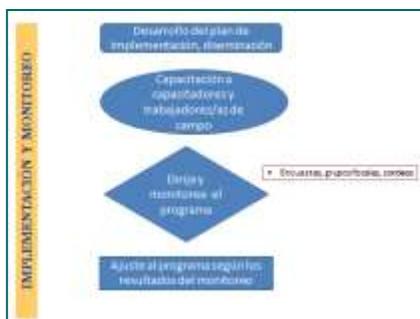
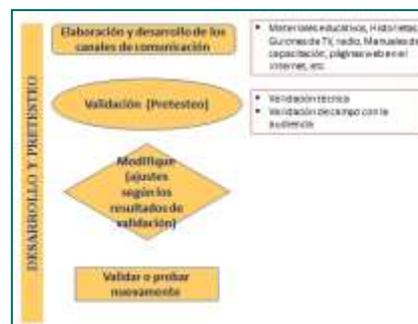
1er Paso: Análisis

2do Paso: Diseño estratégico

3er Paso: Desarrollo y pre-testeo

4to Paso: Implementación y monitoreo

5to Paso: Evaluación y re-planificación



Utilizando este modelo, en nuestro país se han desarrollado las siguientes estrategias de comunicación:

- Prevención del VIH en adolescentes y personas adultas de población garífuna
- Prevención del VIH en adolescentes del área urbana
- Prevención del VIH con mujeres trabajadoras sexuales
- Prevención del VIH con hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Prevención del VIH con personas que viven con VIH
- Salud Materna e Infantil y planificación familiar
- Dengue
- Tuberculosis

1.2 Presente ejemplos de las estrategias de comunicación que han aplicado el método de Proceso P. Estrategia de Comunicación para la prevención del VIH en población garífuna.

2. Proceso Paso a Paso

2.1 Explique que hay una base de evidencia que verifica que programas de cambio de comportamiento con poblaciones en mayor riesgo son efectivos.

Este método es un proceso que va paso – a – paso para desarrollar y diseñar un programa de cambio de comportamiento para poblaciones de mayor riesgo para el VIH. (21)

Los pasos son:

- 4) Análisis
- 5) Preparación
- 6) Implementación, monitoreo y evaluación



2.2 Entregue a los participantes el material que contiene mayor información sobre este proceso.

3. El proceso C (Metodología global de comunicación práctica y gradual propuesto por Family Health Internacional (FHI))

3.1 Explique que también existe el proceso C, que es un planteamiento estratégico global de comunicación que usa una metodología práctica y gradual para la planificación de estrategias de comunicación que promueve y buscar el cambio social y del comportamiento (CCSyC) a través de cinco pasos (8):

- 1er Paso: Entendimiento de la situación
- 2do Paso: Focalizando y desarrollando la estrategia
- 3er Paso: Creando intervenciones y desarrollando material
- 4to Paso: Implementando y monitoreando
- 5to Paso: Evaluando y replanteando



4. La rueda de la comunicación

4.1 Explique que la rueda de la comunicación en salud, desarrollado a principios de los ochenta por Henry L. Thompson, es el modelo que utiliza el Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Es una metodología que integra la evaluación formativa y sumativa y se desarrolla en diez fases.



4.2 Pida a los participantes que digan los elementos o aspectos comunes a las metodologías y anótelos en una hoja de papel rotafolio.

4.3 Retomando las aportaciones, resume y enfatice puntos clave.

Sesión 7: Orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de ITS y VIH en poblaciones clave en Honduras

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Describir los aspectos que comprende las orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de ITS y VIH en poblaciones clave en Honduras.
2. Reflexionar sobre las características de las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad.



Temas:

1. Marco jurídico y normativo
 - Requisitos de promoción de las Normas Técnicas de Salud de ITS y VIH
2. Finalidad, Objetivos, Ámbito de aplicación
3. Poblaciones priorizadas
4. Orientaciones técnicas generales
5. Orientaciones específicas
 - Análisis de situación
 - Diseño estratégico
 - Desarrollo de la estrategia de comunicación y prueba de herramientas de comunicación
 - Implementación y monitoreo
 - Evaluación y re-planteamiento
6. Niveles o tipos de intervención

Técnicas:

- Presentación dialogada
- Lectura dirigida en plenaria
- “Analizando los contextos de riesgo y vulnerabilidad”
- “Los Números”
- Los roles del poder

Materiales requeridos:

- Papel rotafolio
- Masking tape
- Data Show
- Rótulos circulares de color azul, rojo y verde
- Vasitos pequeños de cartón (suficientes para todos los participantes)

- 1 bolsa grande de M&M o de cualquier otro dulce delicioso que sea pequeño

Material de Apoyo:

- Normas técnicas de Salud de ITS y VIH
- Guía de Orientaciones técnicas de estrategias de comunicación para cambio de comportamiento
- Hoja de Trabajo “Analizando los contextos de riesgo y vulnerabilidad”

Tiempo estimado: 135 minutos

1. Marco jurídico y normativo

▶ **Técnica:** Presentación dialogada

1.1 Explique que los siguientes documentos representan el marco jurídico y normativo vigente en los que se basan las presentes orientaciones técnicas para el diseño, implementación y evaluación de estrategias para cambio de comportamiento:

- Ley Especial sobre VIH/SIDA de la República de Honduras, C.A. Decreto No. 147-99.
- Modelo Nacional de Salud.
- Plan Nacional de Salud.
- Conjunto Garantizado de Prestaciones en Salud.
- Plan Estratégico Nacional en Respuesta al VIH y Sida (Pensida).
- Estrategia de Abordaje Integral a las ITS/VIH/Sida en el Marco de la Reforma del Sector Salud de Honduras.
- NTHSS 4: 2014: Norma Técnica Hondureña del Sector Salud Atención integral a la población, promoción, prevención y atención de la infección por el Virus de Inmuno-deficiencia Humana (VIH). Requisitos para la armonización,
- NTHSS 03: 2014 Norma Técnica Hondureña del Sector Salud. Atención integral a la población en el abordaje de las infecciones de transmisión sexual. Requisitos.
- Paquete específico de prestaciones y servicios de ITS y VIH para poblaciones clave en mayor riesgo de infección.



1.2 Refiera a los participantes a las Normas Técnicas de ITS y VIH y a través de lectura dirigida explique los requisitos de promoción y prevención.

2. Finalidad, Objetivos, Ámbito de aplicación

► **Técnica:** Lectura dirigida y exposición dialogada

2.1 Refiera a los participantes a la guía de Orientaciones técnicas y a la vez presente las diapositivas, desarrolle de esta forma el contenido sobre la finalidad, objetivos y ámbitos de aplicación.



Finalidad: Contribuir a la prevención de nuevos casos de infecciones por el VIH en las poblaciones clave en mayor riesgo de infección, mediante el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento, coherente con las determinantes que impulsan la epidemia del VIH y la normativa nacional.

Objetivos:

General: Brindar a los proveedores públicos y no públicos del sector salud las orientaciones técnicas necesarias en el diseño, implementación y evaluación de estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención de las ITS y el VIH, en la población clave en mayor riesgo de infección de acuerdo a la normativa nacional vigente.



Específicos:

- 1) Describir las etapas y pasos a considerar en el diseño (incluyendo la selección de la teoría de cambio de comportamiento a utilizar), implementación y evaluación estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento para la prevención del VIH.
- 2) Analizar las determinantes de la salud y comportamientos saludables deseados para la prevención de las ITS y el VIH en las poblaciones clave en mayor de Honduras.
- 3) Definir los mensajes clave según perfil epidemiológico para promover la adopción de conductas saludables que contribuyan a la prevención de nuevos casos de ITS y VIH.



Ámbito de aplicación: Todos los proveedores de servicios de salud públicos y no públicos que integran el Sector Salud y que operan en el territorio nacional y desarrollan acciones de comunicación para el cambio de comportamiento en la prevención de las ITS y el VIH deben aplicar las siguientes disposiciones y orientaciones técnicas.



3. Poblaciones priorizadas:

► **Técnica:** “Analizando los contextos de riesgo y vulnerabilidad”

- 3.1 Explique a los y las participantes los objetivos de la actividad. Analizar los diferentes contextos de vulnerabilidad que enfrentan algunas poblaciones que aumentan el riesgo de infección por VIH.
- 3.2 Divida a los participantes en 6 grupos, cada uno de ellos discutirán cuales son las poblaciones en mayor riesgo y vulnerabilidad.
- 3.3 Oriente a los participantes para que nombren un moderador/a y un relator/a para la presentación del trabajo
- 3.4 Entregue la Hoja de Trabajo Riesgo y Vulnerabilidad para analizar los contextos de riesgo y vulnerabilidad de las poblaciones. Deles 15 minutos.
- 3.5 Cuando hayan finalizado el análisis, asignar a cada grupo la presentación de una de las preguntas desarrolladas.
- 3.6 En plenaria pida a cada grupo que presente la respuesta a la pregunta que se le asignó. Anote palabras o frases clave en una hoja de papel rotafolio.
- 3.7 Retome las anotaciones y retroalimente en base a la siguiente contenido.

De acuerdo al perfil epidemiológico (epidemia concentrada), las determinantes sociales, económicas, y culturales en Honduras, las estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento en la prevención de ITS y VIH abordarán las siguientes poblaciones clave en mayor riesgo y vulnerabilidad a la infección:

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Población transgénera
- Trabajadoras y trabajadores sexuales
- Privados de libertad; hombres y mujeres
- Población garífuna; hombres y mujeres
- Personas con VIH



Entre los contextos de vulnerabilidad a las mujeres trabajadoras sexuales están: las constantes violaciones a sus derechos humanos que anulan la capacidad de negociar el condón con el cliente, trabajar en contextos desfavorables, como ser ambientes de pobreza en la cual se dificulta la negociación del condón con el cliente.

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres son más vulnerables a la infección por VIH, por la discriminación, la violación a sus derechos humanos.

Las mujeres son más vulnerables a la infección por VIH que los hombres porque existen muchos factores, por ejemplo el machismo, el escaso empoderamiento de la mujer, la desigualdad de género y los factores biológicos y económicos son entre otros uno de los factores que exponen a las mujeres a la infección por VIH. Las mujeres padecen más infecciones asintomáticas de transmisión sexual (clamidia, gonorrea) que el hombre. Con frecuencia, estas infecciones no son diagnosticadas, lo cual aumenta el riesgo de infectarse por VIH.

Los principales factores sociales y culturales que aumentan la vulnerabilidad de estas poblaciones son: La existencia de una cultura por el no respeto a los derechos humanos, las constantes violaciones a sus derechos como personas con dignidad humana, por la discriminación a las que son sujetos y el poco acceso a servicios

Entre las acciones que podemos desarrollar en los establecimientos de salud para disminuir el contexto de vulnerabilidad de estas poblaciones: Desarrollar acciones focalizadas a estas poblaciones, respetando sus características, acciones basadas en una visión desde la salud pública libre de prejuicios. Teniendo como eje trazadores los derechos humanos.

La vulnerabilidad puede reducirse ofreciendo a la población escolarización, apoyando entornos familiares protectores y ampliando el acceso a los servicios de salud. Abordar la vulnerabilidad a nivel estructural implica reformar las leyes y políticas discriminatorias, vigilar las prácticas y proporcionar protección jurídica.

4. Orientaciones técnicas generales

► **Técnica:** Lectura dirigida en plenaria

4.1 Muestre la diapositiva y mencione las orientaciones técnicas generales.

- Estar basadas en modelos y teorías
- Cada población debe abordarse considerando sus características y dinámicas propias
- Estar vinculada e integrada con servicios de prevención VIH
- Un enfoque de prevención combinada
- Ejes transversales la interculturalidad, igualdad de género, derechos humanos y participación social y comunitaria
- Establecer las metas del cambio de comportamiento
- Definir el plan de monitoreo y evaluación



4.2 Refiera a los participantes a la Guía de Orientaciones técnicas y a través de lectura dirigida desarrolle el contenido sobre las orientaciones técnicas generales.

La Secretaría de Salud de Honduras ejerciendo la función rectora reconoce y establece que toda estrategia de comunicación para cambio de comportamiento en la prevención de las ITS y VIH dirigida a las poblaciones clave debe planificarse, desarrollarse y evaluarse considerando lo siguiente:

- Estar basadas en modelos y teorías, esto con el propósito de garantizar que las intervenciones que se implementen estén fundamentadas en evidencia. Dependiendo de las necesidades, puede hacerse combinación de teorías que permitan intervenciones a multiniveles.
- Cada población debe abordarse considerando las características y dinámicas propias, por lo que el abordaje con las estrategias de comunicación para cambio de comportamiento será diferenciado, integral, sistemático. Para ello, se requiere cumplirse con todas las fases y pasos establecidos.
- Estar vinculada e integrada con servicios de prevención VIH, tales como consejería en VIH basada en riesgo y pruebas diagnósticas de VIH e ITS, acceso a condones y acceso oportuno a los ARV y tratamiento para ITS, protección de los derechos humanos, todo ello en el marco de la prevención combinada.

- Un enfoque de prevención combinada permite llevar a cabo un conjunto de acciones y estrategias para cambio de comportamiento, biomédicas y estructurales de acuerdo a las necesidades de las personas más expuestas al riesgo de infección de las ITS y el VIH. El acceso universal y oportuno a los condones femeninos y masculinos son una parte esencial de la prevención combinada, que incluye entre otros elementos el acceso a la información sobre el VIH, el acceso al tratamiento, medidas de reducción del daño, el retraso de la iniciación sexual, la reducción de las parejas sexuales y las relaciones ocasionales, la circuncisión masculina, la defensa de los derechos humanos y la reducción del estigma.
- Debe tener como ejes transversales la interculturalidad, igualdad de género, derechos humanos y participación social y comunitaria.
- Establecer las metas del cambio de comportamiento que se pretende modificar las cuales deben ser coherentes con la finalidad de las presentes orientaciones técnicas “Contribuir a la prevención de nuevos casos de infecciones por el VIH en las poblaciones clave en mayor riesgo de infección”.
- Definir el plan de monitoreo y evaluación como elemento estratégico para la medición de los logros de las estrategias.

5. Orientaciones específicas

► Técnica: Presentación dialogada

5.1 Explique con apoyo de las diapositivas las orientaciones específicas:

Toda estrategia de comunicación para cambio de comportamiento se desarrollará mediante los pasos que se describen a continuación y que se encuentran enmarcados en las metodologías sistemáticas de planeamiento, desarrollo y evaluación de una estrategia de comunicación para cambio de comportamiento efectivas:



6. Análisis de situación.

En el paso de análisis o entendimiento de la situación del VIH y las ITS, así como de los grupos sociales existentes, se debe:

a) Entender e identificar con claridad la situación del VIH

- Los grupos más afectados y las normas culturales que subyacen a las conductas de salud
- Las barreras o retos existentes que obstaculizan o facilitan la adopción de un comportamiento y las determinantes sociales, culturales, y económicas que influyen
- Las políticas y programas existentes, las organizaciones activas, y los espacios y vías de comunicación disponibles.



- Disponer de toda la información y datos de estudios demográficos, epidemiológicos, socio-culturales y económicos. El poder acceder a dicha información acelerará significativamente los pasos siguientes.
 - Realizar una evaluación formativa que complemente el análisis según los vacíos de información disponible y actualizada. Para ello, debe realizarse un protocolo formativo de evaluación
 - El análisis anterior debe resumirse y concluirse claramente con la “Planteamiento del problema” y las determinantes que influyen, así como los comportamientos a modificar

b) Análisis de los grupos sociales y de la capacidad en comunicación

Después del análisis situacional, se debe llevar a cabo un análisis detallado de los grupos sociales con los cuales trabajará, así como de los espacios y vehículos de comunicación preferidos, de la siguiente manera:

- Realizar un análisis del nivel de participación y alianzas: En este paso debe identificarse los actores sociales, redes, grupos de base comunitaria e instituciones cuya participación es clave para el éxito de la estrategia a nivel de la comunidad, y municipio.

Este conjunto de fuerzas sociales en los ámbitos nacional y local ayudará a iniciar cambios a nivel de políticas así como a fortalecer las iniciativas de comunicación, con los cuales se trabajará, así como trabajadores de campo y agentes de cambio.

- Evaluar las necesidades de comunicación y capacitación. Requiriéndose un análisis del acceso a los medios de comunicación y las preferencias de uso entre la población que será abordada.
- Identificar las necesidades de fortalecer capacidades de comunicación entre organizaciones de base, ONG, medios de comunicación local y tradicional que participen en la estrategia de comunicación

► Técnica Interactiva: “Los Números”

Preparación previa

- Coloque en diferentes lugares del salón tarjetas que tengan los números 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6.

6.1 Pida a los y las participantes que escojan el número que más les gusta y se coloquen junto a él, y que miren quienes están en el grupo o número.

6.2 Repite el ejercicio 3 veces.

6.3 En plenaria, pida a los participantes que compartan la experiencia del ejercicio.

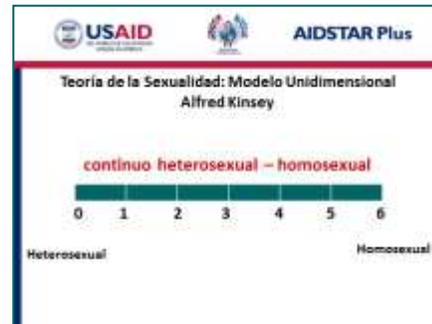
6.4 Analice la técnica, explicando la Teorías de la Sexualidad: Modelo Unidimensional (Alfred Kinsey) Entregue a los participantes la Hoja: Modelo Unidimensional Alfred Kinsey.



6.5 Muestre las diapositivas y refiera que el estudio más citado de nuestro tiempo sobre la sexualidad es el realizado por Alfred Kinsey, biólogo y sociólogo norteamericano, uno de sus aportes más notables es la concepción del continuo hetero - homosexual en la conducta sexual humana. Estos autores afirman que no se puede dividir a los seres humanos en dos categorías antagónicas.

Para Kinsey, la homosexualidad no era una cuestión de todo o nada. No se deba dividir a los seres humanos en homosexuales, por un lado y heterosexuales, por otro. El grado de heterosexualidad, homosexualidad de una persona, según Kinsey, podía variar en momentos diferentes de la vida o de acuerdo a circunstancias determinadas.

Estableció una escala de 0 a 6 para expresar el grado de hetero - homosexualidad en una persona en un momento determinado.



6.6 Con la diapositiva y la Hoja de trabajo, explique la escala y el significado de los números.

6.7 Procese el ejercicio haciendo las siguientes preguntas:

- o ¿Qué relación tiene el ejercicio y la teoría del continuo hetero – homosexual en el diseño e implementación de una estrategia de comunicación para cambio de comportamiento?

6.8 Retroalimente según las aportaciones que los participantes vayan brindando. Enfatique puntos clave.

7. Diseño estratégico

► Técnica: Presentación dialogada

7.1 Continúe el desarrollo del contenido, utilizando las diapositivas y en forma dialogada.

En vista que toda estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento necesita de un diseño estratégico que garantice la aplicación de todas las etapas y pasos. A continuación se detallan los pasos que deben desarrollarse:

a) Establecer objetivos de comunicación: Los objetivos deben ser Medibles, Apropriados, Dirigidos, Razonables y Específicos en el tiempo (MADRE). Es necesario cuantificar los cambios esperados a nivel de conocimiento, actitudes, habilidades, comportamientos.

b) Definir el enfoque y posicionamiento de la estrategia: Seleccionar el modelo o teoría de comportamiento sobre el cual se desarrollará la estrategia o programa. Se requiere explicar el por qué se usará dicho modelo y estrategia y cómo se espera que se produzca el cambio esperado.



- c) Determinar los espacios y medios de comunicación a utilizar según el análisis de audiencias, mensajes. Es posible considerar un enfoque multimedia integrado para lograr una mayor sinergia. Es recomendable combinar medios de comunicación masiva, procesos de movilización comunitaria y comunicación interpersonal entre familiares, amigos, redes sociales, comunitarias y proveedores de servicios.
- d) Diseñar un plan de implementación que incluye un cronograma de trabajo con indicadores de proceso para monitorear el avance del programa, un presupuesto detallado por rubros. Desarrolle un plan de gerencia que incluya roles y responsabilidades de las diferentes organizaciones socias del programa. Asegúrese que todos los involucrados sepan lo que se espera de ellos.
- e) Diseñar un plan de monitoreo y evaluación: Identificar los indicadores y las fuentes de verificación para monitorear la implementación del programa. Documentar la reacción de los grupos sociales a los cuales el programa va dirigido. Definir el diseño del estudio a utilizar para la medición de resultados.

8. Desarrollo de la estrategia de comunicación y prueba de herramientas de comunicación

En el campo de la comunicación estratégica, el desarrollo de conceptos, materiales impresos, mensajes, historias y procesos participativos se caracterizan por combinar la ciencia con el arte. Estos procesos no solo deben estar guiados por el análisis y el diseño estratégico de los pasos anteriores, sino también deben ser creativos para evocar emociones y sentimientos que motiven a los grupos sociales con los cuales el programa trabaja. Por tanto, toda estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento en ITS y VIH debe:



- a) Desarrollar las herramientas de comunicación y los lineamientos de acción, instrumentos, manuales de facilitación, manuales de capacitación, ayudas de trabajo para proveedores de servicios, páginas web en el Internet, guiones de Tv, radio, teatro, historietas educativas, y otros.

En esta etapa la participación de las poblaciones clave en mayor riesgo es de vital importancia, con un rol activo y otros socios locales, trabajadores de campo, miembros de los grupos sociales con los cuales la estrategia estará directamente vinculada. Este proceso debe asegurar que los productos finales satisfagan las necesidades planteadas por los diversos grupos.

- b) Prueba de herramientas de comunicación es una acción importante para garantizar que todas las herramientas o piezas de comunicación cumplen con los criterios de efectividad: comprensión, atracción, aceptación, involucración e inducción a la acción

Este proceso se realizará con la involucración activa de las poblaciones y os grupos sociales a los cuales están dirigido la estrategia y quienes estarán directamente trabajando, así como con otros grupos secundarios y terciarios. Se recomienda compartir los resultados con los socios para garantizar apropiación de los resultados y la utilización de los productos generados.

Modificar las herramientas de comunicación según los resultados de la prueba, y que no fueron comprendidos, recordados, o que no fuesen aceptados social o culturalmente, con el propósito de garantizar la efectividad y coherencia de todas las herramientas.

Probar nuevamente las herramientas de comunicación para asegurarse que las modificaciones fueron hechas correctamente e identificar los ajustes finales previa producción final.

6) Implementación y monitoreo

Toda estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento en ITS y VIH debe:

- a) Capacitar a los capacitadores y trabajadores de campo: se requiere planificar procesos de formación y capacitación en los ámbitos que sean necesarios para desarrollar la capacidad institucional, el trabajo en equipo y en habilidades individuales.
- b) Motivar a los participantes clave en participar en la implementación de la estrategia mediante diversos mecanismos que permitan compartir la información, resultados y reconocimiento entre sus socios involucrados para alcanzar el objetivo de la estrategia.
- c) Implementar las acciones de monitoreo de la estrategia, según el plan elaborado en la etapa de diseño, esto incluye los productos para asegurar calidad.
- d) Ajustar la estrategia en base a los resultados del monitoreo para hacer correcciones en tiempo a las actividades, materiales y procesos en curso



9. Evaluación y re-planificación

La evaluación mide la eficiencia de una estrategia en alcanzar sus objetivos planteados, y explicar los efectos logrados con las diversas acciones. Cuando este proceso se lleva a cabo con la rigurosidad debida, los resultados brindan valiosa información para la mejora y rediseño de la estrategia misma.

Por tanto, toda estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento debe realizar una evaluación que permita medir los resultados y determinar si los cambios deseados han ocurrido a nivel de conocimiento, actitudes y comportamiento entre las poblaciones y grupos sociales, para ello se debe:

- e) Diseñar e implementar un protocolo de evaluación de la estrategia que conjugue técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa, los que deberán describirse en un informe
- f) Diseminar los resultados, porque es importante que todos los involucrados en el desarrollo de la estrategia estén conozcan los resultados y logros alcanzados, ya sea positivo o no. Comparta los resultados de la evaluación de impacto con todos sus socios, aliados, personas clave, los medios de comunicación y las agencias financiadoras.
- g) Identificar las necesidades futuras: Los resultados de la evaluación deben demostrar dónde se hace necesario un seguimiento más de cerca y cuáles actividades de la estrategia pueden extenderse en el futuro.
- h) Revisar y rediseñar la estrategia considerando los resultados de la evaluación, para ello se necesita revisar el planteamiento y herramientas, acciones y procesos desarrollados. De igual manera, los resultados deben utilizarse para identificar lo que sí funcionó y que ha



contribuido a alcanzar los objetivos de la estrategia, regresando nuevamente a la etapa de análisis.

10. Niveles o tipos de intervención

► Técnica: Presentación dialogada

10.1 En forma dialogada y con apoyo de las diapositivas desarrolle el contenido.

Los diferentes niveles o tipos de intervención pueden desarrollarse de forma separada o combinándolas, entre las que se encuentran las intervenciones a nivel individual, grupal y masiva. Las intervenciones a múltiples niveles: Biomédico, conductual, institucional, comunitario y estructural, con la participación de diversos socios y en acción coordinada han demostrado tener un mayor éxito que las que se realizan de forma aislada (16).



Intervenciones individuales

Tienen la finalidad de realizar abordajes a miembros de las poblaciones clave en mayor riesgo de infección de manera individual y personalizada con el fin de brindar información, identificar el riesgo personal de infectarse con las ITS y el VIH y motivar al cambio de comportamiento.

Existen diversas experiencias de intervenciones individuales tales como la educación cara a cara provista por un profesional de la salud, la educación entre pares, facilitadores, consejería en VIH basada en riesgo, asesoramiento sobre uso de sustancias entre otros.



Intervenciones grupales

Consiste en el desarrollo de varias sesiones aproximadamente en cuatro horas cada una, con el propósito de: (a) aumentar la percepción de riesgo a la infección con el VIH; (b) concienciar sobre las normas sociales y cómo éstas afectan o dificultan la prevención del VIH; (c) aumentar el nivel de conocimiento y la adquisición de destrezas para usar el condón masculino y practicar la masturbación mutua; (d) aumentar el nivel de auto-eficacia en el uso del condón masculino y la práctica de la masturbación mutua; (e) desarrollar actitudes positivas hacia el uso del condón masculino; y (f) aumentar la frecuencia del uso del condón masculino y reducir la frecuencia de penetración anal y vaginal sin protección.



Dependiendo de la intervención, objetivos y metodología (asesoramiento para parejas, la familia, redes sociales, foros, talleres para el desarrollo de aptitudes, grupos de apoyo, talleres de desarrollo de aptitudes, grupos de apoyo, las intervenciones grupales), pueden ser de:

- Pequeños grupos: de dos hasta un máximo de 12 personas

- Grupos amplios: de 13 a 50 personas como máximo.

Intervenciones masivas.

Las intervenciones masivas son de alguna manera las intervenciones estructurales orientadas a la modificación de estándares sociales, abogacía, acceso a servicios; educación sexual integral; empoderamiento comunitario y formación de capital social; trabajo con los medios para combatir el estigma; y estrategias para resolver barreras sociales.

Algunas actividades comunitarias tienen un alcance masivo dependiendo de los canales que se utilicen para promover ampliamente en el desarrollo social y humano, equidad de género, respeto al derecho humano etc.

Por lo anterior, todas las estrategias de comunicación para el cambio de comportamiento dirigidas a las poblaciones clave deberán diseñarse e implementarse utilizando intervenciones multinivel, pues se ha demostrado que la combinación de niveles y ofrecen la oportunidad para el desarrollo de acciones de prevención más eficaces.



Técnica: Los Roles del Poder

Preparación previa:

- Prepare instrucciones para cada uno de los tres grupos de colores
 - Llene dos tercios de los vasos de papel con caramelos.
- 10.2 Explique brevemente que va a presentar una situación simulada que ilustra las relaciones de poder en la comunidad y su influencia en un proyecto o programa de comunicación para cambio de comportamiento a nivel comunitario.
 - 10.3 Divida los caramelos en partes iguales en los vasitos de cartón, extendidos en una mesa al lado.
 - 10.4 Divida al grupo en tres subgrupos contando en tres.
 - 10.5 Dele al grupo #1 los círculos azules; al grupo #2 los círculos verdes; y al grupo #3 los círculos rojos; y pídale a todos que se peguen visiblemente el círculo en su frente. Asegúrese que todos sepan que los círculos han sido entregados al azar. Al inicio, siempre pida que si alguien ya conoce la representación no revele el propósito a los otros participantes. Una opción es hacer que algunos participantes sean observadores (estos pueden ser las personas que ya conocen el ejercicio de simulación) y que tomen notas de la conducta durante el ejercicio.

10.6 Entregue las instrucciones a los miembros de cada grupo y dígalas que no muestren a nadie sus instrucciones. Comience el ejercicio de simulación pidiéndoles a todos que hagan lo que dicen sus instrucciones respectivas.

- Círculos Azules: Tome un vasito con caramelos y vaya a sentarse alrededor de una mesa con otros que tengan los círculos azules e inicie una conversación sobre cualquier tema. Si desea puede comer los caramelos y compartirlo con otros que tengan círculos azules. No converse o hable bajo ninguna circunstancia con personas que tengan un Círculo Verde o un Rojo y tampoco puede ofrecerle caramelos a ellos.
- Círculos Verdes: Vaya a la mesa donde están los que tienen círculos Azules e inicie una conversación con alguien de ese grupo. Pídales que le den caramelo. Vaya y busque a alguien que tenga un círculo rojo y converse con ellos. Ofrézcale a la persona que tiene Círculo Rojo alguno de los caramelos que sobren en la mesa.
- Círculos Rojos: Vaya a sentarse en el piso mirando a la pared. No le hable a nadie aunque alguien le hable a usted. No acepte caramelo de nadie.

10.7 Permita que los tres grupos interactúen por no más de 10 minutos. En cualquier ejercicio de simulación la sincronización es importante. Observe cómo funciona la simulación, ya que este ejercicio puede evocar emociones fuertes.

10.8 Interrogue a los participantes. Hacer preguntas a los participantes es crucial para una simulación exitosa. ¡Durante esta etapa de preguntas avise que terminó la simulación e invite a todos a comer los caramelos! El propósito de las preguntas es para tomar nota de las emociones que se han evocado y buscar relaciones entre la simulación y la vida real. Asegúrese de darles suficiente tiempo, ya que las emociones pueden ser fuertes.

10.9 Use las siguientes preguntas para estimular la discusión:

- *¿Cómo le hizo sentirse el ejercicio de simulación? ¿Qué fue específicamente lo que le hizo sentir así?*
- *¿Alguna vez se ha sentido así en la vida real? ¿Cuáles fueron las circunstancias?*
- *¿De qué manera refleja la realidad la simulación?*
- *¿Los grupos corresponden a algún grupo de la vida real?*
- *Piense en el impacto en relación promoción y prevención del VIH. ¿A quién representan las personas de los círculos azules? ¿Y a quién los verdes, y los rojos?*
- *¿Cómo afecta el tema de salud (ITS/VIH) a aquellos que están más marginados o en condiciones de mayor riesgo y vulnerabilidad? ¿Cuáles son las necesidades especiales?*
- *¿Cómo proveedores de salud, que se puede hacer para llegar a las poblaciones difíciles de alcanzar para tengan acceso a los servicios? ¿Dónde están?*

10.10 Cierre resaltando cómo las relaciones de poder afectan el acceso a los servicios, información, participación, sentimientos de inclusión, y de empoderamiento. *(Adaptado del Manual de capacitación de capacitadores Movilización Comunitaria para la Salud y el Cambio Social)*

Sesión 8: Iniciativas de respuesta al VIH

Objetivos de aprendizaje:

Al finalizar esta sesión, los participantes serán capaces de:

1. Explicar los aspectos esenciales de las iniciativas de respuesta al VIH: Estrategia 90 90 90, Estrategia 2.0 y Llegar a Cero.

Temas:

1. 90 90 90
2. Llegar a Cero
3. Tratamiento 2.0



Técnicas: Lectura dirigida en plenaria

Materiales requeridos:

- Data Show, diapositivas

Tiempo estimado: 45 minutos

▶ **Técnica:** Lectura dirigida en plenaria

2. En plenaria y a través de lectura dirigida desarrolle el contenido sobre las tres iniciativas de respuesta al VIH.

“90-90-90”, las nuevas metas 2020 para controlar la epidemia de VIH/sida en América Latina y el Caribe

Países de la región y socios se comprometieron a aumentar al 90% la proporción de personas con VIH que conocen su diagnóstico, a incrementar al 90% aquellas bajo tratamiento antirretroviral, y a que el 90% bajo tratamiento tenga carga viral suprimida.

Con el fin de reducir las nuevas infecciones por VIH, mejorar la calidad de vida de las personas con VIH y disminuir la mortalidad por sida, países de América Latina y el Caribe y sus socios establecieron nuevas metas a alcanzar en 2020 para incrementar el diagnóstico de la infección, aumentar el número de personas bajo tratamiento antirretroviral (ARV), y reducir su carga viral a valores indetectables.

Las metas —denominadas “90-90-90” por las mejoras cuantitativas que apuntan lograr— fueron acordadas durante el Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención del VIH, que se desarrolla hasta el 28 de mayo en la ciudad de México, organizado por un conjunto de socios, entre ellos la Secretaría de Salud de México, ONUSIDA y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

El centro de esta estrategia es que el tratamiento antirretroviral tiene eficacia preventiva, ya que reduce la cantidad de virus tanto en la sangre como en el semen.

Meta 1: Aumentar al 90% la proporción de personas con VIH que conoce su diagnóstico

Ampliar el testeo contribuirá a que quienes viven con el virus accedan a los servicios de atención y tratamiento que requieran. Esto se puede lograr intensificando estrategias diversificadas de oferta de la prueba de VIH e involucrando a las comunidades y a la sociedad civil.

Meta 2: Aumentar al 90% la proporción de personas bajo tratamiento antirretroviral

Ampliar el tratamiento contribuirá a mejorar la salud de las personas con VIH, reducir las infecciones asociadas al sida y prevenir nuevas. Para ello, los países acordaron revisar sus modelos de atención con el objetivo de hacerlos más accesibles a los pacientes. Combatir el estigma es otra de las barreras a sortear.

Meta 3: Aumentar al 90% la proporción de personas bajo tratamiento con carga viral indetectable

Una carga viral suprimida es clave para controlar el daño de la infección en la salud de la persona con VIH y también para reducir drásticamente el riesgo de infectar a otros.

Para lograr una mayor adherencia al tratamiento y retener a los pacientes en la atención será necesario brindar una atención en niveles más descentralizados de salud, y donde la interacción con las comunidades pueda ser más efectiva.

Estrategia Llegar a Cero 2011-2015

Con esta Estrategia, el ONUSIDA impulsará el compromiso mundial con las acciones que se enumeran a continuación, y que apoyan las conclusiones de la Cumbre de las Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2010 (26):

- Redoblar los esfuerzos para alcanzar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH
- Intensificar de forma significativa los esfuerzos destinados a reducir el número de nuevas infecciones por el VIH Abordar el VIH desde la perspectiva del desarrollo, lo que requiere consolidar, en las redes nacionales, instituciones y sistemas sólidos y viables que permitan organizar respuestas multisectoriales
- Desarrollar nuevas asociaciones estratégicas para reforzar y aprovechar los vínculos entre la respuesta al VIH y otras iniciativas sanitarias y para el desarrollo, en apoyo al programa Sida más ODM Hacer planes para garantizar la viabilidad a largo plazo.

Visión: Llegar a cero nuevas infecciones por el VIH

Primera dirección estratégica: Revolucionar la prevención del VIH:

Objetivos para 2015:

- Reducir a la mitad la transmisión sexual del VIH, también entre los jóvenes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y en el contexto del comercio sexual
- Acabar con la transmisión vertical del VIH y reducir a la mitad la mortalidad materna relacionada con el sida
- Evitar que se produzcan nuevas infecciones por el VIH entre los usuarios de drogas

Acciones para conseguirlos

- Generar compromiso político para abordar el modo y las razones por las que las personas contraen el virus
- Movilizar a las comunidades para demandar de forma eficaz un cambio social y jurídico
- Destinar los recursos a los focos de la epidemia a través de intervenciones adecuadas

Visión: Llegar a cero muertes relacionadas con el sida

Segunda dirección estratégica: Impulsar la próxima generación del tratamiento, la atención y el apoyo.

Objetivos para 2015

- Alcanzar el acceso universal a la terapia antirretrovírica para las personas seropositivas que reúnen las condiciones para recibirla
- Reducir a la mitad el número de muertes a causa de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH
- Garantizar que todas las estrategias de protección social nacionales atienden las necesidades de las personas seropositivas y los hogares afectados por el VIH, y que tienen acceso a servicios básicos de atención y apoyo.

Acciones para conseguirlos

- Garantizar que las personas que viven con el VIH pueden acceder a un tratamiento eficaz cuando lo necesiten
- Reforzar los sistemas nacionales y comunitarios que suministran tratamiento, atención y apoyo
- Ampliar de forma significativa el acceso a la atención, el apoyo y la protección social para las personas infectadas y afectadas por el VIH

Visión: Llegar a cero discriminación

Tercera dirección estratégica: Promover los derechos humanos y la igualdad de género en la respuesta al VIH

Objetivos para 2015

- Reducir a la mitad el número de países que aplican leyes y prácticas punitivas en torno a la transmisión del VIH, el comercio sexual, el consumo de drogas o la homosexualidad
- Eliminar las restricciones de entrada, estancia y residencia relacionadas con el VIH en la mitad de los países que las aplican
- Garantizar que al menos la mitad de las respuestas nacionales al VIH abordan las necesidades específicas de las mujeres y las niñas Tolerancia cero hacia la violencia por cuestiones de género

Acciones para conseguirlos

- Ayudar a los países a proteger los derechos humanos en el contexto del VIH y a crear entornos sociales y jurídicos de protección que les permitan acceder a programas relacionados con el VIH
- Ampliar la capacidad de los países para que reduzcan el estigma y la discriminación, y presten servicios de forma equitativa a las personas más afectadas por el VIH
- Garantizar que las estrategias nacionales destinadas a hacer frente al VIH atienden las necesidades y los derechos de las mujeres y las niñas

Tratamiento 2.0

El Tratamiento 2.0 es una iniciativa de la OMS y el ONUSIDA que tiene por objeto impulsar la próxima fase de expansión del tratamiento de la infección por el VIH mediante la promoción de la innovación y la mejora de la eficiencia. Ayudará a los países a alcanzar y mantener el acceso universal al tratamiento y maximizar los beneficios preventivos del tratamiento antirretroviral (TAR) por medio del trabajo centrado en cinco áreas prioritarias. (22)

Áreas prioritarias de la estrategia del Tratamiento 2.0

6) Optimizar los regímenes terapéuticos

Objetivo para el 2020: Que los países de ingresos medianos y bajos dispongan de regímenes antirretrovirales eficaces, asequibles, de dosis diaria única, potentes, con toxicidad o interacciones farmacológicas mínimas y que opongan una gran barrera al desarrollo de resistencia.

7) Proporcionar los medios de diagnóstico en el punto de atención y otras herramientas simplificadas de diagnóstico y monitoreo.

Objetivo para el 2020: Que los países de ingresos medianos y bajos dispongan de un paquete de pruebas de diagnóstico en el punto de atención y de otras pruebas simplificadas que sean de calidad, fiables, asequibles y simples.

Es necesario crear y validar un paquete de medios de diagnóstico asequibles y fáciles de usar en el lugar de consulta, así como otras tecnologías simplificadas, a fin de ampliar las pruebas de diagnóstico del VIH y las pruebas virológicas e inmunológicas que se usan para la estadificación y vigilancia del TAR. La OMS y el ONUSIDA están trabajando con expertos técnicos para formular recomendaciones sobre el uso del lugar de consulta y otras plataformas simplificadas, y formular orientación sobre prioridades a corto, mediano y largo plazo para la optimización de tecnologías actuales y en estudio.

8) Reducir los costos

Objetivo para el 2020: Que existan programas de prevención, atención y tratamiento de la infección por el VIH de alta calidad al menor costo posible con óptima eficacia en todos los países de ingresos medianos y bajos que los necesiten.

9) Adaptar los sistemas de prestación de servicios

Objetivo para el 2020: Que los programas de atención y tratamiento de la infección por el VIH estén descentralizados e integrados adecuadamente con otros servicios de salud dedicados o no al VIH, con un compromiso más firme de las comunidades en la prestación de servicios y una mejor retención asistencial.

10) Movilizar las comunidades

Objetivo para el 2020: Que las personas infectadas por el VIH y los grupos de población clave de los países de ingresos medianos y bajos participen plenamente en la creación de la demanda, la planificación, la prestación y la evaluación de los programas de tratamiento y atención de la infección por el VIH, con garantía de calidad y basados en los derechos.

Sesión 9: Actividades de evaluación y cierre del taller

Objetivos:

3. Determinar el nivel de conocimientos logrado por parte de los/las participantes en relación a los temas de capacitación
4. Determinar el logro de expectativas y satisfacción de los/las participantes en el desarrollo del entrenamiento.

Actividades

10. Evaluación de conocimientos después del entrenamiento
11. Evaluación logística y técnica
12. Clausura y cierre



Material de apoyo:

- Prueba de evaluación de conocimientos generales Post Prueba
- Cuestionario de Evaluación final.

4. Evaluación de Conocimientos Después del Entrenamiento

- 4.1 Explique a los/las participantes que responderán la Post prueba, lo cual les permitirá hacer un autoevaluación de los conocimientos adquiridos.
- 4.2 Entregue las Post pruebas.



5. Evaluación logística y técnica

- 5.1 Pida a los/las participantes que respondan el cuestionario de evaluación final lo más sincero posible, de ésta forma el equipo de facilitadores/as podrá hacer mejoras para los próximos entrenamientos.
- 5.2 Entregue los Cuestionarios.



6. Clausura y cierre

- 6.1 Agradezca y refuerce a los/las participantes su participación en el entrenamiento y todo el esfuerzo manifestado.
- 6.2 Pregúnteles si desean dar los últimos comentarios.
- 6.3 Motívelos/as a poner en práctica el aprendizaje adquirido. **Despídase**

Bibliografía

- (1) Alexandra Giraldo Osorio, María Yadira Toro Rosero, Adriana María Macías Ladino, Carlos Andrés Valencia Garcés, Sebastián Palacio Rodríguez. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia la promoción de la salud. Colombia, 2010
- (2) Alianza para la Comunicación en Salud. ¿Cómo se da el proceso de cambio de conducta? Tegucigalpa M.D.C. Honduras, 2005
- (3) Amnistía Internacional. Manual de Facilitación. Carpeta de Información de Educación para la Dignidad Humana. Guía para el uso de Metodologías participativas en la educación en derechos humanos. 2011
- (4) Bimbela Pedrola José Luis Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación, Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada, España, 2007
- (5) División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud Familiar y Población Unidad Técnica de Salud y Desarrollo de Adolescentes. Organización Panamericana de la Salud Fundación W.K. Kellogg Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes. Washington, D.C. Abril, 2001
- (6) Elaine M. Murphy. Population Reference Bureau. La promoción de comportamientos saludables. Washington, 2005
- (7) Cristina Carles Medarde, Miguel Expósito Verdejo. Maletín de Campo. Una guía para la capacitación y facilitación en procesos grupales. Santo Domingo, República Dominicana 2006
- (8) Family Health International Institute for HIV/AIDS. Comunicación para el Cambio de Comportamiento (CCC) para el VIH/Sida. Un Marco de Trabajo Estratégico. Arlington, EE.UU. Julio, 2003
- (9) Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Comunicación para propiciar el cambio de comportamiento destinada a los voluntarios comunitarios. Manual para instructores. Ginebra, 2012
- (10) Lisa Howard-Grabman, Gail Snetro, Angela Brasington y Naida Pasion Manual de capacitación de capacitadores Movilización Comunitaria para la Salud y el Cambio Social. Health Communication Partnership (Alianza de Comunicación para la Salud) Baltimore USA, 2005
- (11) Training Trainer for Development. Center for Development and Population Activities, 1994
- (12) ONUSIDA. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Ginebra. 2011
- (13) Organización Panamericana de la Salud. La perspectiva de género en las cuñas televisivas sobre VIH. Washington, D.C. 2010

- (14)Raúl Choque. Comunicación y Educación para la Promoción de la Salud Larrauri LIMA-PERU Diciembre, 2005
- (15)Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Investigadores y departamentos de salud en Baltimore, Denver, Long Beach, Newark y San Francisco. California STD/HIV Prevention Training Center. RESPETO en 2 sesiones Consejería para la prevención del VIH. Baltimore Marzo, 2012
- (16)Psicología y SIDA – Modelos Psicológicos de la Salud <http://www.sida-aids.org/psicología-sida/29-modelos-de-salud/22-modelo-transteórico.html>
- (17)Secretaría de Salud de Honduras). Modelo Nacional de Salud. "Por una Honduras Saludable". Tegucigalpa M.D.C., 2013
- (18)Fawcett Gillian, Venguer Tere, Miranda Lydia, Fernández. Proyecto INOPAL III (investigación Operativa y Cooperación Técnica en Planificación Familiar y Salud Reproductiva para América Latina y el Caribe. Los servicios de salud ante la violencia doméstica. México, D.F., 1999
- (19)PROMESA Módulo 3: Teorías Sobre el Cambio de Comportamiento Primer Nivel: Currículo de Entrenamiento. Abril, 2007
- (20)Alianza para la Comunicación en Salud Centro para Programas de Comunicación de la Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins. El nuevo Proceso P, Pasos en comunicación estratégica. Baltimore Diciembre 2003
- (21)Clancy Broxton Most At Risk Populations Advisor, USAID/OHA. Estrategias para el cambio de comportamiento. Formación de Programas e Implementación.
- (22)ONUSIDA. Organización Mundial de la Salud. Un vistazo al Tratamiento 2.0 Ginebra Suiza, 2012

Anexos

Principios básicos de la facilitación

1. Facilitación del aprendizaje

El diseño de los talleres de entrenamiento a entrenadores, así como a proveedores, han sido diseñados conforme a la metodología participativa, incorporando aquellos elementos y conceptos que caracterizan a la educación de adulto.

En términos generales, la facilitación se define como hacer que las cosas ocurran fácilmente, o hacer posible algo. (Internacional, 2011)

La facilitación comprende el uso de métodos y técnicas participativas para estimular una mayor implicación e interacción de las personas participantes y para crear un entorno favorable que sea propicio para el aprendizaje y el empoderamiento, y que sea también atractivo y divertido.

La facilitación significa también:

- ▶ Asumir la responsabilidad de la planificación y ejecución de los procesos de reflexión, análisis y aprendizaje que empodere a las personas participantes y les haga participar.
- ▶ Centrar la atención en las personas participantes como actores clave del proceso de aprendizaje.
- ▶ Desentrañar las relaciones de poder entre educadores/as y participantes y entre las propias personas participantes, sobre todo cuando el grupo es diverso. (Internacional, 2011)

Facilitación participativa es un método de aprendizaje que involucra activamente a los participantes en el proceso educativo, incorporando sus necesidades, sus capacidades, sus reflexiones y análisis y sus estrategias de cambio.

El aprendizaje en las personas adultas, ocurre cuando los participantes están involucrados entera y activamente todo el tiempo, y además cuando se les permite trabajar en su propio ritmo.

La investigación ha revelado que las personas adultas responden de modos distintos a los diferentes métodos de enseñanza de los conocimientos y que la retención varía según el medio por el que aprendió.

Así es que su grupo de participantes retendrá:

- 10 por ciento de lo que lea;
- 20 por ciento de lo que oiga;
- 30 por ciento de lo que vea;
- 50 por ciento de lo que oiga y use;
- 70 por ciento de lo que haga. (Cristina Carlos Medarde, 2006)

2. Características de un/a buen facilitador/a

La función del facilitador/a es crear y mantener un entorno de aprendizaje positivo y saludable de confianza y franqueza en el que todas las personas participantes se sientan seguras de sí mismas y estén dispuestas a compartir experiencias, hablar con sinceridad y aprender juntas y en el que se respeten las diferencias de opinión. (Internacional, 2011)

Esto supone la promoción de la corresponsabilidad en el aprendizaje, que recae en todo el grupo y no sólo en la persona que actúa como facilitador.

El facilitador/a no es “la persona responsable”, ni tiene el control exclusivo del programa de trabajo. Las personas participantes deben tener voz a la hora de determinar los temas que se tratarán. La función de facilitador/a consiste en garantizar que el aprendizaje tiene lugar de manera más eficaz. (Internacional, 2011)

3. Habilidades de Comunicación para la facilitación

Existen habilidades no verbales y verbales de la comunicación.

Habilidades de Comunicación No-verbales (Luis José Bimbela Pedrola)_(Activities, 1994)

- **La Mirada:** Mantenga contacto visual con todas las personas en el grupo de participantes. No dirija su atención a una sola persona o a un grupo de personas. Además, cuando las personas que participan están exponiendo deben dirigirse a todo el grupo y no solamente a la persona facilitadora.
- **La Postura del cuerpo:** Evite estar de pie en un solo lugar, "pronunciando un discurso". Muévase por el salón sin distraer al grupo. Evite caminar solo de un lado a otro y cuando hable al grupo hágalo donde todos lo puedan ver.
- **Los movimientos de la cabeza:** Reaccione a lo que las personas le están diciendo, moviendo la cabeza, sonriendo o haciendo cualquier cosa que demuestre que los está escuchando.
- **La proximidad física:** Mantenga cercanía y proximidad con los/las participantes, sin invadir la distancia mínima que corresponde al territorio propio de cada persona. Balancee el tiempo que está parado/a o sentado/a frente al grupo.

Habilidades de Comunicación Verbal (Luis José Bimbela Pedrola)_(Activities, 1994)

- **Preguntar:** En los talleres de capacitación con participación activa, las preguntas son fundamentales y necesitan fomentarse. Sin embargo no conteste todas las preguntas. Recuerde que los/las participantes pueden contestar las preguntas entre unos y otros y esto a la vez aumenta su conocimiento. Diga “¿Alguien tiene una respuesta a esta pregunta?”
 - Exprese sus preguntas de tal manera que anime a las personas a hablar.
- **Tono de voz:** Esté consciente de su tono de voz y hable despacio y con claridad – especialmente si los/las participantes vienen de otros lugares. Promueva la participación de las personas.
- **Parfrasear:** Haga un parafraseo de lo que otra persona está diciendo, repitiéndolo en sus propias palabras. Esto asegurará que queda entendido lo que la otra persona ha dicho y refuerza lo que los/las participantes sacan a relucir.
- **Resumir:** Haga un resumen de la discusión para asegurar que todos entendieron y para seguir la dirección en la que usted quiera continuar.
- **Reforzar:** Refuerce lo que otra persona dice compartiendo una experiencia personal que se relacione con el tema de discusión. Usted pudiera decir “Esto me recuerda algo que me sucedió el año pasado.”

4. Importancia de la retroalimentación

Cómo retroalimentar:

- **Retroalimete** acerca de las actividades, procedimientos o información que las/los participantes están empleando no acerca de su persona.
- **Comience** por retroalimentar acerca de la información y procedimientos que están realizados de manera adecuada o correcta.
- Trate de no darle un valor a la información o a lo que hacen los/las participantes, empleando palabras como... “esto está bien” o “esto está mal”. .. : Trate de no hacer preguntas o comentarios tendenciosos como...Usted ya ha atendido pacientes ¿no? ¿Cómo es posible que no lo sepa? ¿por qué no sabe hacerlo? ...
Para que la **retroalimentación** sea efectiva el/la facilitador/a tiene que indicar a los/las participantes:
 - ✓ La información y lo que realizan correctamente
 - ✓ Aspectos a mejorar
 - ✓ Explicar la información y los procedimientos correctos

Reglas para la retroalimentación:

- **Dar retroalimentación tan pronto sea posible.** No espere a que vuelva a suceder el error o el acierto.
- **Limite sus comentarios** a dos o tres aspectos del desempeño. Existe un límite en cuanto a lo que podemos absorber de una sola vez.
- **No corrija los errores inmediatamente.** Siempre existe la gran tentación de ayudar directamente y demostrar lo correcto. Pero este tipo de ayuda sólo crea dependencia. Lo más difícil para un/a capacitador/a es quedarse callado y dejar que los participantes aprendan por sí mismos. Puede tardar más, pero el impacto del aprendizaje será mayor.
- **Felicite antes de ofrecer un comentario negativo.** No importa lo mal que sea el desempeño, debe haber algo por lo que pueda felicitarlo. Desarrolle así la autoestima del participante.
- **Critique el desempeño, no la persona.** Cuando ofrezca dar retroalimentación, asegúrese que sea una motivación para que los participantes respondan

Hoja de trabajo para lectura dirigida

Cambio de comportamiento

Algunos comportamientos son más difíciles de cambiar que otros. Entre más complejo sea el comportamiento, más difícil será de cambiar. Algunos comportamientos son difíciles de modificar porque no son fácilmente controlables.

Para generar cambios en el comportamiento es necesario entender las barreras para el cambio o adopción de nuevas prácticas y la lógica en el comportamiento de la población. No basta con crear conciencia en cuanto a los “beneficios”; de adoptar un comportamiento, es imprescindible entender las barreras que enfrenta la gente o los “costos” que ellos creen que se derivarían de tal cambio.

La motivación para vencer esas barreras es el elemento clave para lograr el cambio de comportamiento. Con la intención de lograr tal motivación, se han estudiado los modelos de las etapas del cambio de comportamiento y las teorías de la persuasión, que pueden aplicarse a distintas culturas y a distintos comportamientos relacionados con la salud.

La gran mayoría de los científicos más importantes coinciden en señalar al VIH como una enfermedad conductual: Una persona se puede infectar por el VIH si realiza unas prácticas concretas de una manera determinada, las llamadas prácticas de riesgo, y si conseguimos modificar ciertos comportamientos de riesgo, por otros saludables, evitaremos la transmisión del VIH.

Teóricamente esta intervención parece simple y sin embargo siguen produciéndose nuevas infecciones diariamente, ¿Por qué?

La explicación psicológica se basa en el análisis funcional general de las conductas, según el cual hemos de considerar los antecedentes (Predisponentes y Facilitadores), las conductas en sí y sus consecuencias.

D) Antecedentes: Son todos los factores que anteceden a una conducta guardando una relación funcional con ésta. Así podemos ver factores:

Predisponentes: La información, actitudes, creencias, etc., sobre el VIH. Así, entre otras consideraciones vemos que:

- Existe en la mayoría de la población una bajísima percepción de riesgo sobre la posibilidad de infectarse uno mismo, junto con la falsa seguridad que nos hace confiar en la capacidad para seleccionar a una persona no infectada con quien realizar una práctica de riesgo.
- Nuestra propia historia de aprendizaje parece mostrarnos que a pesar de haber tenido algunas prácticas de riesgo, no nos hemos infectado, reforzándose nuestra baja percepción de riesgo, así como una gran autoconfianza.
- Tener una adecuada información. Siendo necesario, es por si sola insuficiente, y además, aún queda mucha gente sin una información adecuada.
- Es muy popular considerar la “salud” como algo que nos es propio gratuitamente y no como una consecuencia positiva de nuestro continuo autocuidado.

Facilitadores: se refieren tanto a las habilidades y recursos de la persona para realizar conductas saludables (desinfección correcta de jeringuillas, uso correcto del preservativo, etc.), como a los recursos externos existentes (posibilidades de conseguir jeringas, condones, etc.; existencia de centros de información,...)

E) **Conductas:** al hablar de conductas nos referimos a los tres niveles de comportamiento humanos estrechamente interrelacionados (cognitivos, fisiológico y motor). Entre el amplio repertorio de conductas de una persona, algunas pueden ser de riesgo, y habrá también conductas saludables, es decir, sin capacidad de infectar el VIH, y que interesará mantener.

F) **Consecuencias:** Todo lo que sucede tras una conducta y que influye en que está vea aumentada o disminuida su probabilidad de volver a repetirse en el futuro. Así, tras una conducta se produce una:

- Gratificación (recompensa o refuerzo) y/o una disminución y/o evitación de algo negativo, la conducta anterior se verá **reforzada** (positiva y negativamente), es decir, **aumentará** la probabilidad de repetirse en el futuro.
- Consecuencia aversiva y/o pérdida y/o disminución de algo positivo, la conducta anterior se verá castigada (positiva y negativamente), es decir, disminuirá la posibilidad de repetirse en el futuro.

Teniendo en cuenta las consecuencias de una conducta, el análisis funcional del comportamiento humano en relación a la infección por VIH, indica en general que:

- Las conductas de riesgo en la mayoría de los casos van seguidas inmediatamente por consecuencias positivas tanto intrínsecas (orgasmos, sensación de la heroína, cese del síndrome de abstinencia, etc.), como extrínsecas (refuerzo social de la pareja, amigos, personas significativas. etc.). Respecto a las conductas saludables, generalmente la consecuencia más inmediata supone la evitación, atenuación o aplazamiento de lo positivo y posibles consecuencias negativas. Tanto internas (aumento del síndrome de abstinencia, etc.), como externas (no refuerzo social o malestar de personas significativas).
- Las conductas de riesgo, solo a largo plazo pueden suponer consecuencias nocivas (infectarse, enfermar, etc.), es decir, no se asocian con ningún hecho perceptible atribuible a ninguna enfermedad. Por otro lado, las conductas saludables solo suponen posibles consecuencias positivas (no infectarse, etc.) más a largo plazo, con lo cual parecen no existir hechos objetivos inmediatos que asocien las conductas saludables con un buen estado de salud futuro (P. ej.: no fumar o dejar de fumar. No evita el 100% desarrollar un cáncer de pulmón).

La investigación señala que, en función de sus consecuencias, en la elección de una conducta u otra la variable más importante es la inmediatez de dichas consecuencias, de tal modo que:

- Es muy probable realizar una conducta seguida de una consecuencia inmediata, positiva y segura aunque pueda proporcionar una ganancia futura menor (prácticas de riesgo).
- Es más probable realizar una conducta seguida de una incierta pérdida elevada futura (infectarse) que una conducta seguida inmediatamente de una segura pérdida menor (retrasar la práctica de riesgo).
- Las consecuencias negativas esperadas a largo plazo, no influyen significativamente en la conducta, pero esperar consecuencias positivas inmediatas si tiene una relación positiva y significativa con la conducta.

Lista de Verificación de la Observación de la Capacitación

Facilitador/a Observado/a: _____

Sesión Observada: _____

Fecha: _____

Indicador	Comentarios/ Sugerencias
El o la facilitadora.....	
13. Tiene buen conocimiento del tema/los temas enseñados.	
14. Sigue el Manual del Facilitador y Facilitadora.	
15. Maneja el tiempo efectivamente.	
16. Responde adecuadamente a las preguntas de los participantes.	
17. Co-facilita las sesiones con otro miembro del equipo de facilitadores.	
18. Demuestra capacidad para controlar la clase cuando se necesita.	
19. Mantiene contacto visual con todas las personas en el grupo de participantes.	
20. Evita estar de pie en un solo lugar	
21. Habla con voz suficientemente clara y audible para todos.	
22. Mantiene cercanía y proximidad con los/las participantes, sin invadir la distancia mínima que corresponde al territorio propio de cada persona.	
23. Permite que los/las participantes respondan preguntas	
24. Cuando es necesario coloca preguntas en el "Parqueo"	
Equipo de facilitadores...	
9. Crea un ambiente propio para el aprendizaje	
11. Se desenvuelve como un equipo	

Comentarios generales y sugerencias: