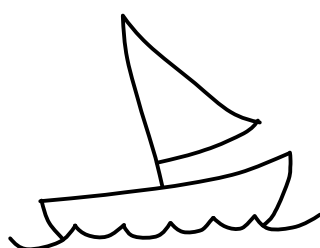


***Colección de Experiencias en
Metodologías Participativas***

**El uso de herramientas
participativas en la promoción
de la salud sexual**



Institute of Development Studies
University of Sussex
Reino Unido

Junio de 1998

ÍNDICE

PRESENTACIÓN, por Sue Holden y Alice Welbourn	ii
 <i>Sección A La relación entre el SIDA y el desarrollo</i>	
EL SIDA Y EL DESARROLLO, por Sue Holden	1
DRP, GÉNERO Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Alice Welbourn	7
 <i>Sección B El uso de enfoques participativos para el diagnóstico de necesidades</i>	
VISITA A SRI LANKA, por Jerker Edström y Sia Nowrojee	16
LA EVALUACIÓN DE NECESIDADES POR MEDIO DEL DRP, por Alice Welbourn	76
EL DRP Y LOS FACTORES DE RIESGO AL VIH, por Joseph Ssembatya <i>et al.</i>	82
LA SOCIEDAD DE LA MADRE SARADADEVI, por Jaya Shreedhar y Anthony Colaco	88
LOS MAPAS DEL CUERPO, por Andrea Cornwall	97
APRENDIZAJE PARTICIPATIVO PARA LA SALUD SEXUAL, por Gill Gordon <i>et al.</i>	108
LÍNEAS DE VIDA DE LA SEXUALIDAD, por Francis McConville	116
EL TURNO DE LOS MUCHACHOS, por Cecilia Simonetti <i>et al.</i>	119
 <i>Sección C El uso de enfoques participativos para la movilización</i>	
MOVILIZACIÓN COMUNITARIA EN CONTRA DEL SIDA EN KENIA, por Tilly Sellers y A.J. Oloo	127
TEATRO EDUCATIVO PARTICIPATIVO, por Roger Chamberlain <i>et al.</i>	137
UN ENSAYO PARA LA REALIDAD, entrevista con Rose Mbowe, realizada por Alice Welbourn	144
LA TRANSFORMACIÓN DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, por Sheelagh Stewart	153
ANIMADORES ADOLESCENTES, por Tilly Sellers y Martin Westerby	170
 <i>Sección D El uso de enfoques participativos para la evaluación</i>	
LA EVALUACIÓN PARTICIPATIVA DE UN PROGRAMA DE UNA ONG, por Lucy Antivelink <i>et al.</i>	177
INFORMACIÓN ADICIONAL	191

UNA NOTA DEL TRADUCTOR

Empiezo esta nota con una observación con respecto al uso del género en la lengua, que viene muy a colación en el contexto de este libro: La norma gramatical que nos autoriza a englobar en un *nosotros* (ellos, etc.) masculino a hombres y mujeres es una manifestación de un velado machismo lingüístico, y provoca que algunas lectoras se sientan excluidas. Podríamos optar por la solución radical de usar el *nosotras*, pero entonces algunos hombres se sentirían excluidos. Hay gente que intercala nosotras y nosotros, o que dice nosotros/nosotras, o nosotras(os), o *nosotres*, o incluso *nosotr@s* (aprovechando esta extraña letra “@”, que resulta ser una mezcla de “a” y de “o”). Sin embargo, me parece que cualquiera de estas soluciones hace que el estilo se haga más pesado, por lo que he optado por lo general por la solución del conservador *nosotros*, y espero que nadie se sienta excluida.

A propósito de esto, hago notar que en inglés a menudo no se especifica el género, y que por lo tanto es muy posible que en la traducción le haya asignado el sexo equivocado a más de una persona.

Por lo que se refiere a la terminología de las herramientas participativas, debo decir que me gusta más hablar de *diagnóstico rural participativo*, a pesar de que en muchos lugares se usa más bien el término *evaluación rural participativa*. De igual manera, no me convence el anglicismo *facilitador* y he preferido usar los términos *conductor* y *animador*.

A pesar de que en nuestros países se dice a veces que un portador del VIH “tiene SIDA”, aunque no haya desarrollado el síndrome propiamente dicho, he respetado en este sentido las versiones originales, que suelen ser más rigurosas.

He tratado de encontrar un vocabulario que sea entendible en toda Latinoamérica, pero sin caer en el exceso de un lenguaje insípido. De cualquier modo, sospecho que el texto está plagado de mexicanismos, y espero que se entiendan.

Por último, la traducción de las ilustraciones (un elemento importante de este libro) ha hecho que se pierda un poco de su *sabor* original, puesto que las letras escritas a mano se han transformado en tipografía. Para tratar de dejar lo más posible de esta sensación, usé un tipo de letra que se asemeja de cierto modo a la letra escrita.

Claudio Alatorre Frenk, Xalapa, México

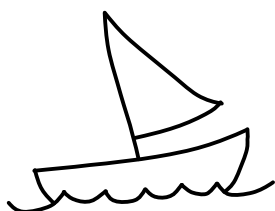
PRESENTACIÓN

Sue Holden y Alice Welbourn

El barco

Cuando estábamos preparando la edición original en inglés de este paquete de información, quisimos jugar un poco con el título del colección de artículos. Fue así como se nos ocurrió la idea de llamarlo “Sexual Health Information Pack” (es decir, “paquete de información sobre salud sexual”), porque las iniciales de este título son SHIP (*ship* en inglés significa “barco”) y nos pareció que este era un título sugerente o que al menos sonaba bien.

En efecto, en la presentación de la edición inglesa, decimos....:



*Un barco en el puerto está fuera de peligro.
Pero no es para esto que se construyen los barcos.*

¡Bienvenidos a bordo del **barco**! La mayoría de nosotros y nosotras no pasamos nuestras vidas en la seguridad del puerto; estamos afuera en los vastos, emocionantes y a veces tempestuosos océanos de la vida. El sexo es una parte central y placentera de nuestras vidas ‘en altamar’, pero no está exento de problemas. Este **barco** pretende ayudarte a ti y a las personas con quienes trabajas a aprender juntos acerca de los peligros de salud sexual que hay en altamar, y a encontrar maneras de enfrentarlos.

Introducción

Este paquete contiene una amplia variedad de artículos llenos de ideas y de experiencias relacionadas con el trabajo en el área de la salud sexual, usando enfoques de aprendizaje participativo (EAP). Aunque muchos de los artículos se centran en el SIDA y en el virus del SIDA (VIH), las técnicas se pueden aplicar también a otros asuntos de salud sexual, como son las otras enfermedades de transmisión sexual, o la planificación familiar. En la siguiente sección se aborda brevemente la importancia cada vez mayor que se está dando a los enfoques participativos en el trabajo de promoción de la salud sexual. Y, para terminar esta presentación, describiremos rápidamente el contenido del paquete.

Esperamos que este colección de artículos sea útil para toda la gente que está trabajando en el área de la salud sexual, ya sea en un grupo comunitario, una organización no gubernamental o una institución gubernamental. Los artículos contienen muchas ideas adecuadas para personas con diferentes niveles de experiencia. Tal vez lo único que

necesitas para poder usar este paquete es un interés en involucrar a la gente en el mejoramiento de su propia salud sexual.

Cambiar al aprender

Desde los primeros días de la pandemia del VIH, mucho se ha aprendido. Pero no son sólo los científicos que observan el virus en el microscopio los que han avanzado en el conocimiento de esta enfermedad, porque la gente en general también ha tenido mucho que aprender. Mientras que algunos han oído cómo se transmite este virus, sin resultar infectados, otros han aprendido de primera mano lo que significa el SIDA, lo que significa el combatir el miedo y el estigma, lo que representa el amor y la atención.

La gente que trabaja en las organizaciones de promoción del desarrollo también ha aprendido, y la publicación de esta recopilación es una muestra del cambio de las percepciones sobre cómo abordar el SIDA y el VIH. Entre estos cambios podemos mencionar:

- El abandono de un enfoque en el que se distingue el “ellos” del “nosotros”, para entender que el SIDA **nos afecta a todos**. El énfasis que se hacía antes en los “grupos de mayor riesgo” nos permitió negar nuestra propia vulnerabilidad.
- Un cambio en la comunicación: Antes se decía a la gente el A-B-C de lo que se debía hacer (¡absténgase!, ¡sea fiel!, ¡use condones!); ahora se trata de **oír a la gente y de ayudarla a desarrollar sus propias soluciones**. El enfoque vertical de dar sermones que se seguía antes tuvo algún efecto en lo que la gente sabía, pero muy poco impacto en su comportamiento. Los sermones también contribuyeron a que se desarrollara una sensación de impotencia entre la gente que no podía encontrar las maneras de seguir el A-B-C.
- El reconocimiento cada vez mayor de que la transmisión del VIH no es sólo un asunto en el ámbito de la salud, sino que **el SIDA es parte de la vida en general**. Los promotores de salud no pueden pretender que van a abordar por sí solos todos los complejos factores sociales, culturales y económicos relacionados con la transmisión del VIH y con el impacto del SIDA. Nos afecta a todos como promotores del desarrollo, y como individuos.

Estos cambios han sucedido al mismo tiempo que otros cambios en el trabajo de promoción del desarrollo, en particular el entusiasmo cada vez mayor por los enfoques participativos en el trabajo con comunidades. Poco a poco hemos aprendido que las diferencias principales entre nosotros y las personas con quienes trabajamos no son la inteligencia y el conocimiento, sino el acceso a las oportunidades, a la educación y a recursos. Hemos aprendido que nuestras suposiciones sobre las vidas y las elecciones de los miembros de las comunidades han sido en muchos casos erradas, y que tenemos pocas respuestas a sus problemas. Hemos aprendido que lo mejor que podemos hacer es asistir animando (o *facilitando*, como se dice en inglés) el proceso por medio del cual ellos diagnostican la situación y deciden qué hacer. Y hemos aprendido que las cuestiones que

asignábamos muy propiamente a sectores como Salud, Educación y Agricultura están, en realidad, todos revueltos e interrelacionados.

Los enfoques de aprendizaje participativo son particularmente apropiados para el trabajo en el área de salud sexual. Usando los métodos adecuados podemos ayudar a la gente a descubrir y a explorar los asuntos de salud sexual que siempre existen en una comunidad pero que rara vez se discuten. Es imposible aprender mucho sobre cuestiones en las que está involucrada tanto la sensibilidad de la gente por medio de métodos cuantitativos como los cuestionarios. Por otro lado, al trabajar y aprender en grupos a través de los enfoques de aprendizaje participativo, la gente puede entender colectivamente el panorama, y entonces, con el apoyo indicado, puede empezar a tomar las riendas de la situación. Este aspecto de del aprendizaje participativo que promueve la toma de control por parte de la gente (*empowerment*, dicen en inglés) contrasta fuertemente con el uso de cuestionarios, en donde los respondedores aislados proporcionan información sin obtener casi nada a cambio.

La estructura del documento

Los 16 artículos de esta antología se dividen en cuatro secciones, cuya secuencia sigue más o menos el orden de lo que sucede en el campo. En primer lugar está el entender que el SIDA (y, por extensión, otras áreas de la salud sexual) es un asunto que se encuentra en el ámbito del desarrollo. La segunda sección aborda el uso de técnicas participativas en el trabajo de evaluación de necesidades, y la tercera incluye artículos sobre la aplicación de los enfoques de aprendizaje participativo para permitir que las comunidades exploren la situación y se movilicen para buscar un cambio. La cuarta sección —que desafortunadamente contiene sólo un artículo— se refiere al uso de un enfoque participativo en la evaluación de un trabajo en el área de la salud sexual.

a) La relación entre el SIDA y el desarrollo

En el primer artículo, Sue Holden presenta algunas ideas sobre cómo fomentar la discusión sobre el SIDA al interior de tu organización, para verlo como algo que tiene que ver con el desarrollo en general. Así como sabemos que el sermonear a los miembros de una comunidad es mucho menos efectivo que ayudarlos a explorar los temas por ellos mismos, tenemos que encontrar maneras para lograr que los promotores del desarrollo consideren detenidamente la situación en el contexto de su trabajo, en vez de limitarse a escuchar que “el SIDA es un asunto dentro del ámbito del desarrollo”. Esta frase no tiene sentido cuando se impone desde arriba, pero, cuando se entiende verdaderamente, tiene importantes implicaciones en cómo abordamos el SIDA.

La contribución de Alice Welbourn (artículo 2) nos da un ejemplo específico de cómo debemos tomar en cuenta al SIDA en todos los aspectos del trabajo de promoción del desarrollo. Por medio de actividades de diagnóstico rural participativo (DRP), los hombres y las mujeres de una comunidad de Zimbabwe predicen los problemas que creen que se van a derivar de la construcción de un sistema de riego. Les parece bien tener la

oportunidad de cultivar productos que se puedan vender, pero saben muy bien que cuando los hombres tengan más dinero en sus bolsillos gastarán más en alcohol y en relaciones sexuales. Es claro que estos problemas deben ser tomados en cuenta para evitar que el desarrollo aumente sin proponérselo la propagación del VIH.

b) El uso de enfoques participativos para el diagnóstico de necesidades

El detallado informe de Edström y Nowrojee (artículo 3) de un taller sobre el diagnóstico de necesidades en materia de salud sexual nos da un panorama general de los conceptos y principios del DRP, así como informaciones sobre un amplio rango de herramientas de DRP y su aplicación. Esto se complementa con las breves notas de Alice Welbourn (artículo 4), que sugieren qué métodos de DRP se pueden usar para las diferentes necesidades de información.

Hay dos artículos sobre el SIDA y el VIH en esta sección. Joseph Ssembatya y colegas (artículo 5) describen su experiencia en el uso del DRP en Uganda para permitir que los miembros de las comunidades diagnostiquen su propia vulnerabilidad a la infección del VIH. Por medio de una gran variedad de ejercicios, los participantes identificaron algunos lugares, algunas horas del día y algunas épocas del año en los que el riesgo es mayor. A continuación, discutieron qué cosas pueden ellos cambiar para reducir el riesgo de contraer la infección. En un fragmento del volumen núm. 11 de la serie *Strategies for Hope* (artículo 6), Jaya Shreedhar y Anthony Colaco explican cómo una ONG ha usado varios ejercicios de DRP con grupos de mujeres en la India.

En el artículo 7, Andrea Cornwall describe el uso de los mapas de cuerpo como una manera de aprender cuáles son las ideas que tiene la gente del lugar sobre el funcionamiento del cuerpo. El método muestra que los modelos que tiene la gente de sus propios cuerpos pueden ser muy diferentes de los que aparecen en los libros de texto de ciencias, y recomienda que los promotores de salud entiendan mejor el lenguaje y las ideas de la gente del lugar, para que los programas de salud tales como los programas de planificación familiar tengan un mayor éxito. El artículo de Gill Gordon (núm. 8) describe el uso de 5 ejercicios participativos por parte de las asociaciones de planificación familiar de Ghana, llegando a la conclusión de que el trabajo ha cambiado de manera radical la comunicación entre los miembros de la comunidad sobre las cuestiones sexuales. Nos informa que, después de formar grupos para el trabajo de diagnóstico de necesidades, muchos quisieron seguir reuniéndose, para aprender más y para preparar planes de acción. El artículo 9, escrito por Francis McConville, es un informe de un diagnóstico de necesidades llevado a cabo en Birmania. Describe el uso de las líneas de vida de la sexualidad, un método simple que muestra las tendencias y los eventos significativos en las vidas reproductivas de las mujeres.

El trabajo con muchachos es el tema del artículo 10, de Simonetti y colegas, que describe la producción de un video con adolescentes en Brasil, para aprender sobre la identidad y la sexualidad masculinas.

c) El uso de enfoques participativos para la movilización

El artículo 11, escrito por Tilly Sellers y A.J. Oloo, aborda el uso de lo que ellos llaman Investigación Rural Participativa sobre el SIDA en aldeas de Kenia, y describe el desarrollo de la metodología y su puesta en práctica.

El uso de la actuación se aborda en los siguientes dos artículos. Roger Chamberlain y colegas (artículo 12) contribuyeron en la producción de dos obras con sendos grupos de jóvenes desempleados en Kenia, que se representaron en aldeas y en escuelas secundarias. Con el enfoque denominado *teatro educativo participativo* que usaron, se invita al público a cuestionar las razones que motivan a los personajes de la obra, a sugerir qué deberían hacer, e incluso a crear y asumir ellos mismos sus propios papeles. Las obras tratan temas de actualidad, pero la solución de los problemas que se describen corresponde al público. En el artículo 13, Rose Mbowwa habla de su experiencia en el uso de la actuación. Este método —nos dice Mbowwa— provee un contexto seguro en el que la gente puede practicar maneras de cambiar su conducta. El trabajo que ella ha llevado a cabo con el paquete de capacitación *Pasos en el Camino* en Uganda sugiere que esta es una herramienta importante para estimular a las comunidades y para ayudarlas a tomar las riendas de su situación (véase también en la Información Adicional).

La promoción de un cambio de la conducta no siempre se aplica a los miembros de las comunidades; en el artículo 14, Sheelagh Stewart describe el trabajo del Proyecto Musasa en Zimbabwe, para cambiar las actitudes de los aparatos policiaco y judicial con respecto a la violencia contra las mujeres. El artículo describe la lógica y el enfoque del proyecto, los talleres que se llevaron a cabo y las enseñanzas que se obtuvieron. Concluye que el proyecto tuvo éxito en mejorar el manejo por la policía de los casos de violación y en crear conciencia sobre el manejo del poder y sobre el uso de la violencia contra las mujeres.

Por último, si bien los enfoques de aprendizaje participativo se están volviendo muy populares en el Sur, para complementar las experiencias en el Sur, presentamos también un ejemplo del Norte. En el artículo 15, Tilly Sellers y Martin Westerby describen las etapas iniciales de su trabajo con un grupo de adolescentes ingleses que suelen no ir a la escuela. Describen cómo el enfoque ha suscitado el interés de estos muchachos, que han desarrollado sus propias herramientas, para usarlas con otros jóvenes.

d) El uso de enfoques participativos para la evaluación

El único artículo en esta sección (el número 16) se refiere a una evaluación que llevó a cabo el personal del programa de iniciativas comunitarias de la organización TASO, en Uganda, a la mitad del programa. El artículo nos lleva de principio a fin a través del proceso de evaluación, que se llevó a cabo por medio de diagramas de flujo y de una “matriz de cambios significativos”, en la que cada uno de los grupos representaba a la comunidad. En contraste con las evaluaciones no participativas, el personal informa que tanto ellos como los miembros de la comunidad se sintieron muy implicados, sobre todo porque los resultados de los ejercicios se expusieron en el último día del trabajo de campo

ante una asamblea comunitaria. El proceso parece haber contribuido a un proceso de toma de control, tanto en el caso del personal de TASO como en el de la gente del lugar.

Nuestras expectativas...

Esperamos que las experiencias que se exponen en estos artículos inspiren a los lectores a desarrollar mejores maneras de escuchar a la gente y de trabajar con ella en cuestiones de salud sexual. Disfruta la lectura y, por favor, dedica un poco de tu tiempo a llenar el cuestionario que se incluye al final de esta colección de artículos.

- Sección A -
La relación entre el
SIDA y el desarrollo

EL SIDA Y EL DESARROLLO¹

Algunas ideas para motivar la discusión en tu organización

Sue Holden²

Introducción.

Actualmente se reconoce que el SIDA tiene que ver con el desarrollo, en dos sentidos:

En primer lugar, porque las condiciones de pobreza y subdesarrollo *causan* vulnerabilidad a la infección por el virus del SIDA (VIH).

En segundo lugar, porque las *consecuencias* de la infección por VIH y del SIDA socavan los procesos de desarrollo y exacerban las condiciones de subdesarrollo.

Sin embargo, el compenetrarse con una percepción compleja del SIDA, en vez de verlo simplemente como algo que tiene que ver con la salud o con la educación, no siempre es fácil. Por lo general preferimos ver las cosas en términos sencillos, y las organizaciones para las que trabajamos a menudo atribuyen los problemas específicos (p. ej. el SIDA) a personas específicas (p. ej. el coordinador de SIDA), en departamentos específicos (p. ej. el de salud). Por este motivo, es posible que algunos de tus colegas no vean al SIDA como un asunto de relevancia para su trabajo, y que la organización no lo aborde en todos los ámbitos de su trabajo, en detrimento de sus beneficiarios. De acuerdo con mi experiencia, el uso de enfoques participativos para ver al SIDA como algo que tiene que ver con el desarrollo puede ayudar a los colegas a entender de manera más profunda al SIDA y a llegar a sus propias conclusiones. Esto es importante para cada uno de nosotros y para cada una de nosotras, no sólo como “promotores del desarrollo”, sino también en nuestras propias vidas.

Los ejercicios que presento aquí normalmente se pueden llevar a cabo en un taller de un día. Probablemente tengas que hacer adaptaciones para poder usarlos con el personal de tu organización. Y desde luego siempre será buena idea añadir actividades para “romper el hielo” o juegos ligeros para animar a la gente en determinados momentos. En algunas

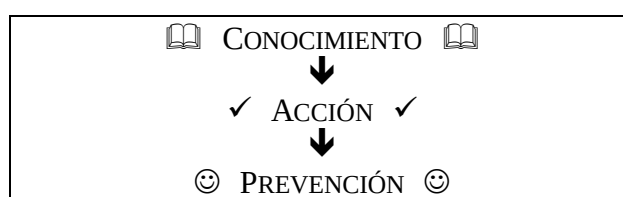
¹ Sue Holden (1997): *Thinking About AIDS as a Development Issue: Some ideas to encourage discussion in your organisation*. Este es un artículo original (publicado por primera vez en la versión original en inglés de este libro).

² Artículo fechado en junio de 1997.

organizaciones se ha visto que vale la pena usar un animador externo para conducir estos talleres.

Marco histórico.

En los inicios de la pandemia del SIDA, la creencia más difundida era que la infección por VIH se estaba extendiendo porque la gente no sabía cómo protegerse. Se creía entonces que la ignorancia era el mayor problema y, por lo tanto, la educación se convirtió en la principal estrategia adoptada por todos los que se dedicaban a detener el avance de la infección. Se suponía que el conocimiento adquirido a través de los programas educativos conllevaría un cambio en la conducta y permitiría prevenir el SIDA:

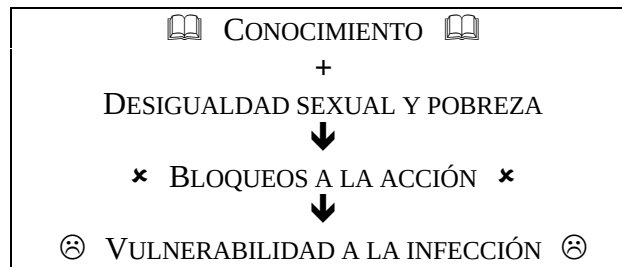


Sin embargo, nuestra experiencia plantea serias dudas con respecto a la validez de esta hipótesis: A pesar de las muy exitosas campañas de educación y concientización, mucha gente que *sí* está al tanto de toda la información sobre la transmisión del VIH y sobre el SIDA se ha contagiado. Algunos se inclinan por estigmatizar a esta gente tachándola de “irresponsable” o de “irracional”, pero se está reconociendo cada vez más que las cosas son más complejas de lo que se había supuesto en un principio. En la vida real, los individuos no actúan aisladamente de los demás; hay muchos factores que influyen en la conducta de cada cual. Por lo tanto, a pesar de que *teóricamente* el conocimiento conlleva un cambio en la conducta, *en la práctica* puede haber una serie de factores que pueden bloquear el cambio y hacer que los individuos sean vulnerables a la infección por VIH. He aquí algunos ejemplos de esto:

- Personas con muy **poco control** sobre sus vidas y que tienen una visión fatalista de su futuro. Sus circunstancias pueden provocar una falta de motivación para actuar.
- Personas que quieren usar condones pero que no pueden darse el lujo de comprar uno cada vez que tienen relaciones. La **falta de dinero** les impide actuar.
- Personas que usan condones con sus parejas sexuales esporádicas, pero no con sus parejas regulares. El bloqueo en este caso tiene que ver con las **actitudes sociales** y con juicios sobre el condón y sobre la fidelidad.
- Personas que tienen muchos problemas urgentes e inmediatos —como la necesidad de dinero para comprar comida, o una enfermedad grave en la familia— y que ven al SIDA como un problema remoto en comparación. Algunas personas que viven en una situación de **pobreza** no actúan porque su prioridad es sobrevivir en el corto plazo.

- Cuando el actuar implica un alto riesgo o costo. Por ejemplo, una mujer evitará mencionar el tema de los condones si con esto corre el riesgo de sufrir un abuso sexual o de ser expulsada de su casa. En este caso las actitudes sobre los **roles sexuales** y sobre la conducta adecuada de hombres y mujeres pueden bloquear la acción.
- Cuando existe una relación de **poder desigual**, las personas con menos poder son a veces incapaces de actuar para protegerse. Esta situación se puede aplicar a hombre y mujer, a alumno y maestro o a empleado y jefe.
- Cuando las mujeres están en situación de **dependencia económica** de los hombres, la necesidad de apoyo económico puede invalidar la necesidad de actuar. Una mujer que quiere dejar a su marido porque teme que le contagie la infección puede quedarse porque no tiene dinero, tierra ni ningún lugar a donde ir.

De los muchos factores que pueden restringir el cambio en la conducta, podemos destacar los que se relacionan con dos áreas clave del desarrollo: la pobreza y la desigualdad sexual. Entonces:



Con el paso del tiempo, se ha vuelto cada vez más claro que el SIDA está relacionado con el desarrollo desde el punto de vista de sus consecuencias y de su impacto. La experiencia muestra que el SIDA ya tiene un efecto negativo sobre la calidad de vida de las familias afectadas, y que tiene el potencial de frenar el proceso de desarrollo a nivel regional, y posiblemente también a nivel nacional.

Ejercicio 1: El SIDA es un asunto dentro del ámbito de _____

Este es un ejercicio sencillo de calentamiento que lleva a los participantes a pensar sobre el SIDA de manera general. Simplemente pídeles que hagan una lluvia de ideas para proponer una (una sola) palabra que llene el hueco de la frase “El SIDA es un asunto dentro del ámbito de _____”.

Ejercicio 2: Acerquémonos un poco más

El objetivo de este ejercicio es permitir que los participantes reflexionen sobre las complejas razones de la transmisión del VIH y que consideren algunos de los impactos del SIDA.

Necesitas preparar algunos estudios de caso, que describan las historias de personas que hayan contraído la infección por VIH. (Si quieres algunas ideas, hay muchas historias personales en la serie de folletos *Strategies for Hope*; véase la Bibliografía al final de este libro). Selecciona las historias de manera que la gente del lugar donde vives se pueda identificar con ellas, y que cubran una variedad de circunstancias. Puedes incluir una historia que aliente a los participantes a mirar más de cerca los estereotipos, tal como una que muestre cómo las circunstancias de pobreza y de dependencia pueden forzar a las mujeres a vender sexo. Otra historia puede contrarrestar estos estereotipos, como la de una mujer con buena educación que no puede persuadir a su pareja para que use condones, lo que muestra cómo la desigualdad sexual también afecta a las mujeres relativamente independientes. También podrías contar una historia desde el punto de vista de alguien como un niño o un abuelo que tiene un pariente portador del VIH, para mostrar cómo los efectos del SIDA se sienten en la familia.

Narra una de las historias (es más eficaz si hablas en primera persona, como si fueras tú el personaje), y pide al personal que discuta en grupos pequeños y que dibuje un “diagrama de tortillas”³ para poner en claro sus pensamientos. Pídeles que piensen por qué sucedieron las cosas así, y que consecuencias prevén. Tal vez necesites animarlos preguntándoles: ¿Por qué hizo eso la mujer?, ¿Qué le impidió actuar de otra forma?, ¿Qué puede suceder después? Cada grupo debe presentar muchos factores, y casi todos ellos tendrán que ver con el desarrollo. Después de varias historias, debe ser claro que el SIDA no sólo tiene que ver con la salud y la educación, y que no sólo incumbe a los miembros de los “grupos de alto riesgo”.

Ejercicio 3: Causas y consecuencias

Es muy posible que los factores que surjan del ejercicio 2 estén todos revueltos, y que parezcan algo abrumadores. Este ejercicio pretende ayudar a los participantes a pensar con mayor claridad y a explorar cómo el SIDA se promueve a sí mismo por medio de un círculo vicioso.

En esta sesión pídele al personal que ordene todos los factores del ejercicio 2 bajo dos encabezados: Causas y consecuencias. Explica que ‘causas’ significa todas las cosas que hacen a la gente más vulnerable a la infección por VIH, mientras que ‘consecuencias’ se refiere a todas las cosas que suceden como resultado de una infección. Si la discusión se desarrolla sobre todo en relación con lo que sucede a nivel del individuo o de la familia, podrías introducir la dimensión de la región o la nación. Normalmente en este ejercicio se observa que las causas y las consecuencias se refuerzan mutuamente en un círculo vicioso. Tomemos un ejemplo sencillo: Un hombre que no tiene suficiente dinero para comprar condones es vulnerable a contraer la infección por VIH a causa de su pobreza; si se contagia y se enferma, se volverá aun más pobre, ya que no podrá trabajar y tendrá que

³ También conocido como diagrama de Venn o *chapati*.

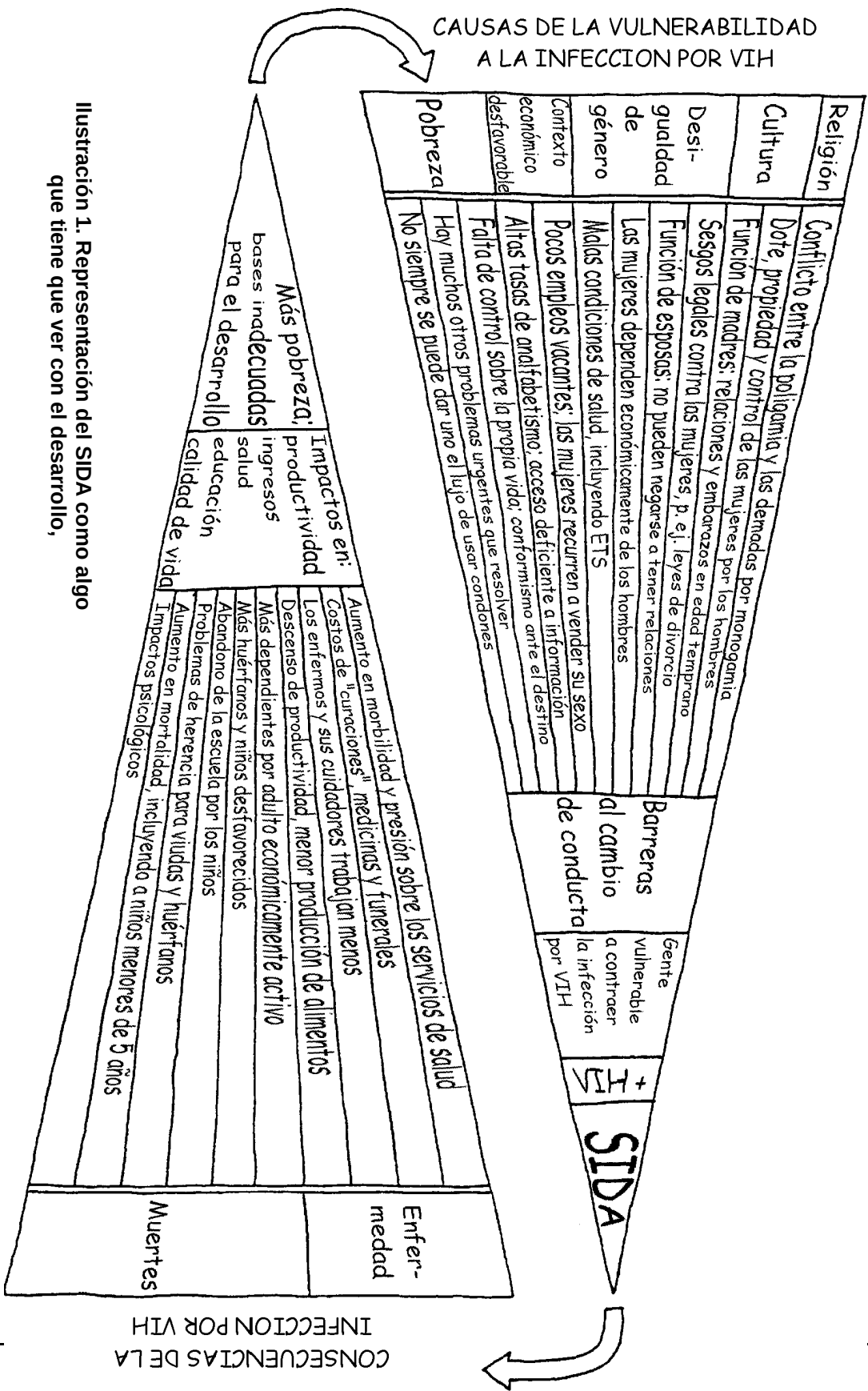


Ilustración 1. Representación del SIDA como algo que tiene que ver con el desarrollo,

gastar dinero en medicinas. Su mayor grado de pobreza implicará que su capacidad económica para comprar condones se reducirá aun más y que, por lo tanto, sus parejas sexuales correrán un mayor riesgo de contraer la infección por VIH, etc. La Ilustración 1 muestra la conexión circular entre causas y consecuencias.

Ejercicio 4: Implicaciones para los programas

Este último ejercicio pretende motivar al personal a pensar en las implicaciones que tiene en el trabajo que están realizando el ver al SIDA como un asunto que se encuentra en el ámbito del desarrollo. Tendrás que pensar cuál será la mejor manera de formar los grupos para este ejercicio, dependiendo de cómo está estructurada tu organización.

Pide a los grupos que revisen las listas de causas y consecuencias y que evalúen qué factores se pueden aplicar a la gente con la que trabajan. ¿Acaso el trabajo que están realizando toma en cuenta estos factores? Si no, ¿cómo se podrían incorporar algunas medidas? ¿Hay algunos aspectos de su trabajo que puedan empeorar las cosas, por ejemplo dando lugar a que las ganancias producidas por los proyectos de desarrollo se gasten en bebidas alcohólicas? Es posible que algunos factores todavía no se apliquen a la situación, pero que puedan hacerlo en un futuro. Por ejemplo, las muertes debidas al SIDA pueden provocar una falta de mano de obra. ¿Puede este tipo de previsión tener implicaciones en tus programas actuales, o en tu planeación?

Estas son preguntas muy profundas, y es poco probable que tengas tiempo para pedir a los participantes que las consideren detalladamente. Podemos esperar que, a partir del entusiasmo generado por el taller, se cree un grupo de gente que desarrolle estas ideas. Otras vertientes para trabajo a futuro son analizar los temas relacionados con el VIH y el SIDA en el lugar de trabajo, y alentar a la gente a reflexionar sobre su propia situación. Los ejercicios descritos arriba permitirán que los participantes tengan una idea de cómo hay que tomar en cuenta al SIDA en todos los aspectos del trabajo de promoción del desarrollo, y creo que este es el primer paso para entender y tratar al SIDA como un tema dentro del ámbito del desarrollo.

DRP, GÉNERO Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS¹

Algunos problemas y soluciones

Alice Welbourn

En esta ponencia, concibo el concepto de género de la siguiente manera: tiene que ver con el hombre y la mujer y con la negociación de relaciones de poder entre ambos.

La presentación en el taller empezó con un juego, siguió con una historia, sacó una conclusión y terminó con una solicitud.

El juego

Este juego es usado por una organización denominada TASO (“The AIDS Support Organisation”) en Uganda para llamar la atención de la gente sobre la transmisión del virus del SIDA (VIH). El juego se describe en el apéndice.

En Kampala, Uganda, el 24% de las mujeres que acuden a los cursos prenatales son portadoras del VIH. En Kigali, Rwanda, la cifra es 32%². En algunas regiones rurales de Zimbabwe, la proporción es de aproximadamente 25%³. En este contexto, el juego es una manera efectiva de ilustrar el problema potencial de las tasas actuales de transmisión, si el virus sigue sin ser detectado.

¹ Alice Welbourn (1993): *PRA, Gender and Conflict Resolution: Some problems and possibilities*. Ponencia para el taller sobre DRP y género; 6 y 7 de diciembre de 1993, IDS, Sussex.

² Las cifras para Kampala y Kigali aparecen en: Ulin, P. 1992. “African Women and AIDS: Negotiating Behaviour Change”, en *Social Science and Medicine*, vol. 34, no. 1, pp. 63-73.

³ Jackson, H. 1993. “AIDS Update in Zimbabwe”, en *ZAINet AIDS News*, diciembre, vol. 1, no. 4, pp. 10-11. Para más información sobre el SIDA y mujeres, ver dos textos excelentes: Berer, M. y Ray, S. (comps.) 1993. *Women and HIV/AIDS: an International Resource Book*. Pandora, Londres. Y además: Gupta, G.R. y Weiss, E. 1993. *Women and AIDS: Developing a New Health Strategy*. Policy Series no. 1, International Center for Research on Women (ICRW), Washington.

La historia

Durante una reciente visita de trabajo a Zimbabwe, me interesó ver en qué medida mencionaba la gente en el medio rural al SIDA como uno de los asuntos que más le preocupaban. Yo estaba en ese entonces organizando una sesión de capacitación sobre las técnicas del Diagnóstico Rural Participativo (DRP) y del Análisis de Diferencias, con personal de Redd Barna⁴ en Zimbabwe. Si bien el taller no abordaba de manera explícita el efecto potencial del VIH en las comunidades, la siguiente historia muestra que la amenaza de las tasas crecientes de transmisión del VIH es palpable.

Durante el trabajo de campo, se formaron equipos para trabajar por separado⁵ con hombres mayores, mujeres, jóvenes y niños, en una aldea en la que Redd Barna ya estaba trabajando⁶. Uno de los temas que tenían que explorar los equipos de Redd Barna era el impacto esperado de un distrito de riego planeado por el departamento agrícola del gobierno local, aprovechando el agua de un río. Entonces, entre una gran variedad de ejercicios para analizar diferentes asuntos, hubo uno en el que se pidió por separado a las mujeres y los jóvenes que analizaran sus percepciones sobre el impacto previsible de este sistema en sus vidas.

Previamente se había observado por medio de preguntas y verificaciones cuidadosas (“triangulación”), y usando la técnica de clasificación de niveles de bienestar, que, afortunadamente, los miembros de la comunidad que se encontraban en peores condiciones eran los que iban a recibir parcelas en el nuevo distrito de riego. En este momento nos interesaba más bien observar los puntos de vista divergentes de las mujeres y de los hombres jóvenes sobre los resultados y consecuencias de tal sistema. Los diagramas de las Ilustraciones 1 y 2 fueron dibujados originalmente con palos en la arena y sin ningún texto (por el bien de los lectores, aparecen aquí con anotaciones). Pero, de cualquier modo todos los presentes entendían perfectamente qué es lo que estaba representando cada elemento de los diagramas: El personal de Redd Barna hizo varias verificaciones con los informantes para confirmar esta suposición.⁷

⁴ Redd Barna es una agencia noruega de cooperación, que se especializa en cuestiones de desarrollo y de derechos de los niños, con un enfoque comunitario.

⁵ El equipo que trabajó con niños estaba formado por mujeres y por hombres jóvenes (todos empleados de Redd Barna). Los otros tres equipos de trabajo (hombres mayores, mujeres y hombres jóvenes) se formaron de manera que hubiera correspondencia de edad y de sexo entre los miembros de los equipos y los grupos de habitantes con los que trabajaron. De este modo, se pudo construir una relación entre los miembros de los equipos y sus informantes, basada en estas similitudes y apoyada por varios días de contacto constante.

⁶ Los detalles de este ejercicio de capacitación en DRP aparecerán en: *Not Only But Also: A Training Exercise in PRA and the Analysis of Difference*, que será publicado por la Oficina Regional de Redd Barna en África próximamente.

⁷ De hecho, esto se demostró claramente unos cuantos días después, cuando unas promotoras de Redd Barna llevaron a la aldea en un pliego de papel una copia del diagrama que habían

Las mujeres (Ilustración 1) empezaron dibujando un rectángulo a la mitad del claro, para representar al distrito de riego. Luego de una lado pusieron los productos (p. ej. cebollas) y resultados (p. ej. buena salud) positivos que preveían, y del otro lado los aspectos negativos que podían afectar el éxito del sistema (p. ej. falta de implementos agrícolas), o que podían ser resultado de su operación (p. ej. mala administración del ingreso). Como suele suceder en este tipo de ejercicios, las mujeres mostraron un nivel de sofisticación y una claridad de análisis que sorprendieron a los promotores que estaban presenciando un DRP por primera vez.

dibujado las mujeres, para la exposición general. Cuando estaban sujetando este diagrama a la pared, llegaron varias mujeres que habían estado involucradas en su construcción, dijeron que el diagrama estaba al revés y lo colocaron correctamente (y después se pusieron a pegar el resto de los dibujos en la pared).

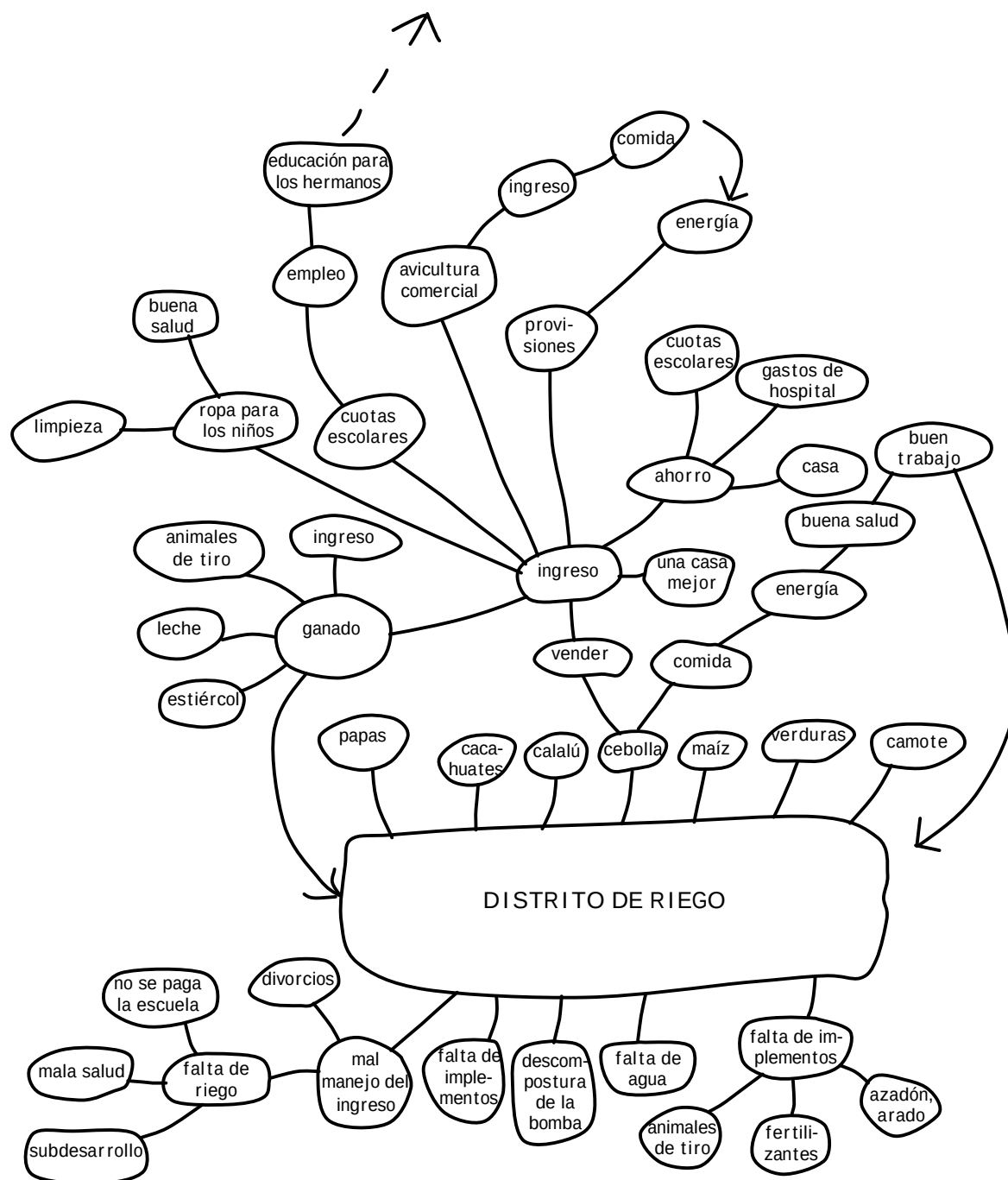


Ilustración 1. Diagrama de flujo de impacto del distrito de riego.
Grupo de mujeres, aldea Mavenge, Zimbabwe.

De particular interés fue el énfasis que se puso en la discusión de las mujeres en el posible mal manejo de fondos. Temían que, si no estaban ellas a cargo de la venta de los productos, sus maridos se embolsarían las ganancias y las derrocharían en la cervecería

local. Al llegar a este punto se acaloró la discusión y las mujeres declararon que, si esto sucedía, se divorciarían, y que además estaban dispuestas a repetir su amenaza en público.

Uno o dos días después, los trabajadores jóvenes (varones) de Redd Barna llevaron a cabo un ejercicio similar con los hombres jóvenes de la aldea. Su análisis coincidió casi en su totalidad con el que habían hecho las mujeres, pero añadieron envidia, brujería y muerte a sus temores anticipados (véase la Ilustración 2). Fue particularmente interesante en este caso que los jóvenes también recalcaran ante el personal de Redd Barna el conflicto potencial entre sus esposas y ellos. Dijeron que, con algo de dinero en sus bolsas, les encantaría ir a la cervecería del lugar y encontrarse con amigas. Sin embargo, reconocieron que eso podía provocar pleitos y divorcios.

Es así como estos dos diagramas muestran ampliamente los problemas sociales —y económicos— que los habitantes prevén para los usuarios del distrito de riego. El sistema no necesariamente va a provocar por sí solo un problema que no haya estado ahí desde antes. El acceso y el control del dinero es una fuente inherente de conflicto entre las parejas. Sin embargo, el sistema planeado le dará una nueva magnitud a esta disputa: Aquí hay un conflicto emergente basado en el mayor acceso al dinero en efectivo en esta

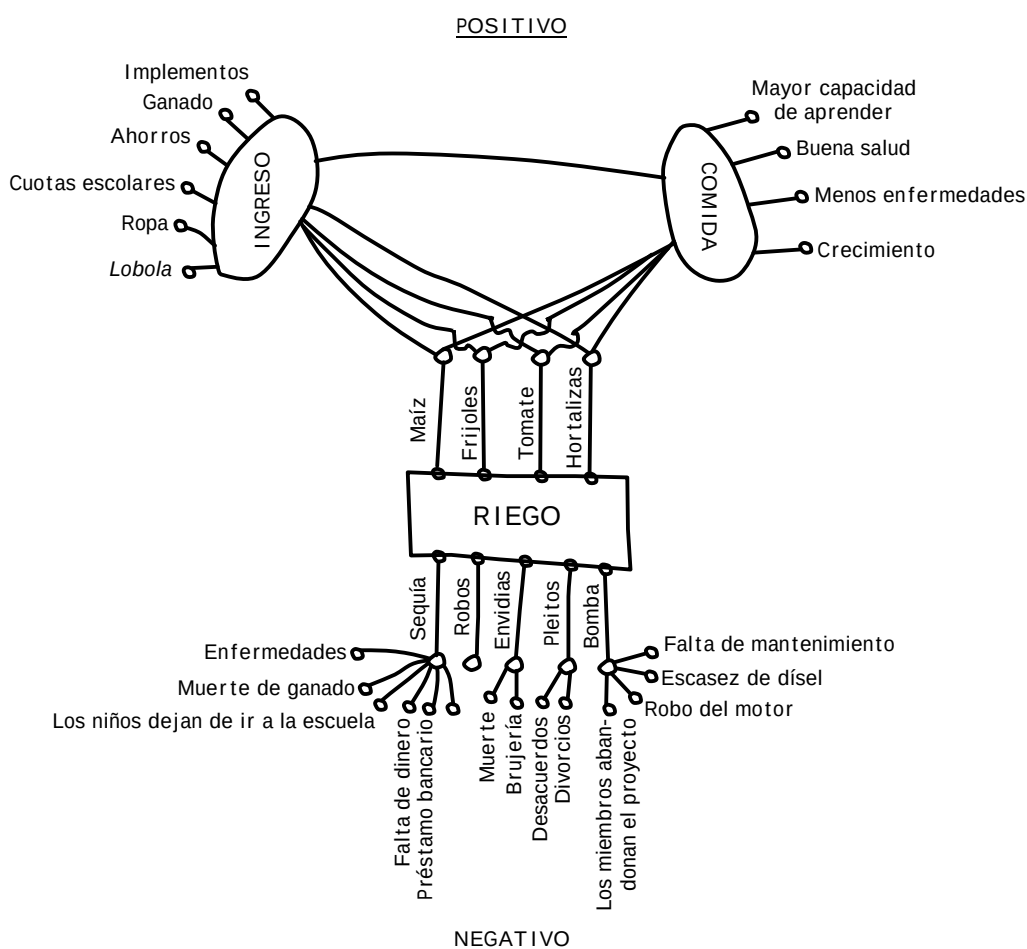


Ilustración 2. Diagrama de flujo de impacto del distrito de riego.
Grupo de hombres, aldea Mavenge, Zimbabwe.

comunidad.

Ahora que la gente de Redd Barna está consciente de la alta probabilidad de ocurrencia de este conflicto, gracias al ejercicio de DRP con el que se incitó la reflexión por parte de miembros de la comunidad, ¿tiene la institución la responsabilidad de hacer algo para ayudar a los miembros de la comunidad a contener o resolver el conflicto antes de que esté fuera de control? Yo creo que la respuesta debe ser sí. Creo que las promotoras y los promotores de desarrollo siempre debemos estar más conscientes de los conflictos de género y de su resolución en las comunidades, dondequiera que trabajemos. Sin embargo, este punto se aborda en otro lugar de esta selección de textos. Aquí me quiero concentrar particularmente en el conflicto en relación con género y SIDA, y el uso potencial de las técnicas de DRP.

Una conclusión

Tal como lo muestran las cifras que están al principio, la amenaza de la transmisión del VIH en esta y en otras comunidades es enorme. Si un aumento en el acceso al dinero va a aumentar la capacidad de los hombres de gastar en mujeres y en cerveza, y si los divorcios se multiplican, una de las consecuencias más probables es un aumento en la transmisión del VIH. El equipo de Redd Barna compuesto por hombres jóvenes detectó en su recorrido una alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual, cuando los jóvenes de la aldea les mostraron diferentes especies de plantas locales que se utilizan en su tratamiento⁸. Los niños de la aldea también hablaron bastante de conflictos familiares y de divorcios. Estos síntomas subrayan la amenaza de la transmisión del VIH.

Me parece que aquí hay un gran potencial para el uso de DRP para ayudar a la gente a enfrentar y resolver los conflictos. La capacitación en las técnicas de DRP pone mucho énfasis en la necesidad de desarrollar aptitudes para la comunicación. Si bien mucha gente sabe algo de la importancia de los condones en la reducción de la transmisión del VIH, pocas parejas logran acordar su uso. Tanto los promotores de campo como los miembros de las comunidades pueden adaptar y usar las aptitudes para la comunicación para permitir que mujeres y hombres reconozcan y enfrenten las muchas barreras que existen para comprometerse a tener relaciones sexuales seguras: Barreras tales como la vergüenza, el miedo, la culpa y el enojo.

En segundo lugar, hay ahora varios estudios de caso excelentes que muestran cómo los ejercicios de DRP han permitido que miembros de las comunidades analicen sus situaciones de manera gráfica, perciban cómo han surgido nuevos problemas e imaginen cómo puede ser su futuro. Existe la creencia muy difundida de que la esperanza de vida de los portadores del VIH es de apenas uno o dos años, pero la verdad es que 50% de los

⁸ Esto es un indicativo del escaso uso de condones en el área. Una alta incidencia de enfermedades de transmisión sexual en una comunidad indica también una alta vulnerabilidad a la transmisión del VIH, por la presencia de llagas abiertas.

portadores del virus no han desarrollado el SIDA 10 años después de contraer la infección. La organización TASO en Uganda siempre ha reconocido la importancia de ayudar a las personas que se han enterado de que son portadoras del VIH a planear con esmero su futuro y el de sus dependientes. La realización de estos planes, además de ser una estrategia muy sensata para pensar en los demás en caso de que surja el síndrome, es además un medio psicológico extremadamente importante para que la gente pueda sobrellevar la noticia de su diagnóstico. La experiencia ha llevado a TASO a darse cuenta de que el vivir positivamente es una estrategia crítica para la supervivencia. El uso de DRP a nivel comunitario tiene tal vez un enorme potencial para ayudar a hombres y mujeres a analizar sus necesidades mutuas y a planear un futuro más seguro.

Hay dos limitaciones muy particulares del trabajo de promoción del desarrollo (incluyendo los DRP) que deben ser superadas para permitir que hombres y mujeres respeten y apoyen las necesidades de los unos y de las otras más eficazmente. Nosotros, como promotores, tenemos que aprender aptitudes de animación y de arbitraje⁹, para actuar responsablemente cuando nuestro trabajo revela un conflicto inherente o emergente. Tendemos a asumir —y los profesionales del DRP han errado en este sentido— que el conflicto es política, y que la política no nos concierne realmente en nuestra calidad de promotores del desarrollo. Y entonces pasamos por alto los conflictos a nuestra cuenta y riesgo, ya que **siempre** hay conflicto en cualquier comunidad, ya sea entre comerciantes ricos y clientes pobres, entre los hombres mayores y sus inquietos hijos, luchas por el poder entre miembros del clan, aparte de los conflictos sociales y económicos entre hombres y mujeres. A menos de que nosotros, como promotores, reconozcamos estas dimensiones políticas de todas nuestras intervenciones, tenemos muy escasas probabilidades de lograr éxito en el desarrollo de nuestros proyectos.

En segundo lugar, y con relación a todo lo anterior, el trabajo de promoción del desarrollo se ha centrado enormemente en soluciones materiales o técnicas y en la salud física. Ahora se está reconociendo poco a poco que el bienestar psicológico es también un ingrediente vital para la calidad de vida. En relación con el VIH y el SIDA, para la gente pobre que no tiene suficiente para comer, y que no tiene acceso a atención médica adecuada, cualquier achaque se convierte en enfermedad. Y para colmo de males, la gente con VIH y SIDA recibe un estigma social negativo muy fuerte. Hay tal miedo al contagio a través del contacto social normal (a pesar de que este peligro es prácticamente nulo), que mucha gente con el virus vive en el aislamiento. Muchos portadores del VIH pierden toda esperanza y se enferman de pura tristeza. Son las mujeres las más propensas a contraer la infección, ya que son ellas las que se encargan de cuidar de los enfermos. Si son portadoras del virus al dar a luz, existe una probabilidad de entre 15 y 30% de que sus bebés nazcan contagiados. Además, las mujeres con VIH tienen que sobrellevar el prejuicio a la vez que

⁹ Gracias a Andreas Fuglesang por sugerir estas ideas.

su propia mala salud¹⁰. Por lo general, las mujeres son más vulnerables a la infección que los hombres, por la estructura biológica de los genitales femeninos, así como por un gran número de factores sociales, económicos y políticos¹¹. Por todo lo anterior, ya es hora de que los promotores del desarrollo reconozcan que el estrés psicológico es también un asunto que tiene que ver con el desarrollo.

Una solicitud

Estimada lectora, estimado lector: Estoy segura de que muchos de ustedes se han topado con cuestiones relacionadas con el SIDA en su trabajo. Me interesa seguir de cerca el uso del DRP para ayudar a la gente a redefinir su futuro ante la enorme carga que implica el SIDA para los enfermos y sus familias. Creo que el DRP tiene un enorme potencial para ayudar a la gente a planear de manera positiva su futuro, así como para ayudarnos a nosotros mismos a cuestionarnos nuestras propias suposiciones sobre el SIDA.

Apéndice: El juego de TASO.

Pedí a todos los que estaban en el recinto (es decir unas 40 personas) que se pusieran de pie, caminaran y se presentaran estrechando manos con unas 5 o 6 personas que no conocieran. Como estábamos todavía cerca del inicio del seminario, esta solicitud fue fácil de satisfacer, y los participantes accedieron de buena gana. Después de esto, todos se sentaron de nuevo. A continuación se distribuyeron unos papelitos doblados entre todos los presentes. Cada papel tenía (oculto) un signo más o un signo menos. Pedí a todos que desdoblaran sus papelitos, y a los que tenían un papel con signo más que pasaran al frente. (Había 10 papelitos con signo más, es decir el 25%). En seguida, pedí a los que se habían quedado sentados que, si habían estrechado la mano de alguno de los 10, pasaran al frente con ellos. Quedaron sólo 3 sentados. Para terminar, les dije a estos 3: “Vayan con cualquiera de los que están al frente con quien hayan estrechado manos (en algún otro momento)”. Los tres pasaron al frente, dejando las sillas vacías.

Después expliqué que este es un ejercicio que usa TASO en Uganda para ilustrar las tasas actuales de propagación del VIH, y pedí a todos que se sentaran de nuevo.

¹⁰ Ver Berer y Ray (comps.) *op. cit.* y además: *Triple Jeopardy: Women and AIDS*, Panos Institute, Londres, 1990.

¹¹ Berer y Ray (comps.) *op. cit.*, p. 45, y además: Merson, M. 1993. discurso del director ejecutivo del programa global de la OMS sobre SIDA en la Segunda Conferencia Internacional sobre VIH en niños y madres, Edimburgo, septiembre de 1993 (Boletín de prensa de la OMS no. 69).

- Sección B -
***El uso de enfoques
participativos para el
diagnóstico de
necesidades***

VISITA A SRI LANKA¹

DRP para diagnóstico de necesidades en salud sexual: informe de un taller en Sri Lanka

Jerker Edström y Sia Nowrojee

Síntesis ejecutiva

Este es el informe de la visita que realizaron a Sri Lanka (del 12 al 21 de febrero de 1997) Sia Nowrojee (consultora asociada) y Jerker Edström, funcionario de la Alianza Internacional para el VIH y el SIDA (IHAA, International HIV/AIDS Alliance), para asistir a Alliance Lanka (AL) en la planeación y la ejecución de un taller de cinco días sobre métodos participativos para el diagnóstico de necesidades comunitarias. Jerker Edström había identificado con anterioridad a las personas disponibles localmente con más experiencia y con reconocimiento a nivel internacional en la metodología de Diagnóstico Rural Participativo (DRP). Así se estableció contacto con la Sra. Mallika Samanarayake, directora del Instituto de Interacción Participativa para el Desarrollo (IPID, Institute of Participatory Interaction in Development), quien accedió a asumir el papel de conductora del taller en lengua cingalesa, con el apoyo de otros trabajadores del IPID. El 12, 13 y 14 de febrero se llevaron a cabo reuniones de planeación. El taller tuvo lugar en Colombo, empezó el 14 de febrero por la noche y terminó el 19, también por la noche. El trabajo de campo se efectuó en una colonia popular de Colombo en las tardes del 17 y del 18 de febrero.

La primera parte del taller fue una presentación de los conceptos y principios de DRP, a cargo de la Sra. Samanarayake, que incluyó un marco histórico. Se dijo que el DRP, o “diagnóstico rural participativo”, es un enfoque que se desarrolló a partir de la idea de que las comunidades son sus propios expertos, que los promotores del desarrollo no deben más que “facilitar” o conducir el proceso, y que las metodologías de promoción del desarrollo deben ser participativas. Los principios subyacentes de DRP son, entre otros: la transparencia; el diagnóstico de la realidad de la situación; el aceptar que, como promotores, no sabemos ni tenemos que saber todo; el respeto de la diversidad al interior de las comunidades; la identificación de soluciones específicas a partir de información del

¹ Jerker Edström y Sia Nowrojee (1997): *Visit to Sri Lanka: Report on a PRA workshop for Sexual Health Needs Assessment*, International HIV / AIDS Alliance, Londres.

dominio público, por parte de las propias comunidades; la asistencia en la recopilación de información, pero dejando que la propia comunidad se apropie del proceso y de la información resultante. Por lo general, las tres piedras angulares del desarrollo participativo y del DRP involucran un equilibrio entre:

1. usar metodologías y técnicas participativas;
2. aprender actitudes y conductas apropiadas, y
3. garantizar un proceso, marco o “enfoque” participativo.

Si bien se trató deliberadamente de ejemplificar con casos concretos todos los asuntos de salud sexual durante las diferentes etapas del taller, esta necesidad se hizo aun más patente en el transcurso del taller. Lo que se hizo entonces fue pasar de los temas y métodos generales a los que se refieren específicamente a salud sexual, a través de análisis y herramientas de disgregación por sexo y de maneras de analizar la sexualidad. Se abordaron varias herramientas de DRP divididas en categorías, y los participantes pudieron experimentar algunas herramientas pertenecientes a cada grupo. Estas categorías son:

- la representación en mapas (relaciones espaciales, visuales o “de ubicación”);
- el diagnóstico del cambio (relaciones temporales);
- el análisis de sistemas (relaciones causales, lógicas y otras de tipo “dinámico”);
- la diferenciación por sexo, edad o riqueza (relaciones diferenciales);
- el orden de prioridades y la comparación (relaciones proporcionales y ponderadas), y
- la entrevista (técnicas para la “encuesta oral”).

Este informe contiene explicaciones detalladas de todas las técnicas que se presentaron en el taller, con instrucciones paso por paso y ejemplos gráficos de los ejercicios y del trabajo de campo. Además de ser un informe convencional de un taller, este documento pretende ser útil para los promotores de campo y/o para instructores que quieran probar por sí mismos las metodologías participativas, o para los que estén interesados en comparar estos métodos con los que ya estén usando en su propio trabajo.

Durante el trabajo de campo, se observaron dinámicas e interacciones de grupo muy interesantes entre los participantes y los miembros de las comunidades. En particular, se vio que:

- ⇒ Si bien en un principio fue particularmente difícil involucrar a los adolescentes varones en el trabajo, al final mostraron una entrega y una calidad de análisis sorprendentes.
- ⇒ Las mujeres trabajaron por lo general mejor en grupos sin hombres.
- ⇒ La disposición de las mujeres a diferir de los hombres no llegó hasta el punto de aceptar “falsedades”; las mujeres demostraron muy bien su disposición a objetar en público.

- ⇒ El trabajo con grupos mixtos fue más fácil en grupos de la misma edad.
- ⇒ Además de estar atentos a la conducta de miembros de la comunidad, los conductores tuvieron que vigilar su propia tendencia a disertar.

En el último día del taller, el director de programa de AL presentó a los participantes los formatos de informe y de propuesta de diagnóstico de necesidades, con objeto de que éstos pudieran solicitar a AL apoyo financiero para llevar a cabo su propio diagnóstico de necesidades comunitarias. Asimismo se realizó una evaluación del taller usando algunos métodos participativos. En términos generales, esta evaluación mostró que todos habían disfrutado el espíritu de equipo de los participantes, la entrega y el estilo de los conductores y asesores, el trabajo de campo y las técnicas específicas de DRP. Varios participantes, sin embargo, sugirieron mejoras con respecto al uso del tiempo, el local y los aspectos logísticos del taller, la tensión entre los temas a veces controvertidos que surgieron y la falta de tiempo para debatir, e incluso algunas de las técnicas de DRP.

Después del taller, el equipo se reunió con el personal de AL y del IPID, el 20 de febrero, para discutir y reflexionar sobre el taller y sacar lecciones para un taller similar que se llevaría a cabo en marzo. A continuación se discutieron las implicaciones para el trabajo de seguimiento en relación con la contratación de los participantes para que efectuaran sus propios diagnósticos participativos de necesidades comunitarias, y con los arreglos para un taller sobre diseño de proyectos planeado para fines de abril.

En términos generales, el taller y la visita tuvieron un gran éxito en cuanto al fortalecimiento de la capacidad tanto de AL como de sus beneficiarios para utilizar los recursos técnicos existentes en el país. Este acercamiento entre actores del sector de organizaciones no gubernamentales (ONGs) de diferentes áreas y campos de trabajo parece haber suscitado una apasionante atmósfera de creatividad y un “gusto” por la innovación entre todos los que estuvieron implicados - incluyendo al proveedor de apoyo técnico, el IPID, institución para la cual esta ha sido una oportunidad de desarrollar aun más su propia capacidad, por medio de la diversificación de su importancia para el sector de ONGs en general.

1. Introducción y perspectiva general

Este es el informe de la visita que realizaron a Sri Lanka (del 12 al 21 de febrero de 1997) Sia Nowrojee (consultora asociada) y Jerker Edström (funcionario de la Alianza Internacional para el VIH y el SIDA (IHAA, International HIV/AIDS Alliance). El motivo de la visita fue asistir a Alliance Lanka (AL) en la planeación y la ejecución de un taller de cinco días sobre métodos participativos para el diagnóstico de necesidades comunitarias.

Después de la evaluación anual que se llevó a cabo en AL en noviembre y diciembre de 1996, esta organización había tomado la decisión de planear una estrategia intensiva de fortalecimiento de ONGs enfocada a las organizaciones asociadas a la alianza que realizan trabajo de campo. Esta estrategia, que se desarrolló con aportes de las ONGs asociadas y del personal de AL, así como de Sia Nowrojee y Jerker Edström, estaba enfocada hacia (i)

mejorar la capacidad de las organizaciones asociadas para planear y trabajar con sus comunidades de manera más participativa, y (ii) ampliar y profundizar las capacidades en las áreas de género, sexualidad y salud sexual. Una parte de la estrategia para lograr tal fortalecimiento de las ONGs consistiría en proporcionarles, por lo menos, los siguientes elementos:

- capacitación en género, sexualidad y salud sexual;
- capacitación en metodologías participativas para el diagnóstico de necesidades comunitarias en esta área, y subvenciones para llevar a cabo tales diagnósticos;
- capacitación en el diseño de proyectos y la planeación de estrategias, utilizando enfoques participativos.

La capacitación que se organizó para esta visita cae en gran medida en la segunda categoría de la lista anterior, aunque también intentaba “profundizar” la capacitación en género y sexualidad de los participantes que ya habían asistido a este curso en octubre-noviembre de 1996.

Antes de la visita, el equipo había discutido y acordado un conjunto de atribuciones y responsabilidades con Alliance Lanka. Jerker Edström había identificado con anterioridad a las personas disponibles localmente con más experiencia y con reconocimiento a nivel internacional en la metodología de Diagnóstico Rural Participativo (DRP)², y estableció contacto con la Sra. Mallika Samanarayake, directora del Instituto de Interacción Participativa para el Desarrollo (IPID, Institute of Participatory Interaction in Development), quien accedió a asumir el papel de conductora del taller en cingalés, con el apoyo de otros trabajadores del IPID.

El 12, 13 y 14 de febrero, el equipo se reunió con el personal de AL y de IPID para planear el taller. Los participantes en el taller, los conductores y el equipo de la Alianza llegaron al centro de capacitación en Colombo en la noche del 14 de febrero, y posteriormente el taller se desarrolló hasta el día 19 por la noche. El trabajo de campo se efectuó en una colonia popular de Colombo en las tardes del 17 y del 18 de febrero. Después del taller, el equipo se reunió con el personal de AL y del IPID, el 20 de febrero, para discutir y reflexionar sobre el taller y sacar algunas lecciones para un taller similar que se llevaría a cabo en marzo. A continuación se discutieron las implicaciones para el trabajo de seguimiento en relación con la contratación de los participantes para que efectuaran sus propios diagnósticos participativos de necesidades comunitarias, y con los arreglos para un taller sobre diseño de proyectos planeado para fines de abril. Este informe describe estas actividades y el contenido y proceso del propio taller. El capítulo 3 está estructurado de acuerdo con las categorías de contenido y métodos, en vez de consistir en una descripción

² A pesar de que los métodos tienen un rango de aplicaciones mucho más amplio que el diagnóstico rural, usaremos aquí el acrónimo DRP para referirnos a los métodos y el enfoque participativo en cuestión, ya que este término es bien conocido y ampliamente usado a escala internacional.

cronológica de las actividades. La secuencia de estos temas, sin embargo, sigue más o menos el orden en que fueron cubiertos durante el taller.

2. Planeación del taller

El 12 de febrero se llevó a cabo una reunión preliminar introductoria entre Mallika Samanarayake, directora del IPID; Kamanee Hapugalle, directora ejecutiva de Alliance Lanka; Chulani De Zoysa, coordinadora de apoyo técnico de AL; Shanthi Fonseka, director de programa de AL, y Jerker Edström. El día siguiente tuvo lugar una reunión más amplia de planeación del taller, ya con la presencia de Sia Nowrojee. El día 14 hubo también una reunión, aunque más breve.

A partir de los objetivos de la lista de atribuciones y responsabilidades, se realizaron las discusiones del 13 de febrero y se definieron 4 objetivos globales para el taller con el IPID. También se acordó que estos objetivos se presentarían a los participantes del taller después de que hubieran presentado sus propias expectativas para la semana. A continuación, se trataría de comparar y “armonizar” en la medida de lo posible los objetivos y las expectativas.

Los cuatro objetivos que se acordaron son:

- Permitir que los participantes usen las técnicas de DRP para el diagnóstico de las necesidades comunitarias en el ámbito de salud sexual.
- Desarrollar la comprensión por parte de los participantes de los conceptos subyacentes y de los principios de DRP, como un enfoque para el trabajo comunitario.
- Lograr cambios positivos de actitud de los participantes hacia el trabajo con sus comunidades de manera participativa.
- Permitir que los participantes planeen el trabajo de campo de DRP y que desarrollen sus propias propuestas para el diagnóstico de necesidades comunitarias.

Estos objetivos constituirían también una parte importante de la evaluación final del propio taller.

Se constató que el grupo de participantes estaba bastante desequilibrado en cuestión de género. Las discusiones sobre las maneras de minimizar este problema condujeron a la sugerencia de que las tres mujeres que iban a participar (una de las cuales era Chulani De Zoysa, la coordinadora de apoyo técnico) deberían mantenerse juntas siempre que fuera posible en los ejercicios y en el trabajo de campo, para llegar a comprender los beneficios de usar grupos compuestos únicamente de hombres o de mujeres en el trabajo de DRP. Jerker Edström y Sia Nowrojee subrayaron la necesidad de invitar a grupos de participantes más equilibrados en el futuro.

Al abordar el tema de la planeación de las sesiones para la semana, Jerker Edström sugirió un marco general, que se discutió. Este marco general consistía en concebir al taller como un camino a través de la teoría y de ejercicios prácticos, yendo desde lo general hacia lo

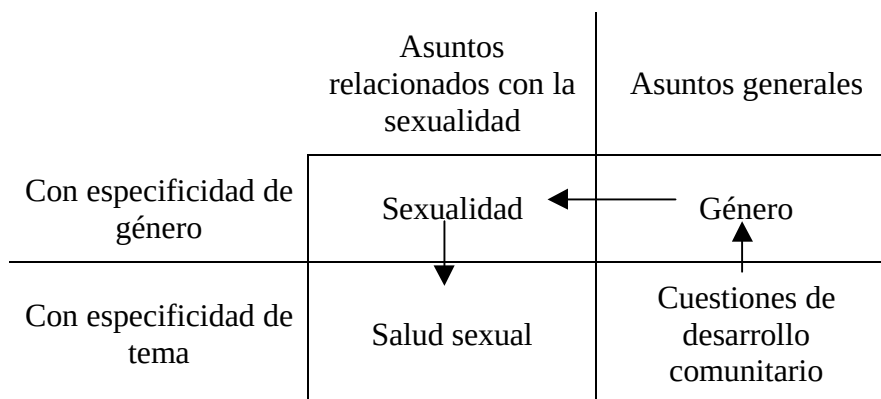


Ilustración 1. Marco para la planeación del Taller de DRP y Salud Sexual.

específico, desde los métodos holísticos y descriptivos hacia los más disgregados y analíticos.

Si bien se trató deliberadamente de ejemplificar con casos concretos todos los asuntos de salud sexual durante las diferentes etapas del taller, esta necesidad se hizo aun más evidente en el transcurso del taller. Lo que se hizo entonces fue pasar de los temas y métodos generales a los que se refieren específicamente a salud sexual, a través del análisis y herramientas de disgregación por sexo y de maneras de analizar la sexualidad, tal como se describe en la Ilustración 1.

A partir de este marco se discutió un esquema de la estructura del taller y, con el fin de facilitar la discusión, Jerker Edström condujo una lluvia de ideas agrupando las herramientas específicas de DRP bajo categorías amplias tales como:

- la representación en mapas (relaciones espaciales, visuales o “de ubicación”);
- el diagnóstico del cambio (relaciones temporales);
- el análisis de sistemas (relaciones causales, lógicas y otras de tipo “dinámico”);
- la diferenciación por sexo, edad o riqueza (relaciones diferenciales);
- el orden de prioridades y la comparación (relaciones proporcionales y ponderadas), y
- la entrevista (técnicas para la “encuesta oral”).

Se acordó que el taller requería una introducción meticulosa a los conceptos y principios de DRP. A continuación se realizaría una secuencia de ejercicios prácticos de algunas de las herramientas de cada una de las categorías antes listadas, yendo de lo general y lo descriptivo hacia las técnicas, para lograr análisis más específicos y sondeos más profundos. La última parte del taller también incluiría prácticas de campo para permitir que los participantes practiquen sus nuevas habilidades y aprendan a captar la participación de

la gente en la comunidad. Se decidió que la semana terminaría ayudando a los participantes a planear y documentar su propio trabajo de diagnóstico participativo de necesidades comunitarias en salud sexual, así como con una evaluación participativa del propio taller.

Se discutió brevemente cuáles serían las tareas y las responsabilidades de los distintos trabajadores de AL y del IPID, así como de Jerker Edström y de Sia Nowrojee. En retrospectiva, si embargo, no se le dio la importancia y el tiempo suficientes a estas discusiones (en parte debido a restricciones relacionadas con la logística y con factores externos). Se tuvieron que hacer algunos cambios en tareas específicas y en la propia agenda del taller. Afortunadamente, estos cambios no afectaron substancialmente el contenido, el desarrollo general y el éxito del taller, pero deben tomarse en cuenta para la planeación de los siguientes talleres sobre DRP y salud sexual, planeados para fines de marzo, y para otros talleres en el futuro.

3. El taller de DRP para el Diagnóstico de Necesidades en Materia de Salud Sexual

El taller de Diagnóstico Rural Participativo para el Diagnóstico de Necesidades en Materia de Salud Sexual se llevó a cabo en una colonia obrera, el 15° distrito de Colombo, situado un poco al norte del puerto y del área del fuerte. El local era un centro de capacitación modesto pero agradable situado al borde del mar, operado por una organización local de beneficencia que trabaja con niños de la calle y con huérfanos (y cuyo único vínculo con AL era proveer la sede para este evento). Este capítulo describe la estructura, el contenido y el desarrollo del taller, subrayando los conceptos y herramientas específicos que se cubrieron, así como los ejercicios y el trabajo de campo que se realizaron para practicarlos.

3.1. Estructura y desarrollo del taller

El taller siguió de cerca la estructura y la agenda que se habían planeado, y tuvo una amena mezcla de aprendizaje conceptual y práctico. Esto sirvió para reforzar los “valores” de participación, creatividad y flexibilidad que son inherentes al enfoque de DRP. En las noches, al concluir las sesiones, se presentaron videos sobre DRP y sobre su aplicación al análisis rural y de género (todos en el contexto de Sri Lanka o del sur de Asia); discusiones informales en las habitaciones de los participantes; cantos, y “tareas” en grupos. Todas estas actividades fortalecieron el espíritu de equipo y resultaron ser altamente motivadoras.

Los participantes eran 15 promotores de ONGs asociadas (cada uno de una ONG diferente), además de tres delegados de AL, Chulani De Zoysa (coordinadora de apoyo técnico de AL) y Shanthi Fonseka (director de programa de AL). Además, Kamanee Hapugalle (directora ejecutiva de AL) asistió intermitentemente para observar y para proporcionar asistencia en cuestiones técnicas específicas (relacionadas con género, sexualidad y salud sexual), junto con Jerker Edström y Sia Nowrojee, quienes también proveyeron asistencia metodológica.

Seis de las 15 ONGs habían establecido convenios de financiamiento con AL en 1995, habían completado sus actividades, habían sido evaluadas y planeaban ejecutar diagnósticos de necesidades comunitarias para presentar nuevas solicitudes de financiamiento en el mismo año. Las otras 9 habían establecido convenios en 1996, y estaban iniciando —o a punto de iniciar— diagnósticos de necesidades comunitarias. La mayoría de los grupos era de Colombo y de las provincias del sur y del centro-sur (con poca presencia de las organizaciones asociadas de las áreas centrales).

El énfasis que se hizo a lo largo del taller en un uso triangulado de la teoría; en la aplicación práctica de la metodología y en la atención constante a la conducta y las actitudes resultó ser muy exitoso y estimulante. Los beneficios de este enfoque son tanto sociales como pedagógicos. En la mayoría del trabajo de grupo, los participantes estuvieron de acuerdo en asumir los papeles de conductores, secretarios y observadores. Hubo a lo largo de la semana un cambio gradual muy claro de actitudes y de modo de pensar, lo cual sorprendió positivamente a los propios participantes. Los lazos de amistad se desarrollaron rápidamente, y el entusiasmo y dedicación al trabajo se acentuaron de manera sorprendente. En la penúltima noche del taller, por ejemplo, los participantes estuvieron hasta altas horas de la noche (entre 1:00 y 4:00 A.M.) terminando los “informes rápidos” de su trabajo de campo, que se incluirían en el informe del taller de IPID a AL escrito en cingalés. Aunque esto puede parecer excesivo, demuestra el entusiasmo y la disposición de los participantes para dedicar el mayor tiempo y esfuerzo posibles al proceso.

3.2. Conceptos y principios de DRP

Mallika Samanarayake, directora del IPID, presentó los conceptos y principios subyacentes de DRP, empezando con un marco histórico. La necesidad del DRP surgió cuando fue claro que la mayoría de los enfoques para el desarrollo eran verticales y no participativos. De hecho, los planes de desarrollo a menudo resultaban investigaciones cuyo principal propósito era la investigación en sí misma, y que eran realizadas por “turistas del desarrollo”, es decir, forasteros que visitaban brevemente las comunidades, diagnosticaban las necesidades y hacían planes. Estos enfoques han fracasado en la mayoría de los casos. El DRP, o “diagnóstico rural participativo”, es un enfoque que considera que las comunidades son sus propios expertos, que los promotores del desarrollo no deben más que “facilitar” o conducir el proceso, y que las metodologías de promoción del desarrollo deben ser participativas. Los principios subyacentes de DRP son, entre otros: la transparencia; el diagnóstico de la realidad de la situación; el aceptar que, como promotores, no sabemos ni tenemos que saber todo; el respeto de la diversidad al interior de las comunidades; la identificación de soluciones específicas a partir de información del dominio público, por parte de las propias comunidades; la asistencia en la recopilación de información, pero dejando que la propia comunidad se apropie del proceso y de la información resultante.

La Sra. Samanarayake recalcó que, a pesar de que las técnicas y enfoques de DRP no son nuevos en Sri Lanka, acaban de ser sistematizados en una metodología. El principio clave de DRP de escuchar a las comunidades siempre ha existido en el trabajo de desarrollo agrícola en Sri Lanka, y la idea de entender la relación causa-efecto es inherente en los principios del budismo. Por añadidura, el DRP está evolucionando constantemente y se nutre de disciplinas existentes tales como la investigación-acción, la antropología social, la educación de adultos, la investigación agrícola y el análisis de sistemas. En varios lugares, el uso de métodos participativos ha sido adaptado y expandido. El IPID ha usado el DRP para proyectos que no se restringen al ámbito rural o al diagnóstico. Prefieren entonces usar el término Interacción Participativa en el Desarrollo para referirse a este proceso, y usan las técnicas en todas las etapas de planeación y ejecución de proyectos, incluyendo el diagnóstico de necesidades, la planeación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación.

Las tres piedras angulares del desarrollo participativo y del DRP son:

1. usar metodologías y técnicas participativas;
2. practicar aptitudes y conductas apropiadas, y
3. garantizar un proceso, marco o “enfoque” participativo.

Cada una de ellas es más efectiva cuando se combina con las demás y es sólo cuando se usan las tres que es posible lograr un éxito real (en el triángulo central del diagrama de tortillas en la Ilustración 2, que aparece adelante).

3.2.1. Metodologías y técnicas participativas

La Sra. Samanarayake reconoció que las metodologías tradicionales que se usan en el trabajo de promoción del desarrollo tienen aplicaciones particulares. Por ejemplo, los cuestionarios son útiles para recopilar datos para censos regionales o nacionales. Sin embargo, no son herramientas muy eficaces para el diagnóstico de necesidades. De hecho, el procesamiento unilateral de los cuestionarios a menudo satisface las necesidades de información del investigador, más que las necesidades de desarrollo de la comunidad. Además, en el trabajo de salud sexual, en donde la información que se busca es personal o delicada desde el punto de vista cultural, estas metodologías son aun menos eficaces. A menudo sucede que las metodologías tradicionales establecen extremos definidos por las suposiciones de los promotores, más que por las posibilidades. Por ejemplo, las comunidades se clasifican como “subdesarrolladas”, encubriendo la diversidad y los recursos que existen a su interior.

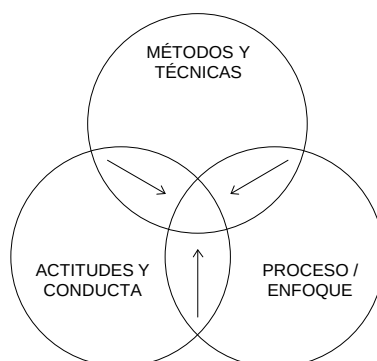


Ilustración 2. “Equilibrio triangular” de las piedras angulares para un trabajo de DRP efectivo.

Las metodologías de DRP se sustentan en el conocimiento existente al interior de la comunidad, y usan esta información para identificar necesidades y soluciones. En este sentido, el DRP es más receptivo y flexible ante las necesidades inmediatas y las cambiantes. Al momento de recopilar esta información, las metodologías de DRP no se centran en los absolutos, sino que tratan de establecer aproximaciones. Esto es particularmente útil en el ámbito de la salud sexual, dado que a menudo no hay respuestas “correctas” y que son muchas las experiencias que hay que tomar en cuenta. Muchas veces, el DRP hará que el promotor tenga que ir más allá de sus suposiciones y que vea las cosas desde el punto de vista de la comunidad. (Los participantes plantearon la cuestión de que muchos proveedores de fondos—incluyendo a AL y a la IHAA—piden estadísticas. Muy frecuentemente las necesidades de los proveedores de fondos tienen prioridad sobre las de las comunidades, y se planteó que es necesario lograr un equilibrio entre las metodologías y la recopilación de información para las comunidades, por un lado, y la información para los proveedores de fondos, por otro.)

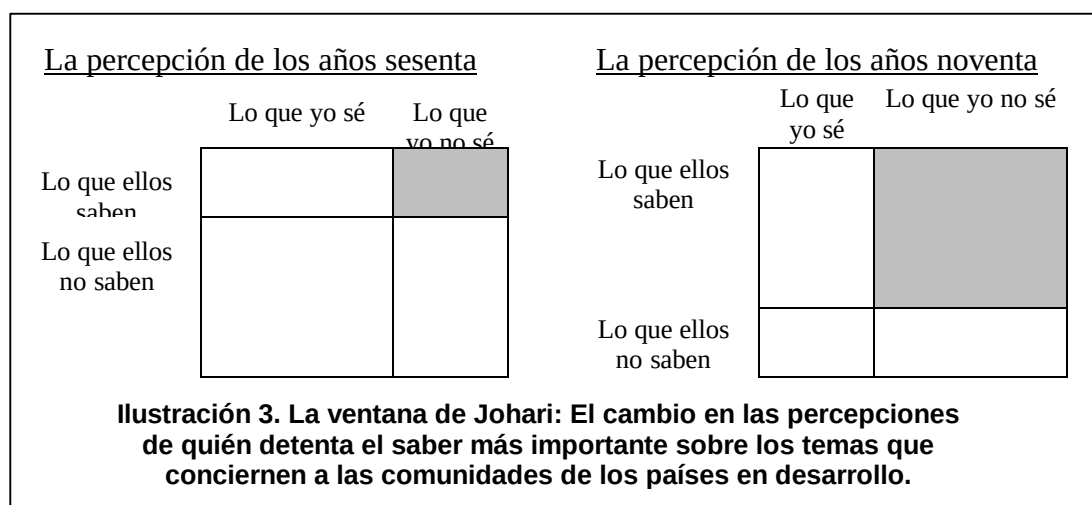
La Sra. Samanarayake terminó la discusión sobre métodos y técnicas con un resumen de la “caja de herramientas de DRP”, enumerando varias técnicas tales como: el uso de información secundaria, las entrevistas semi-estructuradas, las guías temáticas, los mapas y modelos, los diagramas de análisis estacional, las caminatas de transecto y las observaciones directas, las líneas y tendencias temporales, los informantes clave, las discusiones de grupo con orientación específica, las matrices de puntuación y de orden de prioridad, el ordenamiento por preferencia y por parejas, la clasificación de niveles de riqueza, las tradiciones comunitarias (canciones, historias, proverbios), los estudios de caso, los diagramas de tortillas o de Venn, las gráficas, los diagramas de barras, los diagramas de flujo, las lluvias de ideas, el teatro improvisado y la escritura rápida de informes. La mayoría de estas técnicas fueron cubiertas posteriormente.

3.2.2. Actitudes y conductas de los promotores

Para poder facilitar el desarrollo participativo, o usar técnicas de DRP, frecuentemente resulta necesario “desaprender” muchas de las actitudes y conductas que hemos adquirido en nuestro trabajo. Más específicamente, tenemos que bajarnos de la posición del “experto”, y aprender de las comunidades con las que estamos trabajando. La Sra. Samanarayake expuso algunos de los pasos de este proceso de “desaprendizaje”:

- Siéntate con la comunidad; escucha, aprende y respeta.
- En todo momento haz lo que a tu juicio es más conveniente; a menudo la diversidad excluye las pautas rígidas.
- Confía en la capacidad de la comunidad para ejecutar el trabajo y entender sus propias necesidades.
- Relájate, sé humilde, acepta y reconoce tus errores, asimila el error para aprender.

El cambio en las actitudes y conductas es frecuentemente el componente más importante del trabajo de DRP. De hecho, se necesita una perspectiva completamente nueva. Esto se refleja en la “Ventana Johari” que ilustra cómo, en los años sesenta, el campo de promoción del desarrollo suponía que el conocimiento de los promotores era mayor que el de las comunidades. En los años noventa, debido al desarrollo de enfoques más participativos, este punto de vista se ha invertido en términos generales, y la importancia del conocimiento que tienen las comunidades ha adquirido una aceptación más amplia.



3.2.3. El proceso participativo

Compartir el conocimiento es una parte importante del trabajo con comunidades, con el fin de expandir lo que todos sabemos. Un proceso participativo implica compartir información entre la comunidad, compartir experiencias, facilitar el encuentro de diferentes sectores (por ejemplo gobierno y ONGs), y alentar la participación de todos.

3.2.4. La triangulación

Por último, la Sra. Samanarayake abordó un componente clave del DRP: La triangulación, o verificación de la información utilizando técnicas y fuentes diferentes. Esto garantiza que la información recolectada sea válida y además que el proceso incluya información de una amplia variedad de fuentes. La triangulación se debe hacer en tres áreas:

1. **El equipo:** El equipo conductor de DRP debe ser multi-disciplinario y mixto en cuanto a género y otros factores. Esto garantiza que estén representados varios enfoques y varias perspectivas.
2. **Metodologías:** Deben ser variadas, incluyendo observación, entrevistas y la creación de diagramas. Esto permite verificar la información y que se representen diversos puntos de vista.
3. **Información:** Debe recopilarse de una multitud de fuentes, de ser posible (actividades de DRP, información secundaria existente en la comunidad, como mapas, testimonios orales de miembros de la comunidad, etc.), utilizando información tanto cuantitativa como cualitativa.

3.3. Herramientas de DRP

Esta sección incluye una discusión de las diversas herramientas de DRP que se cubrieron durante el taller, incluyendo, para cada una, su descripción, sus aplicaciones (para qué sirve), consideraciones especiales para el trabajo en el área de salud sexual, y ejemplos de las prácticas realizadas por los participantes en el taller. Normalmente los participantes escogieron sus propios ejemplos, a partir de situaciones hipotéticas o de su propio trabajo. Dado que esta era la primera vez que la mayoría de los participantes estaban usando técnicas de DRP, estos ejemplos no son siempre los más representativos de su eficacia. Sin embargo, sí ilustran el proceso a través del cual los participantes empezaron a aplicar su nuevo conocimiento y habilidades. Esta sección tiene sucesivamente un estilo de un manual de instrucciones y de un informe de taller, puesto que se espera que pueda ser útil para lectores que quieran experimentar por sí mismos estas técnicas.

3.3.1. Técnicas de entrevista

Los principios subyacentes de las entrevistas semi-estructuradas pueden ser útiles en una gran variedad de técnicas verbales participativas, incluyendo las discusiones de grupo orientadas y las entrevistas con informantes clave. Además, pueden usarse con otras técnicas de DRP, lo que puede mejorar la eficacia y el éxito de la entrevista y de las otras técnicas.

Cómo hacer entrevistas semi-estructuradas

La Sra. Samanarayake expuso los pasos que se siguen en las entrevistas semi-estructuradas.

- seleccionar un tema de antemano;

- seleccionar un grupo de discusión apropiado;
- identificar temas específicos relacionados con el tema en cuestión, y usar una lista de control para asegurarse de que sean abordados;
- facilitar la discusión por medio de preguntas abiertas, utilizando los “seis ayudantes” (“¿por qué?”, “¿qué?”, “¿cuándo?”, “¿dónde?”, “¿quién?” y “¿cómo?”);
- juzgar las respuestas y guiar la conversación para que no divague;
- al mismo tiempo, permitir que surjan nuevos temas e hipótesis.

Ejercicio

Los participantes se dividieron en tres grupos, cada uno con un conductor, un observador, un secretario y tres participantes que desempeñaban el papel de miembros de la comunidad. Sin que los demás se dieran cuenta, se dijo a uno de estos “lugareños” que tratara de perturbar el desarrollo de la discusión. A continuación, cada grupo discutió un tema de salud sexual (el SIDA, el embarazo en las adolescentes y la prostitución) durante unos 10 minutos. Después, en plenaria, los participantes dieron parte de lo que había sucedido en los grupos, describiendo la dinámica de grupo, qué habían sentido al desempeñar los distintos papeles y cómo habían usado los principios de las entrevistas semi-estructuradas.

Consideraciones para el trabajo en el área de salud sexual

Cuando se llevan a cabo entrevistas semi-estructuradas sobre temas de salud sexual, es buena idea que haya alguien familiarizado con el tema y a quien le resulte fácil abordarlo. En las discusiones de grupo, también es útil que los miembros del grupo y los entrevistadores sean del mismo sexo y tengan más o menos la misma edad. Si bien las entrevistas individuales pueden ser mejores que las de grupo para discutir algunos asuntos muy personales relacionados con la sexualidad o con la salud sexual, la sensibilidad a la imagen y al origen del entrevistador puede resultar aun más importante en las entrevistas individuales.

3.3.2. Los mapas

La elaboración participativa de mapas puede ser usada por las comunidades para empezar a identificar sus recursos y necesidades. Las personas más informadas de las comunidades pueden hacer juntas mapas en la tierra, usando materiales locales para marcar los rasgos distintivos, o bien con papel y plumones. En los mapas se pueden identificar una gran variedad de cosas, como rasgos físicos, colonias, servicios sociales, áreas de riesgo y patrones de migración.

Recomendaciones para la elaboración de mapas en grupos comunitarios

- Encontrar un grupo de miembros de la comunidad bien informados y pedirles que decidan qué parte de la comunidad (si no es que toda) debe incluirse en el mapa.

- Encontrar un lugar adecuado para crear el mapa o “modelo” de la comunidad, tal como un claro grande (pero no con demasiado viento).
- El proceso de creación del mapa debe ser participativo y los participantes deben verificar la información que se está incluyendo en él.
- Los conductores no deben interferir en el proceso y deben ser pacientes y dejar que la propia comunidad haga el mapa.
- Cada mapa debe tener un título, de preferencia la orientación con respecto a los puntos cardinales y los nombres de los participantes.

No importa si el mapa se hace con el Norte hacia arriba, hacia abajo hacia un lado o en diagonal.

Después de hacer el mapa, los conductores deben asegurarse de que se copie a una hoja de papel.

Ejercicio

Los participantes se dividieron en tres grupos por región: Uva / Sabaragamuwa, Occidente / Colombo, y Sur. Cada grupo escogió una ciudad de esa región con la que estuvieran familiarizados y trazaron los siguientes elementos: rasgos físicos de la ciudad, servicios sociales y de salud, y áreas de riesgo para la salud sexual. Las ciudades escogidas fueron Bandara (véase la Ilustración 4), los distritos 7º y 10º de Colombo e Hikkaduwa. Los mapas se hicieron con papel y plumones. Los participantes disfrutaron el proceso de elaboración y, por medio de símbolos, cada grupo identificó un rango de áreas de riesgo para la salud sexual, incluyendo playas, bares, terminales de mototaxis de tres ruedas, parques, casas de huéspedes, mercados y prisiones. También identificaron varios servicios, tales como servicios de salud y ONGs. Al final, cada grupo presentó su mapa a la plenaria.

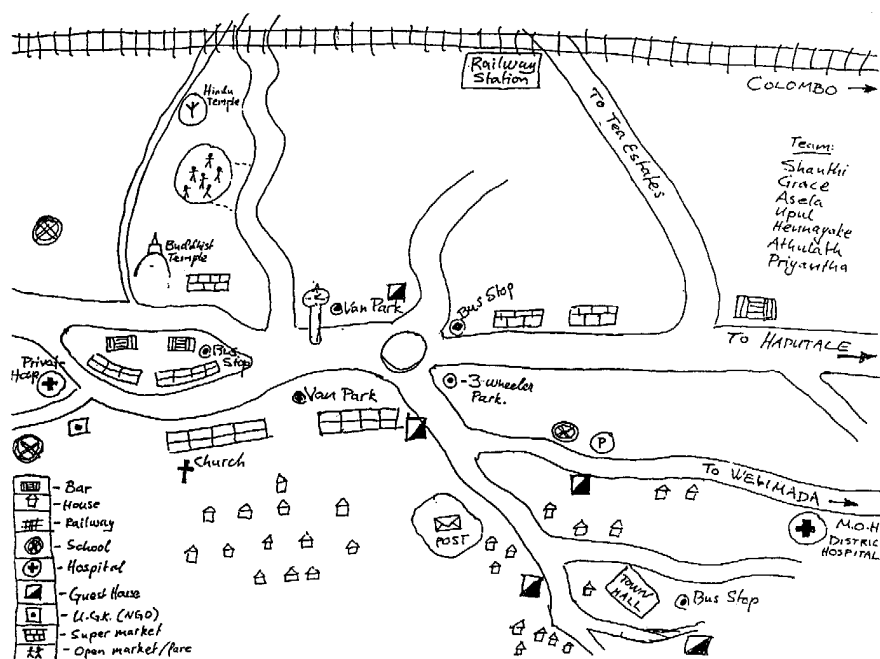


Fig. 4. Mapa de la ciudad de Bandarawella (trazado en una práctica de cartografía).

Consideraciones para los mapas y la salud sexual

Con respecto a la salud sexual, los participantes coincidieron en que la elaboración de mapas era una técnica útil para su trabajo, puesto que representa una manera de *iniciar* las discusiones sobre sexualidad y conducta sexual sin que la gente se sienta amenazada. Al incluir en el mapa varias áreas de riesgo, los grupos pudieron plantear una serie de cuestiones en relación con la salud sexual que se pueden convertir en motivos de discusión, como el abuso sexual en las prisiones, el turismo sexual, el papel de los conductores de mototaxis en el transporte de trabajadoras del sexo y de sus clientes, y las relaciones sexuales entre los vendedores y las estudiantes en lugares donde hay escuelas próximas a mercados. Los mapas también permitieron que el grupo ubicara y evaluara el acceso a los servicios de salud sexual existentes, y las lagunas que hay en estos servicios. La información que se reunió por este medio suministró las bases para análisis más específicos con otras técnicas de DRP.

3.3.3. El análisis del cambio

Se presentaron en el taller varias técnicas de DRP que sirven para analizar cambios en el tiempo, incluyendo tanto los cambios históricos *a lo largo* del tiempo, como los cambios recurrentes o cíclicos *en* el tiempo. Estas técnicas se pueden usar, entre otras cosas, para diagnosticar los cambios a nivel comunitario o individual, para determinar cambios en los

recursos, las percepciones y las conductas, y para establecer el impacto de las estaciones en varios aspectos de la vida comunitaria, permitiendo que los participantes establezcan vínculos entre diferentes aspectos de sexualidad y género. Entre estas técnicas, podemos mencionar:

- Análisis de tendencias;
- línea histórica colectiva;
- línea histórica personal;
- análisis de cambios estacionales;
- ciclos mensuales de salud sexual y de sexualidad;
- diagramas de actividades diarias (relojes de 24 horas).

En el taller se explicaron con detalle y se hicieron ejercicios de las siguientes técnicas: análisis de tendencias, líneas históricas, diagramas de cambios estacionales y diagramas de actividades diarias. Los participantes se dividieron en 5 grupos, que usaron diferentes técnicas de DRP para tratar cuestiones relacionadas con la salud sexual. Las sesiones prácticas incluyeron a menudo situaciones hipotéticas.

El análisis de tendencias

El análisis de tendencias se puede usar para describir las percepciones que tiene la gente de los cambios de largo plazo, en cuestiones tales como el uso del suelo, los niveles de ingreso, la migración, la edad de la gente al momento de casarse o de tener su primera relación sexual, los cambios en las estructuras familiares y la incidencia de las relaciones sexuales prematrimoniales o extraconyugales. Esta técnica puede ser particularmente útil para poner en relieve las nuevas preocupaciones de la comunidad, ubicándolas en su contexto histórico.

Cómo diagnosticar las tendencias percibidas

- Forma un grupo y decide qué tendencias quieres analizar.
Este es un ejercicio general adecuado para grupos mixtos, y puede realizarse después de un ejercicio de elaboración de mapas, por ejemplo.
- Sugiere posibles maneras de llevar a cabo el análisis, y deja que los participantes decidan cómo hacerlo.
Por ejemplo, mostrar las tendencias con líneas en una gráfica a lo largo del tiempo, o bien como diferentes proporciones (en columnas o en diagramas circulares o “de pastel”) en fechas históricas clave.
- A continuación se determinan los niveles —o las proporciones— en fechas clave y se registran en la gráfica.
(y luego se unen los puntos, en caso de que se esté haciendo una gráfica a lo largo del tiempo).

- Se discuten los cambios entre el antes y el ahora.
Si se están analizando varias tendencias al mismo tiempo, plantea preguntas sobre posibles interrelaciones entre las diferentes tendencias.

Desafortunadamente, como esta técnica se explicó junto con el análisis de cambios estacionales (debido a la falta de tiempo disponible en el programa del curso), hubo cierta confusión respecto a quién se encargaría de hacer el análisis de tendencias, con el resultado de que todos los grupos acabaron haciendo otros ejercicios relacionados con el análisis temporal. Sin embargo, el análisis de tendencias se trató en el trabajo de campo (véase la Ilustración G en el Apéndice).

La línea histórica

Las líneas históricas se pueden usar para registrar gráficamente eventos clave en las vidas de las personas que han afectado su sensación de bienestar. Se pueden usar para entender mejor las experiencias individuales, y también para identificar las tendencias o diferencias de la comunidad entre una generación y otra, entre géneros o entre distintas clases socioeconómicas. Por lo que se refiere a la salud sexual, las líneas históricas se pueden usar para identificar cómo se viven los eventos que afectan a la sexualidad, las relaciones y la reproducción.

Cómo se dibuja una línea histórica

- El periodo de vida se pone en la parte inferior, en años desde el nacimiento hasta ahora;
- los acontecimientos que han ocurrido a distintas edades se marcan ya sea como alegres o tristes, a diferentes niveles de una escala de alegría y felicidad (en el eje vertical); y
- se dibuja una línea, uniendo estos acontecimientos y periodos, para mostrar el flujo general —con altas y bajas— en la vida de una persona.

Ejercicio

La práctica proveyó un buen ejemplo de algunos rasgos comunes que pueden surgir en el área de la sexualidad y en el contexto más amplio de la vida en general. El grupo trazó cuatro líneas de vida y se vio un cierto patrón. Las experiencias más felices eran por lo general el encuentro con la persona amada, el inicio de la escuela o de un empleo, el matrimonio y el nacimiento de los hijos. Las experiencias tristes eran por ejemplo el rompimiento de relaciones y la muerte de los padres o de otros seres queridos.

Una interesante discusión se dio en este momento, cuando algunos participantes hablaron de la subjetividad de la alegría y de la dificultad de representar en una gráfica la alegría o la tristeza de manera “correcta”, sobre todo en retrospectiva. (Fueron sobre todo los participantes que no habían asistido al taller sobre Salud Sexual los que plantearon esta inquietud.) Los conductores y los demás participantes les recordaron entonces el principio del DRP de trabajar con aproximaciones, y el hecho de que es innecesario trabajar con valores absolutos, en particular cuando se abordan las experiencias de la gente relacionadas con sus relaciones y su sexualidad.

El análisis de cambios estacionales

El análisis de cambios estacionales se puede usar para determinar los cambios cíclicos en la vida de la comunidad a lo largo de diferentes estaciones. Estos cambios pueden referirse al clima, a las actividades económicas, al tiempo de trabajo, al ingreso y el gasto, al tiempo libre, a los eventos sociales y festivales, etc. Por lo que toca a la salud sexual, estos factores se pueden trazar junto a parámetros tales como la actividad sexual, la infección por enfermedades de transmisión sexual (ETS), y las épocas en que ocurren más nacimientos.

- Decide las variables cuya variabilidad estacional sería interesante trazar.
Conviene empezar con cuestiones generales como el clima y su relación con la actividad económica y el ingreso, así como con factores sociales y de conducta más específicos.
- Se colocan en la parte inferior de la gráfica los meses del año (o las estaciones).
Recuerda que los miembros de la comunidad deben decidir dónde empezar, y que el primer mes no es necesariamente enero.
- Traza cada variable de acuerdo con los meses a lo largo de la gráfica.
Las variables pueden trazarse una encima de la otra, como en la Ilustración 5, o bien estar superpuestas.
- Discute las relaciones entre las fluctuaciones estacionales de las diferentes variables.

Ejercicio

Tres grupos hicieron ejercicios prácticos de análisis de cambios estacionales. Uno de ellos utilizó los ejemplos hipotéticos de mortalidad infantil, mortalidad materna y nacimientos en el distrito de Matara (véase la Ilustración 5). Trazaron las fluctuaciones, basándose en las siguientes suposiciones: las relaciones sexuales aumentan durante los meses más fríos (enero y febrero) y las épocas de fiestas (mayo y junio), provocando un mayor número de nacimientos 9 meses después. Además, los promotores de salud se ausentan de las comunidades durante las vacaciones, lo que provoca un aumento en los índices de mortalidad infantil y materna.

Otro grupo abordó la migración interna y las fiestas durante un año, e identificó un aumento en la migración en épocas de fiestas. Al analizar esta gráfica se plantearon varias interrogantes, como quién migra, de dónde a dónde, etc. Se sugirió que el grupo añadiera un tema de salud sexual, por ejemplo la frecuencia de los contactos sexuales, para ver si tenía relación ya sea con la migración o con las fiestas.

El tercer grupo que practicó el análisis de cambios estacionales se concentró específicamente en la incidencia de varias ETS, tales como la gonorrea, el herpes y la sífilis, y los crímenes de índole sexual en la carretera Colombo-Hikkaduwa. Las tasas de infección estaban relacionadas con las fiestas (en abril y en diciembre), y también con la migración. Fue interesante ver que las infecciones y los crímenes de tipo sexual no

parecían estar relacionados de ningún modo, lo que sugiere que hay un alto grado de contagio entre relaciones consensuales.

Las sesiones prácticas dieron lugar a una discusión sobre las relaciones entre varios aspectos de la vida comunitaria y los riesgos relacionados con la salud sexual. Sin embargo, si sólo se representan en la gráfica las ETS y los índices de crímenes sexuales, y no las épocas de migración y de fiestas, es difícil ver claramente las relaciones entre estos factores.

Los diagramas de actividades diarias

Los diagramas de actividades diarias, o relojes de 24 horas, muestran cómo utilizan su tiempo los individuos o los grupos durante el transcurso de un día. Un participante creó su propio diagramas de actividades diarias para ilustrar el proceso.

Componentes esenciales de un reloj de 24 horas:

- Encuentra grupos adecuados de mujeres y hombres (por ejemplo) que quieran ayudar.
- Deja que decidan si quieren hacer un diagrama circular o lineal.
- Pregunta si van a representar el tiempo por horas o por porcentajes del día.
- Las actividades se pueden escribir o representar con símbolos.
- Discute las diferencias entre los relojes de los diferentes grupos de participantes.

Los diagramas de actividades diarias se pueden usar para ayudar en la planificación de actividades, ya que permiten identificar las horas ocupadas y las horas libres en las comunidades. Por lo que toca a la salud sexual, pueden servir para identificar cuándo y dónde ocurre la actividad sexual durante el día y la noche. En cuanto a las diferencias entre los géneros o entre grupos sociales, pueden ilustrar las maneras en que los diferentes segmentos de la comunidad utilizan su tiempo y cómo se distribuye y se utiliza el tiempo de trabajo y el tiempo libre (véase en la p. 44 otra discusión sobre los diagramas de actividades diarias, aplicados al análisis de diferencias).

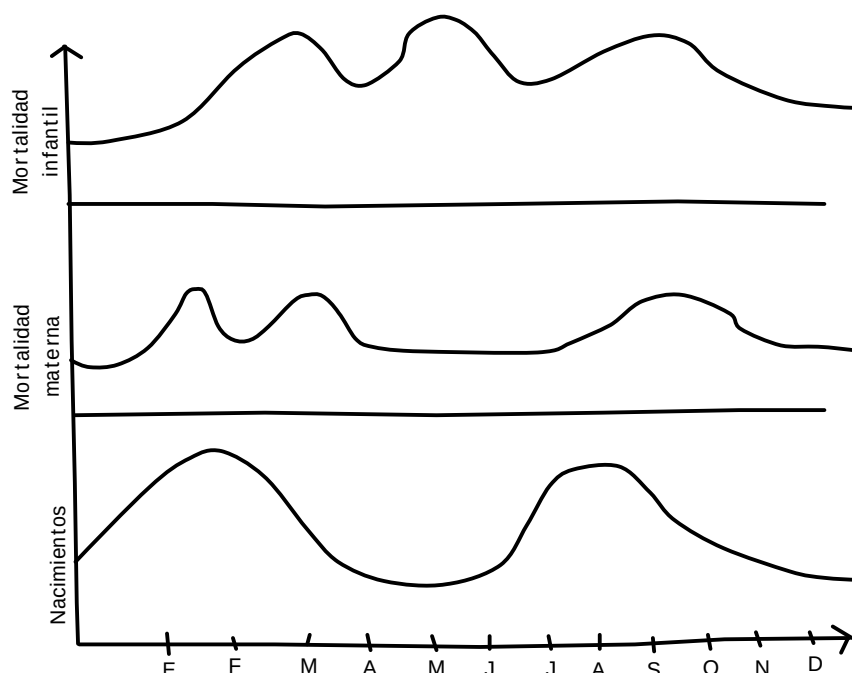


Ilustración 5. Análisis de cambios estacionales. Mortalidad infantil, mortalidad materna y nacimientos en el distrito de Matara. Sesión práctica.

3.3.4. El análisis de sistemas

En contraste con la anterior categoría de herramientas —para analizar los cambios y otros fenómenos temporales—, se presentó otro grupo de técnicas de DRP que aborda primordialmente el “dinamismo estático”: Son herramientas que sirven para observar las interrelaciones entre componentes específicos, al interior de un sistema.

Estas herramientas constituyen una categoría muy amplia:

- Diagramas de flujo causales y árboles de problemas.
- Diagramas de tortillas o de Venn.
- Árboles genealógicos o diagramas de jerarquías y redes sociales.
- Organigramas.
- Diagramas de flujo de procesos.
- Diagramas de flujo de tipo “diagnóstico” (con preguntas que se bifurcan en sí o no), para analizar la toma de decisiones o la conducta real (por ejemplo, “¿qué haces si tienes un flujo vaginal blanco?”)

Todas estas herramientas tienen un amplio rango de aplicaciones, y son muy adecuadas para analizar cuestiones sociales, de salud sexual y de sexualidad. Además, son mucho más

analíticas que los mapas o las herramientas que describen los cambios o los ciclos temporales. Durante el taller se llevaron a cabo demostraciones y ejercicios con diagramas de flujo causales y diagramas de tortillas o de Venn³. Estos dos tipos de herramientas se describen por separado a continuación.

Los diagramas de flujo causales

Los diagramas de flujo causales y los árboles de problemas son muy similares. La diferencia es que éstos últimos tienden a ser más estructurados y lineales. El rasgo común es que una cosa se conecta a otra con una flecha que indica una causa seguida de un efecto (o viceversa). En los diagramas causales de flujo libre, las flechas que unen a las causas con sus efectos pueden ser bi-direccionales o circulares (“círculos virtuosos” o “viciosos”) y no hay reglas rígidas que establezcan en qué dirección deben estar dirigidas las flechas (excepto que se recomienda que haya congruencia, por razones obvias). En los árboles de problemas, la causa y el efecto tienen que ajustarse a una estructura más dirigida y jerárquica, en donde un problema focal está determinado por una serie de causas inmediatas, que a su vez tienen otras causas. Del mismo modo, los efectos inmediatos tienen otros efectos, etc.

Los diagramas de flujo causales se seleccionaron como herramienta para las prácticas, gracias a sus muchas aplicaciones para el análisis y la elaboración de respuestas estratégicas a los problemas, en el diseño de programas. Otra ventaja de este método es que exhorta a los participantes de las comunidades a desarrollar nuevas hipótesis, que pueden conducir a un nuevo entendimiento de un problema o de una situación.

Una visita guiada a través de los diagramas de flujo causales

- Decide qué tipo de asunto o problema quieres analizar, y qué tipo de diagrama causal vas a desarrollar.
- Ponte de acuerdo en qué tipo de materiales se van a usar, y coloca el principal problema o asunto a la mitad (dibújalo en el centro del pliego de papel, o, si se está trabajando en el suelo, coloca, por ejemplo, una tarjeta en el centro).
Es importante que dejes suficiente espacio a los lados, arriba y abajo del enunciado del problema central, para permitir que el análisis “crezca”.
- Trata de asegurarte de que es claro si el efecto de una causa es negativo o positivo.
Esto puede hacerse ya sea por medio de signos positivos o negativos a un lado de las flechas, o describiendo todas las causas y efectos de manera que expresen claramente la misma dirección.

³ Los diagramas de flujo de procesos se usaron también en el taller para describir tanto el ciclo del proyecto (durante las sesiones sobre conceptos y principios), como los procesos de planeación y ejecución del trabajo de campo.

- Pide a los participantes que expliquen “qué es primero”, en caso de que surja una duda en una relación.

Esto es particularmente importante cuando se construyen árboles de problemas, para diferenciar las causas inmediatas de las subyacentes, o los efectos inmediatos de los más lejanos. Esto requiere a menudo un cierto número de iteraciones (ensayo y error) hasta que se logra un orden de los componentes en el que todos los participantes están de acuerdo. Esto es más fácil cuando se usan tarjetas: Si se escribe cada causa o efecto en una tarjeta, se colocan las tarjetas en el piso y se unen por medio de líneas en la arena, es fácil reacomodarlas y añadir otras, si se ve que a un vínculo le faltan pasos intermedios.

- Si los participantes no están satisfechos con el primer diagrama, cámbialo y hazlo de nuevo.

A veces puede ser particularmente útil pasar de los diagramas de flujo muy libres y “desorganizados” (que tienen la flexibilidad de permitir el pensamiento creativo y lateral) a los diagramas de flujo más direccionales, y luego a los árboles estructurados de problemas. El quedarse en los diagramas de flujo libre puede producir explicaciones interesantes, pero funcionalmente insuficientes, mientras que si empieza uno directamente con un árbol estructurado de problemas, el análisis se restringe: El pasar de uno al otro puede maximizar los beneficios de ambos enfoques.

Ejercicio

Durante el taller, se pidió a los participantes que se dividieran en tres grupos (los mismos grupos “regionales” que se usaron para el ejercicio de elaboración de mapas) y que desarrollaran diagramas de flujo causales para algún asunto importante de salud sexual de su región de origen. Se les pidió que dibujaran un diagrama que se pareciera a un árbol de problemas, en el sentido de que las causas deberían ir en una dirección, y los efectos en la otra. En la Ilustración 6 se muestra un ejemplo.

En los diagramas de flujo de dos de los grupos se vio que habían tenido problemas para alcanzar un grado adecuado de detalle y de análisis (en parte a causa del poco tiempo con que contaban). Por otro lado, cuando se aplicó en las prácticas de campo, esta herramienta demostró ser muy útil, tal como se muestra en la Ilustración C del Apéndice.

Consideraciones para el trabajo en el área de salud sexual

Así como sucede con la mayoría de las herramientas de DRP, cuando se trata de una aplicación a cuestiones de salud sexual, es importante prestar atención a la congruencia entre el tema a tratar y la composición del grupo de participantes y su disposición a abordar el tema en grupo. Con respecto a esto, la ventaja de esta herramienta es que funciona mejor como ejercicio colectivo, puesto que dirige la atención hacia el análisis en vez de hacia el individuo.

Otra lección es la importancia de que la formulación de las causas esté exenta de valores en



Ilustración 6. Diagrama de flujo que describe las causas y efectos del abuso sexual de menores en el área de Bandarawella, en Sri Lanka.

lo posible. Un grupo, por ejemplo, había descrito el problema central como “la homosexualidad, causa directa de ETS”, y había identificado como causa primordial subyacente el turismo. Esto causó un debate candente, y también permitió que los conductores hicieran énfasis en este punto, haciendo que los participantes reflexionaran en lo que había sucedido.

Los participantes que habían asistido al taller de capacitación sobre género, sexualidad y salud sexual en octubre de 1996 estaban mucho menos propensos a enmarañar el análisis mezclando varios aspectos o recurriendo a juicios de valor preestablecidos. Esto no quiere decir que la técnica no sirva sin capacitación previa, ya que de hecho puede usarse como un medio práctico para sacar a relucir los prejuicios y cuestionarlos visualizando las relaciones y resolviendo las confusiones, es decir “entrevistando al diagrama” (enfocando la atención en el diagrama construido colectivamente y por lo tanto minimizando las reacciones defensivas que surgen naturalmente cuando se cuestionan directamente las opiniones de individuos específicos).

Los diagramas de tortillas (o de Venn)

Los diagramas de tortillas también constituyen un abanico bastante variado de herramientas. La característica común es el uso de círculos, ya sea separados, unidos o traslapados. Son una manera simple y visual de permitir que los participantes describan cuál es la relación entre aspectos, entidades, instituciones, personas, conceptos, etc., o entre éstos y el informante o la propia comunidad. Pueden usarse para abordar preguntas tales como: “¿qué instituciones son importantes para mí, en lo que se refiere al cuidado de mi salud sexual y reproductiva?”, o “¿dónde colocamos a la sexualidad en relación con instituciones y normas sociales como la educación, el matrimonio, el budismo, el deporte, el trabajo, las amistades, etc.?”

Además, dado que son una herramienta fácil para vincular instituciones, personas, temas o problemas, puede servir como un paso precursor muy útil para otros tipos de herramientas para el análisis de sistemas, como los diagramas de redes, los diagramas de flujo causales o los diagramas de flujo de toma de decisiones.

Una receta simple para los diagramas de tortillas o de Venn

- Decide qué tipo de cosas quieres colocar en relación con qué, y qué tipo de diagrama de tortillas quieres hacer (círculos traslapados, unidos o separados).
- Ponte de acuerdo con el grupo respecto a los materiales que se van a usar, y coloca la “figura central” en el centro.
- Trata de asegurarte de que sea claro lo que significan los diferentes aspectos del diagrama, por ejemplo:
 1. *Tamaño del círculo* = por ejemplo, tamaño físico, importancia desde el punto de vista del informante o de la figura central del diagrama, o simplemente “importancia” a secas.

2. *Longitud de las líneas* entre los círculos (en su caso) = por ejemplo, distancia física real, “cercanía al corazón o al hogar” (como sucede con la importancia de las relaciones).
 3. *Grosor de las líneas* = por ejemplo, importancia de la relación, frecuencia del contacto.
- Pide a los participantes que expliquen las relaciones e interrelaciones.
Esto es particularmente importante e interesante en los círculos que se traslapan, que a menudo pueden ser más analíticos que los círculos separados.
 - Si los participantes no están satisfechos con el primer diagrama, cámbialo y hazlo de nuevo.

Ejercicio

Se pidió a cada uno de los participantes en el taller que dibujara un diagrama de tortillas individual, relacionando a la salud sexual con otras áreas de su trabajo, o relacionando a su ONG con otras instituciones (organizaciones similares, proveedores de financiamiento, aliados estratégicos, etc.) importantes para su trabajo. Un ejemplo de la segunda opción, aplicado al Instituto de Salud y Seguridad del Trabajo (Institute of Occupational Health and Safety), se muestra en la Ilustración 7.

Consideraciones para el trabajo en el área de salud sexual

Dado que esta es una técnica bastante general, es difícil pensar en varios aspectos específicos que requieran atención especial cuando se aplica al trabajo en salud sexual, sexualidad o cuestiones de género. Como siempre sucede en el ámbito de la salud sexual (en comparación con el desarrollo en general, por ejemplo), es particularmente importante tener imaginación y sensibilidad para la composición del grupo de participantes. Además, puede ser ilustrativo aplicar esta técnica al análisis de género, si se hacen dos ejercicios similares en un grupo de hombres y uno de mujeres, y luego se comparan los resultados.

3.3.5. El análisis de diferencias; género y riqueza

La siguiente sección se refiere, no tanto a una categoría o tipo de herramientas, sino a un conjunto de herramientas de diferentes tipos con la particularidad de que se pueden aplicar para separar el análisis de acuerdo al género, la edad o el grupo social (de acuerdo con su clase o su nivel de riqueza o bienestar). La subdivisión de la comunidad en grupos de igualdad y sexo (por ejemplo, la creación de grupos de mujeres jóvenes, de hombres jóvenes, de mujeres mayores y de hombre mayores) es bastante fácil, mientras que las divisiones de clase o de niveles de bienestar o de riqueza son mucho menos obvias para alguien de fuera. En éste último caso, la clasificación de niveles de riqueza es una herramienta muy útil para llegar a establecer una clasificación o índice socioeconómico burdo, que se base en las percepciones de los propios miembros de la comunidad.

Una vez separada la comunidad en sub-grupos de igual género, edad y bienestar, hay varias herramientas específicas que se pueden usar para analizar diferencias particulares entre diversos grupos. Para esto contamos con un amplio rango de herramientas que tienen que ver con ubicación, tiempo, marcadores, clasificaciones, accesos, sistemas, etc.

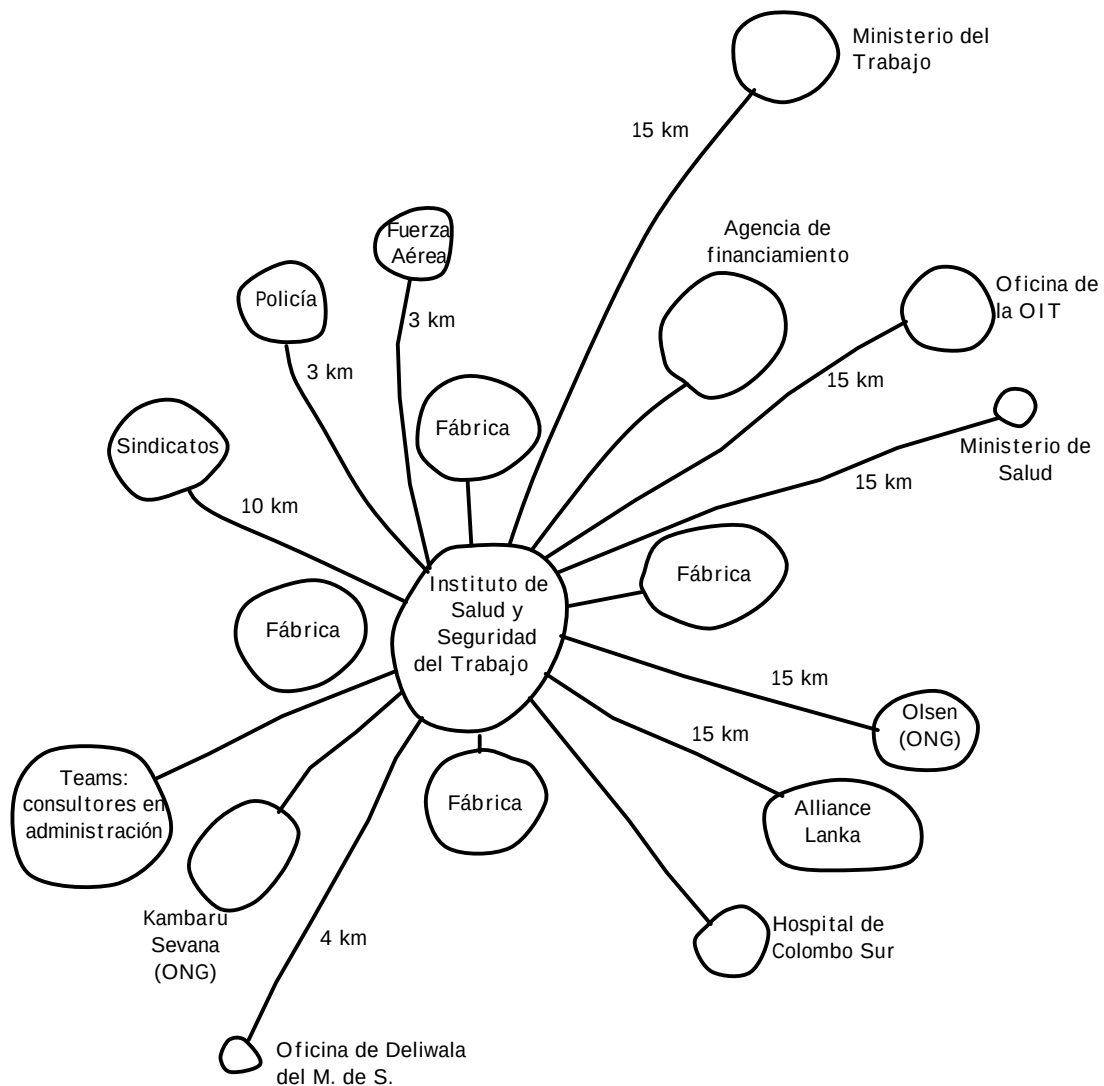


Ilustración 7. Diagrama de tortillas de las instituciones relacionadas con el Instituto de Salud y Seguridad del Trabajo (hecho por Sunil Ratnapria).

Como ejemplos podemos mencionar:

- los mapas del cuerpo;
- los relojes de 24 horas;
- las líneas de vida individuales;
- las tablas con puntuaciones de acceso y control —o de decisión y acatamiento;
- la clasificación de niveles de riqueza ;
- los diagramas de tortillas paralelos para hombres y mujeres, etc.

De hecho, prácticamente todas las herramientas de DRP se pueden usar para mostrar las diferencias entre varios sectores de las comunidades (por ejemplo de acuerdo con la edad, el sexo o la posición socioeconómica), y para analizar la importancia de esas diferencias para la planeación y la ejecución de proyectos. Durante el taller, los conductores se concentraron en dos diferencias: el género y la situación económica, y se refirieron a algunas de las técnicas de DRP que son particularmente útiles para abordar estas diferencias. El género es particularmente importante para las cuestiones de salud sexual, y dado que el trabajo de campo se llevó a cabo en un barrio pobre, el nivel económico resulta ser un asunto clave que influye en el bienestar de la comunidad.

Género

Sia Nowrojee (la consultora asociada) hizo una breve presentación sobre las cuestiones de género, empezando con el concepto de género como un producto social. El grupo hizo una lluvia de ideas sobre los estereotipos de género que existen en Sri Lanka, tales como “el hombre debe traer dinero al hogar; la mujer debe trabajar en casa”. Sia Nowrojee mencionó que los programas de salud sexual ignoran a menudo las diferencias de género, ya sea porque no toman en cuenta a uno de los dos miembros de la pareja (por ejemplo, los programas de planificación familiar suelen ignorar al hombre), ya sea porque tratan a los dos como si tuvieran las mismas opciones (por ejemplo, campañas para promover el uso del condón dirigidas tanto a hombres como a mujeres).

A continuación tuvo lugar una breve discusión, en la que se plantearon algunas preguntas sobre qué era lo biológico y qué lo social. El Sr. Habangoda del IPID demostró enseguida tres técnicas de DRP que son particularmente útiles para plantear y abordar cuestiones de género. Los participantes se dividieron en cuatro grupos: uno de mujeres y tres de hombres, y practicaron las diversas técnicas.

El acceso y el control

La actividad de acceso y control es una manera de identificar los recursos al interior de una vivienda o comunidad, y de observar quién tiene acceso a ellos y quién los controla. Cuando se trabaja con informantes clave, esta técnica es particularmente útil para elucidar

las divisiones de género en los recursos económicos y domésticos, pero también puede adaptarse para analizar conductas y prácticas.

Una manera de analizar el acceso y el control

- Trata de encontrar un grupo bien equilibrado de mujeres y hombres de diferentes edades.
(O bien aplica el método con dos grupos paralelos del mismo sexo.)
- Identifica los recursos, servicios, etc. que son importantes para una vivienda o pareja típica, y haz una lista en forma de columna vertical (o hilera horizontal) a la orilla de un pliego de papel manila o de un área plana.
- Dibuja cuatro columnas (o hileras) paralelas: Para el “acceso” y el “control” y, para cada una de ellas, para hombres y mujeres por separado (como sub-categorías de las dos columnas principales).
- Busca materiales locales, como semillas, para marcar los puntos, o utiliza un lápiz.
- Muestra el control proporcional que tienen hombres y mujeres en relación a estos recursos, asignándole puntos a su acceso o control.

Consideraciones para el trabajo en el área de la sexualidad y la salud reproductiva

Por lo que se refiere a la salud sexual, esta actividad puede usarse para identificar las decisiones clave sobre salud sexual, como quién decide cuándo tener relaciones sexuales, quién decide si se usa o no se usa un condón u otro método anticonceptivo, o quién decide cuántos hijos tener, y qué servicios usar. Más que el “acceso” y el “control”, se puede representar en la tabla el “control sobre la toma de decisiones” y la “ejecución de la decisión”, para cada género, por ejemplo.

Ejercicio

El grupo que practicó esta técnica escogió el “control” y la “ejecución” de las decisiones en su ejercicio (Ilustración 8). Surgieron algunas diferencias muy claras entre hombres y mujeres. Mientras que las mujeres tenían la mayor parte del control sobre las decisiones de la reproducción y de la crianza de los hijos, los hombres controlaban decisiones sexuales tales como el inicio, las posturas y la duración del acto sexual⁴, así como el hecho de que ambos obtengan satisfacción sexual. Sin embargo, no se llegó a explorar la diferencia entre responsabilidad y control. Por ejemplo, no fue claro si las mujeres se limitaban a cargar el fardo de la responsabilidad o si de hecho tenían control sobre las decisiones en ese ámbito. De cualquier modo, las divisiones de género de las responsabilidades y los placeres en el ámbito sexual y de la reproducción se ilustraron claramente.

⁴ No es muy claro si el hecho de que el hombre determine la duración del acto sexual constituye realmente un “control” (o si la decisión se toma por defecto). Los y las informantes pueden relatar cosas diferentes sobre este tema, y es por lo tanto difícil llegar (pacíficamente) a una conclusión. De cualquier modo, puede ser una discusión colateral interesante.

Tema de salud sexual	Toma de decisiones		Puesta en práctica de la decisión	
	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre
CONTROL DE LA NATALIDAD				
Condomes	8	2	3	7
Dispositivo	9	1	8	2
Píldoras	8	2	10	0
CONDUCTA SEXUAL				
Inicio del acto sexual	2	8	1	9
Postura del acto sexual	1	9	1	9
Duración del acto sexual	3	7	4	6
LIMPIEZA	5	5	7	3
HIJOS				
Número de hijos	4	6	7	3
Distancia entre hijos	8	2	8	2
RESPONSABILIDAD SEXUAL				
Satisfacción	2	8	7	3
Salud	7	3	9	1
Bienestar de la pareja	8	2	9	1
Relaciones extraconyugales	1	9	1	9

Ilustración 8. Acceso y control. La toma de decisiones en el área de la salud sexual. Sesión práctica.

Los diagramas de actividades diarias o relojes de actividades de 24 de horas

Tal como se explicó antes, el diagrama de actividades diarias, o reloj de actividades de 24 horas, muestra las maneras en que los individuos o grupos utilizan su tiempo durante el día. El tiempo puede mostrarse numéricamente o en forma de proporciones, y las actividades se pueden escribir o representar por medio de símbolos. Es una herramienta útil para comparar cómo los diferentes grupos de gente utilizan su tiempo, y también se puede usar para identificar las horas y los lugares en que tiene lugar la actividad sexual. El grupo que hizo la práctica de esta técnica representó las actividades de cuatro diferentes individuos hipotéticos en la comunidad: Un ama de casa, una mujer trabajadora, un campesino y un empleado de oficina (véase la Ilustración 9). La práctica mostró no sólo las diferencias entre géneros, sino también entre personas del mismo sexo. Se identificaron también las diferencias en las horas que la gente pasa despierta, y las actividades y horas de trabajo y recreativas. Por otro lado, se pueden ver las oportunidades que tiene la gente para tener relaciones sexuales en casa y fuera de ella.

3: Visita a Sri Lanka

	Ama de casa	Mujer trabajadora	Campesino	Empleado de oficina	Explicación de los símbolos
4					Levantarse
5					Lavar
6					"Té"
7					Limpiar
8					Comer
9					Lavar ropa
10					Relaciones sexuales
11					Oportunidades para relaciones fuera del matrimonio
12					Ritos religiosos
1					Preparar al marido para trabajar
2					Trabajo
3					Televisión
4					Autobús de ida al trabajo o de regreso
5					Labores agrícolas en la parcela
6					Labores en el huerto familiar
7					Dormir
8					Leer
9					Cuidado de los niños
10					

Miembros del equipo: Terence, Vasantha, Upul, Asela y Sunil

Ilustración 9. Reloj de actividades de 24 horas. Sesión práctica.

Los mapas del cuerpo

Los mapas del cuerpo son una técnica de DRP que puede ser usada para entender mejor las percepciones de los individuos y de las comunidades con respecto al cuerpo. Pueden ayudar tanto a mujeres como a hombres a identificar diferentes partes de sus propios cuerpos y de

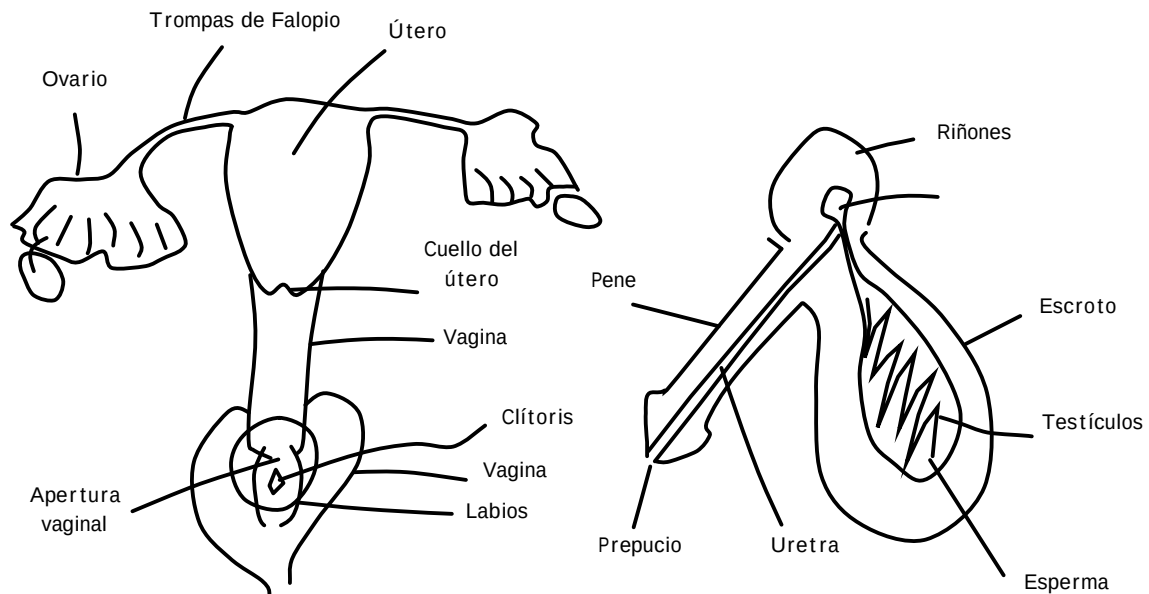


Ilustración 10. Mapas del cuerpo. Sistemas reproductores de la mujer y del hombre. Grupo de hombres. Sesión práctica.

los del sexo opuesto, “reproductoramente” (órganos reproductores) o sensualmente (zonas erógenas).

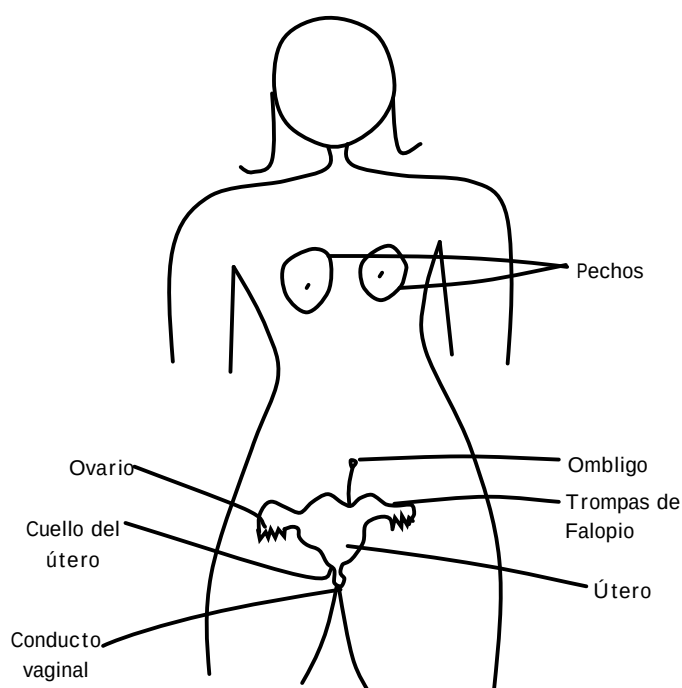
3 pasos a seguir para los mapas del cuerpo

1. Dibujen el cuerpo de una mujer y de un hombre (desnudos, por supuesto).
2. Describan visualmente los órganos reproductores, y/o las zonas erógenas.
3. Discutan los dibujos juntos.

Ejercicio

Dos grupos practicaron los mapas del cuerpo, uno constituido sólo por mujeres y otro por hombres. Cada grupo dibujó cuatro mapas del cuerpo: El sistema reproductor femenino, el sistema reproductor masculino, las zonas erógenas del cuerpo de la mujer, y las del hombre. Se pudieron ver diferencias y similitudes interesantes. Con respecto a los sistemas reproductores (véanse las Ilustraciones 10 y 11), el grupo de hombres dibujó representaciones abstraídas del cuerpo (para la mujer: los labios mayores, el clítoris, la vagina, el cuello del útero, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios; para el hombre: el escroto, los testículos, el esperma, los riñones, la uretra, el pene y el prepucio), mientras que el de mujeres dibujó los órganos reproductores como parte de los cuerpos, e incluyó los pechos y el ombligo de la mujer como órganos reproductores. Hubo un debate respecto a si los pechos femeninos eran o no órganos reproductores (los hombres decían que no lo eran, y las mujeres insistían que sí).

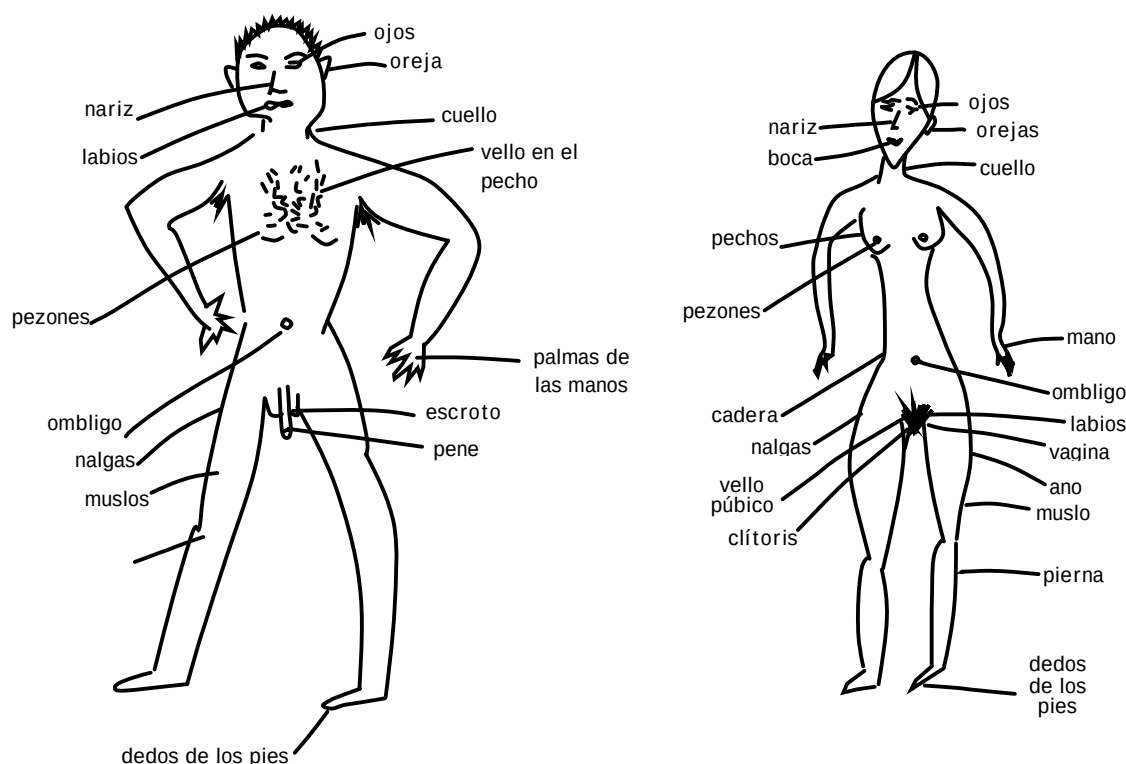
Con respecto a las zonas erógenas, ambos grupos identificaron un amplio rango de zonas erógenas en los cuerpos del hombre y de la mujer, desde las más sensuales (como la nariz) hasta las más físicas (como el clítoris) (véanse las Ilustraciones 12 y 13). Esta percepción amplia de la sexualidad contrasta con las claras divisiones en materia de responsabilidad y toma de decisiones que se vieron durante la práctica de acceso y control, y constituyó un buen ejemplo para comparar los resultados de diferentes técnicas de DRP, haciendo lo mismo con un grupo de hombres y con uno de mujeres.



**Ilustración 11. Mapas del cuerpo. Sistema reproductor de la mujer.
Grupo de mujeres. Sesión práctica.**

Consideraciones para el trabajo en el área de salud sexual

Puesto que esta herramienta no tiene muchas aplicaciones fuera del ámbito de la salud sexual y/o reproductiva, las consideraciones que salieron a la luz en las discusiones estaban íntimamente ligadas al tema para la mayoría de los participantes. Tuvieron una interesante discusión sobre las diferencias entre el conocimiento tradicional y empírico, por un lado, y el conocimiento científico, por otro. Coincidieron en que las percepciones de la gente de sus propios cuerpos son tan importantes como el conocimiento científico u “objetivo”.



Ilustraciones 12 y 13. Mapas del cuerpo. Zonas erógenas del hombre (12) y de la mujer (13). Grupo de hombres. Sesión práctica.

Si bien los mapas del cuerpo pueden constituir una buena oportunidad para corregir conceptos errados, los conductores subrayaron el hecho de que el objetivo principal de esta técnica no es corregir, sino más bien entender mejor la lógica subyacente de las percepciones existentes. Los mapas del cuerpo pueden ser una herramienta útil para introducir temas delicados y para identificar un lenguaje común para las partes del cuerpo, pero, tal como lo expresaron los conductores, hay que escoger cuidadosamente el momento de su aplicación. Es importante establecer empatía con un grupo antes de introducir la técnica, y en caso necesario hay que dividir a los grupos y a los conductores de acuerdo a su género, para así ayudar a superar el bochorno o los tabúes relacionados con el hecho de hablar de las partes del cuerpo humano.

La clasificación de niveles de riqueza

Esta herramienta específica para obtener un índice socioeconómico —o una clasificación— de los miembros de una comunidad particular (o de un barrio) se basa en la convicción de que la posición social y el bienestar son cosas que dependen de las percepciones locales del lugar que ocupa la gente al interior de su comunidad. En vez de recurrir a algún indicador creado en el exterior —y supuestamente “objetivo”—, esta técnica depende de las definiciones y las clasificaciones locales. Su validez se deriva de la simple noción de que, si te interesa entender las relaciones y las conductas sociales reales,

son las categorías locales las que importan. Por lo tanto, aunque sea un método rápido y simple, es más eficaz, más preciso y, en cierto sentido, más objetivo que los estudios estadísticos socioeconómicos clásicos. Más objetivo, sí, porque no introduce las definiciones de bienestar de alguien que viene del exterior, que no son de ninguna manera neutrales a priori⁵.

La clasificación de niveles de riqueza tiene varias aplicaciones: Permite describir la diferenciación relativa en bienestar entre los miembros de una comunidad (e incluso calcular el “grado de desigualdad” con una curva “quasi”-Lorenz, para alguien que tenga una inclinación por la estadística). Puede permitirte refinar un mapa social, ya que te da la capacidad de ubicar viviendas de diferentes categorías (relacionándolas con el acceso a servicios como transporte, agua, drenaje, educación y salud) y por lo tanto de obtener la disposición geográfica de la composición socioeconómica de la comunidad. Sin embargo, la aplicación más importante de esta herramienta para el diagnóstico de necesidades comunitarias es con mucho la capacidad de identificar y de trabajar con grupos particulares de diferentes categorías sociales.

Una lección paso a paso en la clasificación de niveles de riqueza

- Decide a cuántos informantes vas a recurrir, y prepara las tarjetas que vas a necesitar.
El número de tarjetas depende del número de informantes y del número de miembros de la comunidad que piensas incluir. Para estimar éste último número, vas a necesitar la ayuda de los informantes, puesto que el tamaño dependerá de cuánta gente conocen (si se trata de un área urbana, puedes restringir el tamaño a un barrio en particular). Prepara unas tarjetas extra, por si acaso.
- Trata de conseguir entre tres y cinco informantes (o grupos) con “perfiles” sociales muy diferentes (incluyendo mujeres, y hombres, jóvenes y viejos, y gente con diferente riqueza aparente).
- Pregúntales (y toma nota) qué criterio van a usar para clasificar los niveles de riqueza y bienestar.
- Pide a los informantes que designen cada vivienda con un nombre, y que escriban este nombre en una tarjeta (una tarjeta por vivienda).
Esto puede hacerse con todos los informantes en un grupo, o bien de manera individual (aunque en éste caso es posible que más tarde tengas que dejar de lado algunas viviendas que hayan sido “olvidadas” por algunos informantes).
- Pide a los informantes que decidan cuántas categorías son adecuadas para clasificar a los miembros de la comunidad.

⁵ En realidad, de todas las herramientas de DRP que se describen aquí, esta es posiblemente la *menos* rápida o simple, pero es considerablemente más rápida y fácil que los estudios más clásicos para determinar la riqueza o la posición socioeconómica.

Nota que el número de categorías no importa, y que los diferentes grupos de informantes no tienen necesariamente que usar el mismo número de categorías (puesto que éstas se estandarizan después).

- Deja que los participantes ordenen las tarjetas de viviendas en diferentes montones que correspondan a las diferentes categorías que se hayan definido, y recoge los montones para recabar los resultados del orden que hizo cada grupo.

En este momento tal vez te convenga “retirarte” con tus montones de tarjetas, puesto que el siguiente paso —la suma— puede tomar algo de tiempo (pero si los participantes son muy tolerantes, esto puede ser innecesario).

- Marca los puntos de cada vivienda, para cada ejercicio, en las diferentes categorías, en función del número de categorías que se usaron en ese ejercicio, de manera estandarizada.

Como los resultados van a ser combinados más tarde con los de los demás informantes (o grupos de participantes), es importante mantener igual (es decir, estandarizado) la puntuación más alta para todos los ejercicios (por ejemplo: 100). En un ejercicio con tres categorías, por ejemplo, todos los hogares en la primera categoría (“ricos”, por ejemplo) van a tener 33 puntos (es decir, $100/3$, porque son 3 las categorías), y los de la segunda categoría 66. En un ejercicio con 5 categorías, todas las casas de la primera categoría (“extremadamente ricos”, por ejemplo) tendrían una puntuación de 20 (es decir, $100/5$), etc. La escala de puntos puede ir en cualquier sentido (más puntos para los más pobres y menos puntos para los más ricos, o al revés), siempre y cuando se use de la misma manera en todos los ejercicios.

- Suma los puntos de cada vivienda de los diferentes ejercicios y haz una lista final con el marcador final: Este es tu “índice” final de riqueza.

Esto se facilita si utilizas el mismo orden de las viviendas que obtuviste en el primer ejercicio, para los resultados de los siguientes grupos. Es decir, puedes hacer una tabla en donde cada vivienda tiene una fila, y los puntos de los diferentes ejercicios se van poniendo en diferentes columnas. Si, al final, quieres tener una escala del 1 al 100 en el resultado final, tienes que dividir cada resultado final entre el número de ejercicios que se llevaron a cabo.

- (Opcional.) Traza en una gráfica el nivel de riqueza o bienestar de cada vivienda en orden decreciente, para mostrar de manera visual el perfil socioeconómico de la comunidad (es decir, el grado de desigualdad).

Si estás usando el método de la clasificación de niveles de riqueza sólo para identificar y seleccionar los tipos específicos de viviendas o de personas que quieres involucrar en tu análisis, este no es un paso necesario, pero puede ser muy útil para la discusión de cualquier modo.

- Regresa con los participantes para explicarles los resultados, explicando cómo se hizo la síntesis.

Demostración

En vez de realizar un ejercicio de simulación, se hizo una demostración de la clasificación de niveles de riqueza a partir del trabajo de campo: Durante la visita al barrio de Colombo en el que se hicieron las prácticas, se pidió a 3 diferentes grupos de participantes que ordenaran las viviendas del barrio de acuerdo con las categorías escogidas por ellos mismos (entre 3 y 5 categorías sociales).

Los montones de tarjetas se recogieron. El día siguiente, por la noche, los participantes asignaron los puntos e hicieron la síntesis de resultados. De este modo se produjo un índice de riqueza para 20 viviendas (con la metodología antes descrita), simplemente con propósitos demostrativos.

Consideraciones para el trabajo en el área de salud sexual

Cuando se quiere hacer un diagnóstico de las necesidades y de la vulnerabilidad en el ámbito de la salud sexual, es importante prestar atención a qué viviendas se están incluyendo y cuáles no. Por ejemplo, es importante verificar que las mujeres y los hombres que viven solos estén incluidos, y preguntar si no hay gente o niños sin hogar en la comunidad. Todos ellos deben incluirse, puesto que de hecho corren un riesgo mayor de tener problemas, y en particular de salud sexual.

Conviene para cada casa tomar nota del número de hijos, del sexo del jefe de familia, y si se trata de una madre soltera, o de un padre soltero. Esto permite relacionar estas variables con el indicador de riqueza (para responder preguntas como: “¿Los muy pobres suelen tener familias numerosas?”).

3.3.6. Las comparaciones y los órdenes de prioridad

La última categoría de herramientas que se presentó en el taller se relaciona en términos generales con la comparación de opciones –ya sea directamente o por medio de criterios de diferentes tipos. Normalmente estas herramientas se realizan en un formato de tabla, pero no es indispensable que se usen números ni lápices, lo que permite su aplicación con cualquier grupo de interesados. El uso de tarjetas, granos o piedras permite que los participantes puedan ellos mismos cambiar los puntos y las prioridades de manera divertida y muy participativa.

Las técnicas son muy flexibles en cuanto a su aplicación y se pueden usar para prácticamente cualquier tipo de comparaciones, desde gustos y preferencias individuales por cosas específicas (alimentos, actividades, etc.), hasta diagnósticos colectivos cuidadosamente considerados y “ponderados” para establecer prioridades de diferentes opciones en la planeación estratégica para el desarrollo participativo de proyectos o programas.

Entre los ejemplos, podemos mencionar:

- El orden de preferencias por pares (la herramienta más simple).

- La matriz de puntos (que considera varios factores en la comparación).
- La matriz de puntos ponderada (que toma en cuenta la importancia relativa de los diferentes criterios).
- La clasificación de niveles de riqueza (antes descrita).
- La matriz de puntos libre, que es similar a la matriz de puntos (del punto 2), pero sin ningún rango o límite para los puntos (lo que permite obtener una puntuación de impresiones, que incluye la ponderación no explícita que hacen los participantes de diferentes factores, de manera consciente o inconsciente).

Tres de estas herramientas, a saber las tres primeras, se describen a continuación:

El orden de preferencias por pares

Conceptualmente, esta técnica es extremadamente sencilla, y prácticamente no requiere de ningún tipo de análisis explícito. Su aplicación no es completamente intuitiva, pero te puede permitir “poner en orden” un gran número de preferencias o de opciones (que pueden por sí mismas ser completamente inconscientes o impensadas). Cada opción se compara con las demás, una por una, y las opciones preferidas se colocan en una tabla (esto es más fácil de lo que parece). Las aplicaciones en el ámbito de la salud sexual y de la sexualidad pueden ser: Métodos anticonceptivos preferidos; tipo ideal de pareja; actividad sexual preferida; situaciones más riesgosas (para la salud sexual), etc. La técnica es más útil cuando hay un gran número de opciones y uno no sabe muy bien cómo ordenarlas.

¿Cómo ordenar las preferencias?

- Decide qué tipos de opciones (y qué opciones específicas) quieres contemplar.
- Escribe cada opción en dos tarjetas, y acomoda las tarjetas en dos montones (cada montón tendrá todas las opciones). Prepara otro montón de tarjetas en blanco para después.
Esto no es necesario si el ejercicio se hace con lápiz y un pliego de papel.
- Coloca uno de los dos montones de tarjetas verticalmente (de arriba a abajo) y el otro horizontalmente (de izquierda a derecha) en una malla (o dibuja una malla en la arena).
También puedes hacer esto en un papel: Escribes las opciones en la parte superior del papel, y luego de nuevo a un lado. Las tarjetas en blanco se pueden usar más tarde.
- Tacha todos los cuadrados que corresponden a la fila y la columna de la misma opción (es decir, vas a tachar una diagonal). Tacha también todos los cuadros que están de uno de los lados de la diagonal (porque son comparaciones que se repiten del otro lado).
- Empezando con la primera “opción” que está en la columna lateral de la tabla, compárala con la primera opción a la izquierda de la fila de arriba, y decide cuál de las dos se prefiere; después escribe esta selección en una de las tarjetas en blanco y colócala en el cuadro correspondiente.

- Repite esta operación para los siguientes cuadros de izquierda a derecha (o de derecha a izquierda, si prefieres). Después con la siguiente fila, etc.

Cuando acabes de comparar todas las opciones y de escoger las prioridades, la mitad de la malla (de un lado de la diagonal) debe estar llena.

- A continuación, cuenta el número de veces en que aparece la primera opción (es decir la que está hasta arriba de la columna de opciones), en los cuadros del interior de la malla, y escribe este número a un lado de la opción. Repite este proceso para las demás opciones, hasta llegar hasta abajo.
- Por último, ordena las opciones de acuerdo al número de veces en que han aparecido.
- Discute los resultados.

Haz que alguien los copie en un papel.

Ejercicio

El Sr. Hambangoda y uno de los participantes hicieron una demostración de esta técnica, a partir de las preferencias de tipos de comida para el desayuno de los participantes. Dado que el ejemplo no era muy pertinente para el tema del taller, y dado que no se copió, la Tabla 1 utiliza un ejemplo hipotético de tipos de métodos anticonceptivos preferidos (nótese que esta tabla no refleja las preferencias de los participantes en el taller, sino que se hizo de manera meramente hipotética a manera de muestra).

Lugar	Puntos		Coitus int.	Diafragma	Condón	DIU	Píldora
2°	3	Píldora	Píldora	Píldora	Condón	Píldora	X
5°	0	DIU	Coitus int.	Diafragma	Condón	X	X
1°	4	Condón	Condón	Condón	X	X	X
3°	2	Diafragma	Diafragma	X	X	X	X
4°	1	Coitus int.	X	X	X	X	X

Tabla 1. Orden hipotético de preferencias para métodos anticonceptivos (coitus interruptus, diafragma, condón, dispositivo intrauterino y píldora).

El mayor inconveniente de esta técnica es que en realidad no nos indica por qué el orden de preferencia —o prioridad— se ve así. Puede ser útil para comenzar la discusión, o como una manera de ayudar a decidir cuáles deberían ser los criterios para hacer estas elecciones. Y después las preferencias se pueden analizar con mayor detalle por medio de la clasificación en matriz.

La matriz de puntuación

Esta es una técnica muy simple y directa, aunque ligeramente más sofisticada y analítica que el orden de preferencias por pares. Es muy analítica, porque plantea la pregunta “¿por qué prefieres A a B?”, y requiere que estas razones se elaboren como criterios coherentes. Consiste básicamente en dar puntos a las opciones de acuerdo a ciertos criterios, y después sumarlos para obtener un orden de prioridad. La mayoría de la gente ha hecho esto, o algo muy parecido, en algún momento.

Las aplicaciones pueden ser muy similares a las del orden de preferencias, aunque la matriz puede no ser muy adecuada cuando las opciones son meramente cuestión de gustos, sin que esté implicado un cierto juicio. Por ejemplo, el establecer *el nivel de riesgo en diferentes situaciones* puede proporcionar información más útil que la *actividad sexual preferida*⁶.

El ABCD de la matriz de puntuación

- A. Las opciones se colocan en la parte superior de sendas columnas (es decir, se colocan en la primera fila de la tabla).
- B. Los criterios que se van a usar para juzgar o asignar puntos a estas opciones se ponen verticalmente (es decir en la primera columna). Un ejemplo se muestra en la Tabla 2.
Es importante recordar que todos los criterios deben expresarse de manera positiva, o bien todos de manera negativa, ya que al final se suman las respuestas.
- C. La tabla resultante se llena a continuación con los puntos para cada opción y cada criterio.
Las respuestas se pueden dar dentro de un rango determinado (por ejemplo del 1 al 5 o del 0 al 10), o bien puede haber un número fijo de puntos (por ejemplo de semillas) que hay que distribuir en cada fila. (Es decir, el total de cada fila es siempre el mismo).
- D. Suma los puntos para evaluar las prioridades relativas que se asignaron, y ordena las opciones en orden de prioridad si es necesario.

Ejercicio

El ejercicio para esta herramienta fue realizado de manera colectiva por todos los participantes. De lo que se trató fue de asignar puntos a los métodos potenciales de prevenir la transmisión sexual del virus del SIDA (VIH). Las estrategias para la prevención que se incluyeron son el uso del condón, las relaciones sexuales sin penetración, la fidelidad a un compañero, la abstinencia sexual completa y la masturbación solitaria. Los

⁶ Aunque, de hecho, uno también puede tener muy buenas razones para tratar de analizar las explicaciones subyacentes psicológicas, psicosociales o culturales de las preferencias del segundo tipo.

	Uso de condón	Relaciones sin penetración	Una pareja fiel	Abstinencia sexual	Masturbación solitaria
Fácil de usar	15	2	3	0	5
Más satisfactorio	8	6	7	0	4
Más saludable	12	5		0	3
Más seguro	5	4	6	4	6
Más barato	2	1	3	8	11
Accesible	1	3	4	5	12
Menos negociación	1	0	4	7	13
Total	46	20	32	24	53
Orden de prioridad	2°	último	3°	4°	1°

Tabla 2. Matriz de puntuación para los métodos de prevención de la transmisión sexual del VIH.

criterios fueron: fácil de usar, satisfactorio, “saludable” (en general), efectivo (para impedir la infección por VIH u otras ETS), barato, accesible, y que no requiere de un proceso de negociación con la pareja (véase la Tabla 2). 25 semillas se asignaron a cada criterio, y después se distribuyeron entre las diferentes opciones, de acuerdo con el punto de vista consensual del grupo (véase arriba el punto C de las instrucciones).

Los resultados de este ejercicio se discutieron y los participantes se mostraron sorprendidos y poco convencidos por el hecho de que la masturbación tuviera tantos puntos y de que las relaciones sin penetración hubieran tenido menos puntos que la abstinencia total. Se señaló que se había dado el mismo número de semillas a todos los criterios y que, por lo tanto, todos éstos habían tenido el mismo peso en el cálculo. Se acordó que esto no era apropiado o que el análisis no era suficientemente exacto y, por lo tanto, el funcionario de la IHAA, Jerker Edström, introdujo la idea de la ponderación de los criterios.

La matriz de puntos ponderada

La principal ventaja con respecto al método anterior es que uno hace a los participantes la siguiente pregunta: “¿Haz pensado si todos los criterios que escogiste son igualmente importantes para ti? Bueno, por qué no asignamos puntos *a los criterios*? En una matriz de puntos, esto se puede hacer por lo menos de tres maneras. La manera más clara se demostró en el taller y se describe a continuación, mientras que otras variaciones se explican más adelante.

¿Cómo ponderar los criterios?

- Decide desde qué punto de vista se van a juzgar los criterios.
Normalmente esto se va a hacer desde el punto de vista de lo que los miembros de la comunidad —o del grupo— piensan que es importante para ellos, pero también puede implicar otras consideraciones.
- Haz una lista de los criterios y distribuye un determinado número de semillas en ellos, reflejando su importancia relativa.
Si el número de criterios es grande y las opciones son difíciles, el ejercicio del orden de preferencias por pares es útil para ordenarlos en un principio (pero después de esto hay que distribuir los pesos relativos, ya que la diferencia entre las importancias puede no ser gradual, sino mayor o menor entre distintas opciones).
- Ahora *multiplica* los puntos de cada cuadro (que se obtuvieron de acuerdo con la técnica de la matriz de puntos sencilla, ver arriba) por el *peso* o *ponderación* que se escogió para cada criterio.
En este caso se hizo la multiplicación, porque ya se había hecho el ejercicio y se querían ponderar los criterios. Si se empieza desde un principio un ejercicio de matriz de puntos ponderada, lo que se puede hacer es dar a cada criterio un número de semillas proporcional a su peso (en vez de 25 semillas para cada criterio, como se hizo en el ejercicio anterior).
- Suma los puntos ya multiplicados, y estos son los totales ponderados. Vuelve a ordenar las opciones para ver si el resultado es diferente del que se obtuvo con la matriz de puntos sencilla.
Si son muchos los criterios y la diferencia entre sus respectivas importancias es significativa, es muy probable que los resultados hayan variado (en cambio, si sólo se están usando 3 ó 4 criterios, y si su importancia es más o menos la misma, no vale la pena hacer la ponderación).

Demostración

Los participantes del taller decidieron ponderar los criterios del ejercicio anterior y multiplicar los pesos por los valores de la matriz que habían construido. La Tabla 3 muestra el resultado de este nuevo ordenamiento, que es diferente del anterior.

En la discusión subsecuente, los participantes observaron que los pesos asignados a los diversos criterios eran significativamente diferentes entre sí, y que el orden de prioridad de los métodos de prevención era intuitivamente más correcto y aceptable para ellos. Esto los llevó a concluir que el hecho de omitir la importancia relativa de los criterios había inducido un error en el análisis. Esto de nuevo puso en relieve la importancia de discutir los resultados y de corroborar la información.

Por último, vale la pena repetir que si se hace la asignación de puntos a los criterios (es decir, la ponderación) antes de llenar la matriz, uno puede ponderar la puntuación

	Peso relativo	Uso de condón	Relaciones sin penetración	Una pareja fiel	Abstinencia sexual	Masturbación solitaria
Fácil de usar	12	15 180	2 24	3 36	0 0	5 60
Más satisfactorio	14	8 112	6 84	7 98	0 0	4 56
Más saludable	8	12 96	5 40	5 40	0 0	3 24
Más seguro	10	5 50	4 40	6 60	4 40	6 60
Más barato	2	2 4	1 2	3 6	8 16	11 22
Accesible	4	1 4	3 12	4 16	5 20	12 48
Menos negociación	6	1 6	0 0	4 24	7 42	13 78
Total		452	202	270	118	348
Orden de prioridad		1°	3°	4°	último	2°

Tabla 3. Matriz de puntos ponderada para los métodos de prevención de la transmisión sexual del VIH.

directamente asignando una cantidad diferente de semillas para cada criterio —en vez de usar el mismo número para cada uno— y luego distribuir las semillas entre las opciones tal como se hizo en el caso de la matriz de puntos sencilla. Esto evita la necesidad de realizar estas tabulaciones matemáticas algo complejas. De cualquier modo, dependiendo de la situación, cualquiera de los dos enfoques se puede usar. En este caso, por ejemplo, los participantes del taller pudieron seguir con todo detalle el proceso de ponderación, lo que les permitió ver la diferencia que puede lograr un enfoque muy lógico en el análisis.

Consideraciones para el trabajo en el área de salud sexual

Estas herramientas para comparar y para establecer prioridades son útiles no sólo para aprender acerca de las preferencias y las lógicas que guían la conducta de los miembros de una comunidad, sino que son además extremadamente útiles para diseñar buenos proyectos que respondan realmente a las necesidades identificadas. Si en un árbol de problemas, por ejemplo, se identifican 3 determinantes inmediatos importantes de un problema central de salud sexual, una matriz de puntuación de esos determinantes puede ser muy útil para determinar si una ONG debería o no adoptar estos objetivos para enfrentar los problemas.

3.4. El trabajo de campo

El trabajo de campo se planeó como un componente muy importante del taller, para que los participantes pudieran ensayar las herramientas recién adquiridas en una comunidad real.

La comunidad que se escogió es un barrio pobre cerca del local en donde se llevó a cabo el taller, en el 15° distrito de Colombo —en donde trabaja la ONG de uno de los participantes. Esta sección describe brevemente el proceso que se siguió y las actividades que se llevaron a cabo en el trabajo de campo, así como las lecciones que se obtuvieron.

3.4.1. El proceso del trabajo de campo

El trabajo de campo se llevó a cabo en las tardes del tercer y del cuarto día. Chulani De Zoysa (coordinadora de apoyo técnico de AL) había contactado previamente a la ONG que trabajaba en esta comunidad (con recursos de AL), así como a miembros de la comunidad, para ponerse de acuerdo en qué momentos serían los más adecuados para hacer la visita y realizar el trabajo de campo de DRP. Se decidió que las tardes eran el momento más adecuado, puesto que una gran parte de los miembros de la comunidad trabajaban durante el día y regresaban tarde a sus casas.

Antes de salir hacia la visita de campo, los participantes y los conductores planearon las visitas con cierto detalle, incluyendo la composición de los grupos, los papeles y responsabilidades específicos de los miembros del equipo y las herramientas que utilizarían los distintos grupos.

El primer día de trabajo de campo, Jerker Edström condujo la sesión de planeación sugiriendo una secuencia general para las técnicas que se iban a usar, junto con una “estrategia” para empezar a trabajar con un grupo numeroso de personas (para un ejercicio de elaboración de mapas de la comunidad), y luego dividirlo en grupos más pequeños para realizar análisis de DRP más circunscritos.

En la preparación del segundo día de trabajo de campo, la Sra. Samanarayake explicó el uso de las listas de control específicas, para facilitar el trabajo de campo. En estas listas se pueden escribir los pasos que hay que seguir en las técnicas de DRP que se escojan, así como los materiales que haya que llevar.

La experiencia del trabajo de campo se sometió a discusión en la noche del segundo día, después de lo cual los participantes prepararon sus informes. Estos informes individuales serían a continuación incluidos en un informe final que prepararía el IPID en cingalés.

3.4.2. Las actividades en la visita de campo

Las actividades en el campo incluyeron un amplio rango de técnicas de DRP con grupos de gente de diversas edades, mixtos o de un solo sexo. El trabajo de campo comenzó el primer día más o menos a las 4:00 P.M., cuando un gran número de gente del lugar se reunió con los participantes del taller para hacer el mapa del barrio. Un equipo de tres participantes del taller desempeñaron los papeles de conductor, observador y secretario, mientras que los demás participantes y los conductores del taller se mantuvieron al margen para observar y mezclarse con la gente.

Muy pronto, otros grupos de participantes del taller identificaron a gente interesada en constituir grupos de DRP más pequeños para hacer diagramas de tendencias históricas de

desempleo, migración y prostitución; diagramas de tortillas o de Venn de instituciones externas importantes; diagramas de flujo causales de abuso de drogas; diagramas de actividades diarias; análisis de acceso y control, etc.

El segundo día del trabajo de campo, los equipos siguieron trabajando en grupos pequeños. Algunos formaron nuevos grupos y otros siguieron trabajando con los miembros de la comunidad con quienes se habían reunido la tarde anterior. Dado que en la mañana se había discutido en el taller las herramientas de comparación y de ordenamiento de prioridades, varios participantes decidieron trabajar con ejercicios de este tipo (por ejemplo, diferentes modos de propagación del VIH, diferentes tipos de problemas de salud, diferentes proveedores de servicios de salud, en función de su tipo y de la calidad de sus servicios, etc.) Además, la Sra. Samanarayake organizó y tomó parte en un ejercicio de clasificación de niveles de riqueza (que se utilizaría después en el taller), tal como se describió antes (véase la p. 48). Shanthi Fonseka (director de programa de AL) y el equipo de IHAA tradujeron y copiaron algunas muestras de los resultados de los ejercicios que se llevaron a cabo.

En el Apéndice se muestran ejemplos de los siguientes diagramas del trabajo de campo:

- a. Mapa social.
- b. Diagrama de tortillas (o de Venn) de las instituciones importantes.
- c. Diagrama de flujo causal del uso de drogas.
- d. Matriz de puntos para las maneras de propagación de las ETS.
- e. Matriz de puntos sobre las enfermedades de las que hay que cuidarse.
- f. Diagrama de tortillas sobre ingresos y gastos.
- g. Análisis de tendencias.

Algunos ejemplos de ejercicios particularmente interesantes se describen a continuación:

Uso de drogas: En esta actividad estuvieron implicados un equipo de DRP y un grupo de informantes compuesto sobre todo de hombres jóvenes y adolescentes. Consistió en identificar y representar de manera gráfica tanto las causas como los efectos del uso de drogas en la comunidad (véase la Ilustración C en el Apéndice). Los informantes adolescentes hicieron un análisis complejo de las causas del consumo de drogas, que incluyó presiones de familiares y amigos, razones económicas y cuestiones emocionales y amorosas. Pudieron también identificar claramente los impactos económicos, emocionales y de salud sexual del uso de drogas. Hay que hacer notar que estos informantes estaban en un principio en actitud de pose, sin participar. Sin embargo, resultó ser el grupo más interesado en participar en varios ejercicios de DRP, y además el más interesado en dar una continuidad a estos ejercicios con acciones concretas. Además de permitir que se planteara un análisis sofisticado del uso de drogas en la comunidad, el ejercicio resultó ser un instrumento de movilización muy efectivo.

Enfermedades de las que hay que cuidarse: A este equipo de DRP (compuesto por dos hombres jóvenes y uno de mediana edad) le fue difícil encontrar miembros de la comunidad para trabajar, y finalmente organizaron un grupo mixto de seis hombres y mujeres, la mayoría de mediana edad o de edad avanzada, con edades de entre 48 y 72 años. No estaban seguros de cómo trabajaría este grupo, pero procedieron a realizar el ejercicio. Al principio dibujaron diferentes partes del cuerpo, empezando por la cabeza y luego descendiendo hasta los pies. Para cada zona del cuerpo, les pidieron a los informantes que nombraran varias enfermedades o achaques relacionados con esta zona. Después, para cada zona, pidieron que seleccionaran uno de los achaques. Acabaron con la siguiente lista: Cabeza: mareos. Cara: dolor de dientes. Pecho: dificultad para respirar. Genitales: flujo blancuzco. Pies: callos. A continuación, el equipo de DRP pidió a los informantes que hicieran una lluvia de ideas sobre las razones por las que era importante cuidarse de estas dolencias. Los informantes propusieron razones como: “es contagioso”, “me impide ir a trabajar”, “me impide moverme”, “me impide hacer labores domésticas”, “provoca el rechazo de mis vecinos”, “debilita mi cuerpo” y “puedo quedarme permanentemente inválido”. Usando la lista de dolencias y estos criterios, el equipo de DRP organizó un ejercicio de ordenamiento de prioridades con el grupo. Resulta interesante que una abrumadora mayoría consideró que el flujo blancuzco era el achaque del que había que cuidarse más (véase la Ilustración E en el Apéndice). Por medio de estas técnicas, el equipo de DRP tuvo éxito en su trabajo con un grupo mixto de informantes, y pasó de un análisis general de los problemas de salud comunitarios a la identificación de una cuestión más específica relacionada con la salud sexual y al inicio de la discusión correspondiente.

Ingresos y gastos: En esta actividad participaron un gran número de informantes (dos mujeres y el resto hombres jóvenes). Consistió en dibujar diagramas de tortillas (o “de Venn”) en el suelo con gis, y en representar las fuentes de ingreso de la comunidad, de las mujeres y de los hombres, así como los gastos de las mujeres y de los hombres (véase la Ilustración F en el Apéndice). La actividad se realizó en una plaza, y con el tiempo se fue acercando más y más gente, participando en una discusión que por momentos se hizo bastante acalorada. Dos conclusiones importantes se desprendieron de esta actividad: En primer lugar, las actividades ilegales, como el mercado negro y la prostitución, tienen un impacto importante tanto en el ingreso como en el gasto de la comunidad. En segundo lugar, hay un desequilibrio de género en esta economía: Las mujeres se dedican a las actividades ilegales como fuente de ingreso, y los hombres no; por otro lado, los hombres dependen del ingreso de las mujeres, mientras que las mujeres no dependen del de los hombres. Los gastos de los hombres en actividades ilegales alcanzan el 80% de sus gastos totales, mientras que el 50% del gasto de las mujeres se dedica a cuestiones domésticas. La actividad dio pie a un mejor entendimiento de las actividades de la comunidad en términos generales, y de la importancia de las actividades ilegales en la economía local. También dio lugar a un interesante debate en la comunidad sobre las diferencias entre las contribuciones económicas de hombres y mujeres. Por último, puso en relieve las

actividades que pueden conducir a riesgos de salud sexual (como el uso de drogas y alcohol, la prostitución, y el trabajo en el extranjero).

3.4.3. Observaciones y lecciones

Los participantes del taller pudieron usar el DRP de manera efectiva para identificar algunas inquietudes de la comunidad en el ámbito de la salud sexual y sus relaciones con otras inquietudes; para movilizar a diferentes sectores de la comunidad; y para iniciar la discusión sobre cuestiones difíciles, tales como el uso de drogas y las ETS.

Durante las visitas de campo, Sia Nowrojee y Jerker Edström observaron la dinámica de la formación de grupos y la interacción entre los participantes del taller y los miembros de la comunidad. Además, en cada equipo hubo un observador que tomó nota de ciertos aspectos importantes de conducta, para su ulterior discusión. Estas observaciones permitieron sacar algunas conclusiones importantes relacionadas con el género, la edad y el proceso de conducción.

Después de la primera tarde de trabajo de campo, varios participantes pudieron reflexionar sobre su experiencia y sobre sus propias habilidades, y planearon actividades más complejas. El grupo que se dedicó a la realización del mapa social observó de primera mano la importancia de la triangulación o verificación, puesto que se dio cuenta de que la información que habían obtenido era objetivamente incorrecta.

Durante este ejercicio de elaboración de mapas, en el primer día, se vio muy pronto que era mucho más conveniente implicar en el análisis a las mujeres que a los hombres, sobre todo en el caso de los hombres jóvenes o adolescentes. Mientras que las mujeres (de todas las edades) y los hombres mayores se acercaban inmediatamente y se sentaban en un gran círculo, los hombres más jóvenes tendían a quedarse atrás, recargados sobre las cercas y los muros de las casas adyacentes, con los brazos cruzados. Fue necesario que las mujeres y los hombres mayores desplegaran una cantidad considerable de argumentos persuasivos para que estos hombres se acercaran, lo que al fin hicieron (después de algunas muestras involuntarias de timidez).

A este respecto, vale también la pena señalar que después de un cierto tiempo estos muchachos se involucraron muy activamente, y que al final de la noche (de hecho, al final de ambas noches) siguieron a los participantes hasta los minibuses para darles una emotiva despedida. Los chicos estaban solicitando ayuda para organizar su propio proyecto para combatir el abuso de drogas y, cuando regresamos al día siguiente, presentaron un detallado análisis de flujo causal del abuso de drogas en el barrio, que uno de ellos había preparado durante la noche. En términos generales, si bien en un principio fue más difícil involucrar a los muchachos en el trabajo, su entusiasmo, entrega y calidad de análisis resultaron al final muy alentadores.

Por otro lado, al observar el ejercicio de elaboración de mapas, se vio claramente que, a pesar de los deseos de las mujeres de participar, unos cuantos hombres rápidamente dominaron el terreno, y de hecho después resultó que uno de ellos ni siquiera conocía bien

la zona. Fue por lo tanto necesario repetir el ejercicio al día siguiente, con otros miembros de la comunidad. Se vio que las mujeres tendían a trabajar más libremente en grupos sin hombres.

Por otro lado, hay que hacer notar que las mujeres estaban dispuestas a corregir los errores de los hombres. En el análisis de ingresos y gastos para mujeres y hombres, por medio de diagramas “de pastel”, el análisis inicial fue realizado por los hombres más locuaces. Sin embargo, en una ocasión posterior, las mujeres expresaron su vehemente discrepancia con el análisis del “perfil” de ingreso y gasto de las mujeres hecho por los hombres, hicieron que ellos corrigieran las gráficas y lograron que reconocieran que la versión de ellas era de hecho más apegada a la realidad. La buena voluntad de las mujeres de ser atentas con los hombres no llegaba al grado de aceptar cosas que se alejaban de la verdad, y el episodio mostró claramente que estaban dispuestas a tomar la palabra y ventilar sus puntos de vista en público.

Durante ambas sesiones de trabajo de campo, el único equipo de DRP compuesto por mujeres trabajó por separado con un grupo de mujeres. Este grupo no parecía estar muy involucrado en las técnicas de DRP, al menos en comparación con los otros grupos. Sin embargo, estaban muy interesadas en tener discusiones generales sobre cuestiones de salud sexual, y en particular sobre el VIH y el SIDA, y manifestaron su interés en seguir estas discusiones. Si bien fue claro que las mujeres necesitaban tener su propio foro para discutir estos temas, y que disfrutaron la oportunidad que les ofreció esta práctica de campo, hubieran podido sacar un mayor provecho de haber usado las técnicas de DRP para identificar temas de discusión y estrategias de acción.

Una observación que se hizo en otros grupos fue que cuando se trabaja con gente de edades similares es posible discutir ciertos temas delicados con mayor profundidad y con menor conflicto entre sexos, en contraste con los grupos heterogéneos en edad y género. Dos grupos con miembros de edades similares trabajaron muy bien: Uno mixto de adolescentes y uno de gente mayor (el que analizó la gravedad de los diferentes tipos de problemas de salud). La moraleja es que trabajar con grupos mixtos (de hombres y mujeres) es más fácil cuando las edades de sus integrantes no varían mucho entre sí.

Otra observación es que, sobre todo en el primer día, algunos miembros de los equipos tendieron a asumir un papel de “educadores” que les era familiar. Sin embargo, esto mejoró de manera considerable en el segundo día, gracias a las presentaciones de los observadores y las discusiones subsecuentes. Los conductores no sólo deben prestar atención a la conducta de los miembros de la comunidad, sino sobre todo a sus propias “tendencias” conductuales.

Algunos participantes encontraron soluciones creativas a las restricciones prácticas. Por ejemplo, cuando un grupo llevó a cabo un ejercicio de “acceso y control” por géneros en un callejón estrecho, fijó el cartel a una puerta, para que la gente pudiera juntarse y participar en la puntuación.

3.5. La planeación de diagnósticos participativos de necesidades comunitarias

El último día del taller, el director de programa de AL presentó a los participantes los formatos para la presentación de propuestas y para los informes de los diagnósticos de necesidades. Estos formatos les servirían para solicitar el apoyo financiero de Alliance Lanka para llevar a cabo sus propios diagnósticos de necesidades comunitarias. Estos formatos habían sido preparados por Kamanee Hapugalle (directora ejecutiva de AL) y por el equipo del IHAA, en base a los formatos existentes de AL, y traducidos al cingalés por el director de programa. El formato para la presentación de propuestas es una versión simplificada del formato actual de AL. El formato para los informes motiva a los beneficiarios a efectuar análisis de distintos niveles, para que puedan dar cuenta de los procesos y las conclusiones de sus diagnósticos de necesidades, y para que puedan ir pensando en ideas para el diseño de sus proyectos.

Desafortunadamente, por falta de tiempo y de coordinación entre los conductores, los participantes no pudieron dedicar tiempo a sus propios planes de diagnóstico de necesidades. Esto significa que no se cumplió el cuarto objetivo del taller —permitir que los participantes planeen el trabajo de campo de DRP y que desarrollen propuestas para el diagnóstico de necesidades comunitarias⁷.

4. Evaluación del taller

Se realizaron varias actividades para evaluar el taller. En primer lugar, el personal del IPID distribuyó el mismo cuestionario que se había completado en la primera sesión del taller, y calculó en qué grado los participantes habían aumentado (y retenido) su conocimiento sobre el DRP. Por otro lado, la Sra. Samanarayake condujo dos ejercicios de evaluación participativa, por medio de técnicas de DRP.

⁷ De hecho, sólo seis participantes pensaban presentar propuestas para diagnósticos de necesidades, y todos ellos sentían que necesitaban un poco de tiempo para digerir lo que habían aprendido en el taller antes de abordar la elaboración de sus propuestas. De cualquier modo, dado que iban a presentar sus propuestas en una semana, les hubiera convenido que se discutieran sus ideas preliminares.

Los participantes hicieron un ejercicio de puntuación sobre el cumplimiento de los cuatro objetivos del taller, sobre el trabajo de campo, sobre la conducción y sobre los aspectos logísticos. Por medio de semillas, en una malla dibujada en el suelo, cada participante calificó de “muy bien”, “bien”, “regular”, “mal” o “muy mal” las siete categorías mencionadas. Aunque hubo cierta confusión y los resultados no fueron perfectos, el ejercicio fue una herramienta excelente para obtener rápidamente una retroalimentación de tipo visual por parte de los participantes (véase la Tabla 4).

	 Muy bien	 Bien	 Regular	 Mal	 Muy mal
¿Qué capacidad tienen los participantes de utilizar las técnicas de DRP para el diagnóstico de las necesidades comunitarias en materia de salud sexual?	 2	 14			
¿En qué medida se incrementó la comprensión por parte de los participantes de los conceptos subyacentes y de los principios del DRP?		 16			
¿Se lograron cambios positivos de actitud de los participantes hacia el trabajo con sus comunidades de manera participativa?	 4	 5	 7		
¿Se permitió que los participantes planearan el trabajo de campo del DRP y que desarrollaran propuestas para el diagnóstico de necesidades comunitarias?	 4	 9	 4		
¿Fue útil el trabajo de campo?	 8	 7	 1		
¿Cómo se percibió la conducción del taller?	 5	 9	 2		
¿Cómo fueron los aspectos logísticos del taller (alojamiento, comida, etc.)?		 1	 4	 6	 4
Distribución total	23	61	18	6	4

Tabla 4. Evaluación participativa del taller.

Por último, se pidió a los participantes que escribieran lo que les había gustado más del taller, lo que les había gustado menos y sus recomendaciones para futuros talleres, en unas

fichas de color blanco, amarillo y azul, respectivamente. Podían usar todas las fichas que quisieran, escribiendo sólo una cosa en cada ficha. Los participantes fijaron sus fichas en un pizarrón dividido en tres columnas, con lo cual fue posible discutir esta retroalimentación de inmediato. La Tabla 5 muestra las respuestas de los participantes en columnas separadas.

En general, los participantes disfrutaron el espíritu de equipo que prevaleció, la dedicación y el estilo de los conductores y expositores, el trabajo de campo y ciertas técnicas de DRP.

LO QUE MÁS ME GUSTÓ	LO QUE MENOS ME GUSTÓ	SUGERENCIAS
• No monótono • La dedicación del expositor • El conocimiento y la experiencia de la Sra. Samanarayake • Ser perceptivos a los problemas de la comunidad • Los mapas sociales • El trabajo de campo • La oportunidad de aprender nuevas ideas en el campo • Capacitación de campo • Las experiencias de campo en Pokunuwatte • El trabajo de campo • Los ejercicios de grupo • El trabajo con la comunidad en el campo • La dedicación de Alliance Lanka al uso de DRP en la planeación de proyectos • La puntuación y el ordenamiento de prioridades en matrices • El poder experimentar en el campo lo que aprendimos en el taller • Los vínculos entre los temas • La simpatía de los participantes • La conducción • La oportunidad de aprender métodos de DRP • Todos los conductores eran muy agradables • La participación de todo el grupo • El esfuerzo de Alliance Lanka para proveer capacitación en DRP • Las estrategias que se usaron • La simpatía de la Sra. Mallika • La manera en que se condujo el taller • La dinámica de la presentación • Las técnicas de DRP con reconocimiento internacional se ubicaron y se presentaron para adaptarse a la necesidad local • El conocimiento especializado de la Sra. Samanarayake, y su dedicación al tema • La enseñanza de métodos de Interacción Participativa para el Desarrollo en un periodo corto de tiempo • La capacitación de campo	• Acceso y control • Nada • Demasiado trabajo • Los desvelos • El taller fue demasiado corto • Se expresaron sentimientos personales hacia la comunidad durante los ejercicios de campo • Servicios sanitarios insatisfactorios • Sin tomar en cuenta el tiempo disponible, se quiso abarcar demasiadas cosas en poco tiempo • Demasiados temas en un solo día • Demasiado en demasiado poco tiempo • Demasiado en demasiado poco tiempo • No se dieron oportunidades para tener discusiones abiertas • Se debatieron cuestiones innecesarias a través de las preguntas • No hubo descanso para los participantes • No hubo suficiente tiempo para la capacitación • No hubo descanso entre un ejercicio y otro • La comida • El local • Las deficiencias del local fueron un obstáculo para que se cosecharan los beneficios del taller	• Dar todas las notas del taller • Que se informe con tiempo si van a dar las notas • Trabajar de acuerdo con el horario • Usar más actividades de grupo • Extender el tiempo de la capacitación de campo • Se necesita más tiempo • Equilibrio entre hombres y mujeres • Llevar a cabo un taller de DRP de 10 días • Cuando se planeen futuros talleres, que sean de 10 días • Más tiempo en el campo • Más capacitación en el campo • Escoger un local adecuado para este tipo de cursos • Un periodo de tiempo adecuado • Nos volveremos a reunir • Discusiones semi-estructuradas • Cambiar los acetatos de acuerdo con el conocimiento de DRP que se ha adquirido • Las presentaciones de grupo no deben ser hechas por la misma persona • Más tiempo de descanso • Cuando se dedican horas del taller a escribir informes, se distrae uno

Tabla 5. Evaluación abierta del taller hecha por los participantes.

Sin embargo, muchos opinaron que se podía mejorar el uso del tiempo, el local y los aspectos logísticos del taller, la tensión entre los temas controvertidos que surgieron y la falta de tiempo para discutirlos y, en general, la falta de tiempo para abordar algunas técnicas de DRP, etc.

5. Seguimiento

Después del taller, el equipo de IHAA trabajó con Chulani De Zoysa (coordinadora de apoyo técnico de Alliance Lanka), Shanthi Fonseka (director de programa) y Kamanee Hapugalle (directora ejecutiva), para discutir los pasos a seguir. (Desafortunadamente, los representantes provinciales no pudieron asistir.) Específicamente, discutieron el taller de DRP-salud sexual que realizaría el personal de AL con el IPID, así como las pautas para revisar las propuestas de diagnósticos de necesidades que serían presentadas por los participantes a AL.

5.1. El siguiente taller sobre DRP y salud sexual

En base a la experiencia de este taller, se discutieron los siguientes puntos para la planeación del siguiente taller sobre DRP y salud sexual:

1. *Salud sexual y género:* Desgraciadamente, no fue posible incluir una orientación detallada de las cuestiones de salud sexual y de género en los objetivos de este taller sobre DRP y salud sexual. Sin embargo, el Taller de Salud Sexual que se había llevado a cabo en octubre de 1996 había sido un ejercicio efectivo de sensibilización y un foro de discusión sobre sexualidad y género. Los participantes que habían asistido al taller de 1996 pudieron enfocar su atención a las técnicas de DRP, y no sintieron la necesidad de debatir algunos de los temas que salieron a colación, tales como la homosexualidad, o si el género era biológico o social. En contraste, los que no habían asistido al taller de 1996, estaban ansiosos de discutir estos temas. En el taller de marzo, los participantes tendrán también antecedentes heterogéneos.

Con el fin de satisfacer las necesidades de ambos grupos, tomando en consideración las restricciones de tiempo, se acordó que los conductores deberían vigilar que la discusión se concentre en las técnicas de DRP, y remitir a las sesiones de discusión (previstas en el horario para después de la cena) cualquier tema que sea motivo de debate. De esta manera se asegurará que la atención se centre en los objetivos del taller, y de manera paralela se permitirá que se dé el debate, la discusión y el intercambio de ideas, todos muy importantes.

2. *El desequilibrio de género de los participantes:* Este taller sobre DRP y salud sexual ilustró claramente las dificultades de encontrar personal femenino que pueda asistir a un taller de este tipo, sobre todo tomando en cuenta que deben ausentarse de sus hogares durante varios días. Sólo hubo dos mujeres de las ONGs beneficiarias, y dos mujeres del personal de AL. Hubo el caso de por lo menos dos mujeres interesadas en participar, pero que no pudieron hacerlo por sus obligaciones familiares. Se acordó que

una participación equilibrada de mujeres y hombres era benéfica tanto para los participantes del taller como para el desarrollo de los proyectos en general.

Con el fin de tratar de tener una participación más equilibrada en el próximo taller, AL acordó que se va a reducir el número de ONGs que participan. Al mismo tiempo, se va a identificar y a dar prioridad a las ONGs con personal femenino, y se pedirá a cada una de estas ONGs que envíe a 2 personas, con las siguientes condiciones: 1) una de las dos debe ser jefe de proyecto; 2) una de las dos debe ser mujer. Esto permitirá que las mujeres asistan, aun cuando (como sucede a menudo) no sean jefes de proyecto.

3. *Manejo del tiempo:* Dado que esta había sido la primera vez en que AL y el IPID habían trabajado juntos, y en que los participantes recibían capacitación en DRP y salud sexual, el taller logró bastante en un periodo corto de tiempo. Sin embargo, se acordó que 5 días no son suficientes para un taller de este tipo, y que el tiempo se debería haber manejado de mejor manera. Con el fin de optimizar el uso del tiempo en el próximo taller, se acordó que AL debería trabajar junto con el IPID para:

- Aumentar el tiempo del taller de 5 a 7 días.
- Organizar el taller fuera de Colombo, para minimizar la necesidad tanto de los participantes como de los conductores de salir del local para ocuparse de sus asuntos.
- Dedicar más tiempo a las sesiones prácticas y al trabajo de campo, en vez de a las conferencias.
- Preparar notas de cada sesión que se puedan entregar a los participantes, de manera que se reduzca la necesidad de tomar notas y de resumir.
- Asegurar que los debates se programen para las sesiones de discusión de después de la cena.
- Mejorar el manejo del tiempo al interior de cada sesión, a través de la coordinación de los conductores y los encargados del uso del tiempo.
- Acordar en la etapa de planeación cuáles sesiones son prioritarias y cuáles pueden recortarse en caso de necesidad.
- Revisar la agenda y los asuntos de manejo del tiempo al final de cada día.

4. *El desarrollo de relaciones institucionales:* Con el fin de desarrollar las relaciones inter-institucionales y de asegurar el apoyo intra-institucional a los participantes del próximo taller, se acordó que se debería invitar a los directores ejecutivos de las ONGs involucradas a asistir a una sesión del taller (probablemente después del trabajo de campo). Esto les dará una idea concreta del DRP y de cómo se puede usar al interior de sus ONGs. También se decidió que, además del informe del taller y de las cartas de seguimiento que se enviarán a todos los participantes, los directores de cada ONG recibirán un resumen ejecutivo.

5. *El papel del personal:* El personal de AL desempeñará un papel clave, junto con el IPID, tanto en la planeación como en la conducción del taller. Se identificaron algunos papeles específicos para el personal de AL, entre los cuales:
- Perspectiva general y planeación (responsable: el director).
 - Planeación extensiva con el IPID (todo el personal).
 - Identificación de ejemplos de salud sexual y de escenarios que el personal de IPID puede utilizar en las demostraciones de DRP y en las sesiones prácticas (funcionarios del programa).
 - Vigilancia del uso del tiempo, para asegurar que se cubran las sesiones prioritarias (directora de proyectos y coordinadora de apoyo técnico).
 - Búsqueda de concordancia entre los formatos del IPID y de AL, y presentación del formato y del proceso de propuestas de AL (director de programa).
 - Coordinación de una sesión diaria (coordinadora de apoyo técnico), en la que el personal informe diferentes aspectos del taller, tales como:
 - ⇒ cuestiones de género (coordinadora de apoyo técnico),
 - ⇒ cómo se está abordando la salud sexual (funcionarios del programa),
 - ⇒ cuestiones de seguimiento y de evaluación (director de programa), y
 - ⇒ en general cómo va todo el proceso (todo el personal del programa).

5.2. Pautas para revisar las propuestas de diagnósticos de necesidades

En febrero se presentarán las propuestas de seis de las ONGs que participaron en el taller sobre DRP y salud sexual, y AL planea que se firmen los contratos para los diagnósticos de necesidades en la primera semana de marzo. (Un calendario similar se prevé para el taller de marzo.) A continuación, los participantes dispondrán de 8 semanas para realizar sus diagnósticos de necesidades.

Se acordó que, una vez presentadas las propuestas, el personal de AL las revisará prestando especial atención a los siguientes puntos:

1. *El rango y la secuencia de las técnicas y actividades participativas:* Se deben incluir varias de las técnicas que se cubrieron en el taller, siguiendo una secuencia lógica, que vaya de la identificación y diagnóstico de necesidades generales al análisis de inquietudes más específicas de salud sexual.
2. *Triangulación:* Se deben incluir varios pasos para verificar la información, tales como la conformación de equipos de diagnóstico de necesidades que sean mixtos (en cuanto a géneros y disciplinas), el empleo de técnicas diferentes, y el desarrollo de estrategias para compartir la información.
3. *Participación comunitaria:* Se debe incluir la información de cómo se va a establecer contacto con qué segmentos de la comunidad, y cómo se va a lograr su implicación.

Por otro lado, la propuesta debe incluir estrategias para compartir las conclusiones de los diagnósticos de necesidades, así como algunas ideas preliminares para el diseño del proyecto, junto con la comunidad.

Después de revisar las propuestas, el personal de AL proveerá recomendaciones generales y apoyo técnico siguiendo estas líneas, en caso necesario.

6. Conclusiones

En general, tomando en cuenta las restricciones de tiempo y el hecho de que esta era la primera vez en que se había usado el DRP para abordar la salud sexual en Sri Lanka, el taller sobre DRP y salud sexual tuvo mucho éxito. Fue particularmente efectivo en lo que se refiere a la transferencia de información y habilidades de DRP. También resultó ser una colaboración muy exitosa entre AL y el IPID, a pesar de algunas dificultades logísticas, en lo que se refiere a la planeación y a la conducción del taller.

Sin embargo, es posible hacer varias mejoras, particularmente en lo que se refiere al manejo del tiempo (en particular, los participantes deberían tener tiempo para discutir sus propias propuestas de diagnóstico de necesidades) y a la selección de ejemplos vinculados con el tema de la salud sexual. Con respecto a esto, el personal de AL identificó estrategias para abordar algunas de estas cuestiones, y podrá llevarlas a cabo durante el próximo taller.

Tal vez lo más importante de todo es que tanto el taller como la visita de campo fueron un éxito muy alentador para fortalecer la capacidad de AL y de sus beneficiarios para poder utilizar los recursos técnicos que existen en su país. Por último, esta reunión de actores del sector de las ONGs con antecedentes —y áreas de trabajo— muy disímiles parece haber provocado una interesante atmósfera de creatividad e innovación entre todos los que estuvieron involucrados. Esto incluye al proveedor de apoyo técnico, el IPID, para quien la experiencia constituyó una oportunidad de desarrollar su propia capacidad diversificando su importancia para con el sector de ONGs en general.

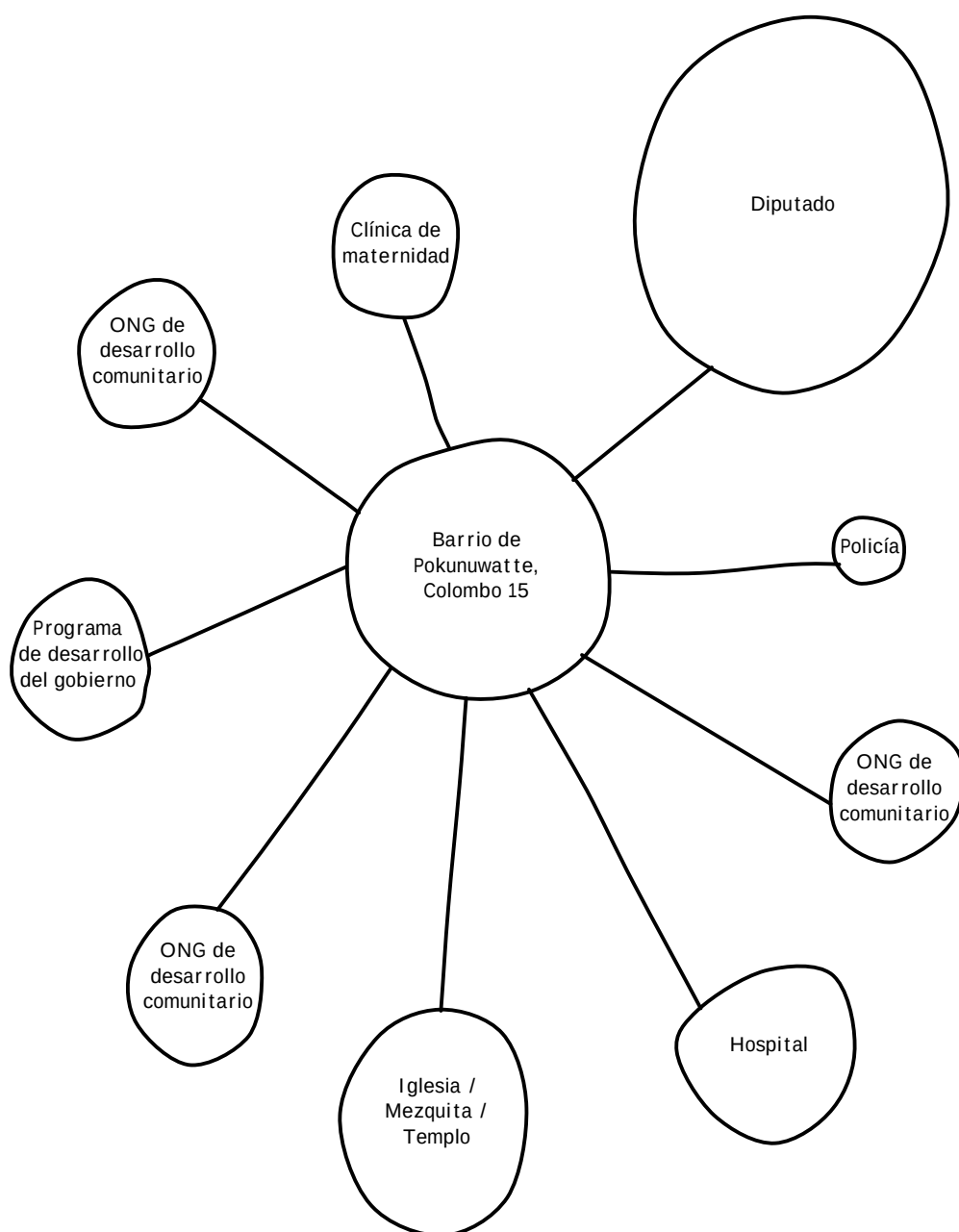


Ilustración B. Diagrama de tortillas de las instituciones importantes en el barrio de Pukunuwatte.

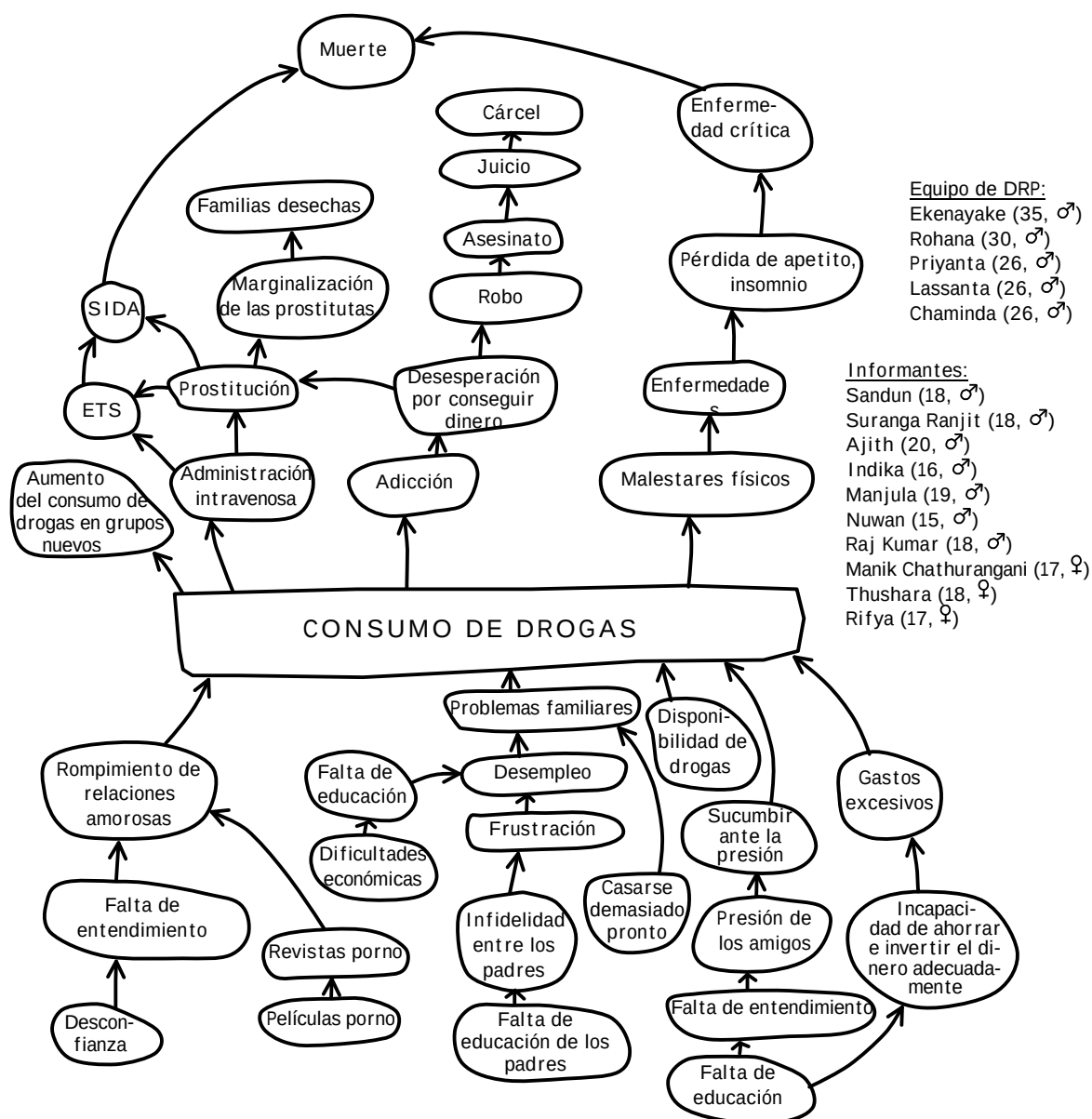


Ilustración C. Diagrama de flujo causal del uso de drogas.

3: Visita a Sri Lanka - Apéndice

	Relaciones con trabaj. del sexo	Jeringas no esterilizadas	Picaduras de mosquitos	Mezcla de sangre	Tocar	Pisar la orina	Compartir ropa	Puntos	Lugar
Relaciones con trabaj. del sexo		Relaciones con trabaj. del sexo	Relaciones con trabaj. del sexo	Relaciones con trabaj. del sexo	Relaciones con trabaj. del sexo	Relaciones con trabaj. del sexo	Relaciones con trabaj. del sexo	6	1°
Jeringas no esterilizadas			Picaduras de mosquitos	Mezcla de sangre	Jeringas no esterilizadas	Jeringas no esterilizadas	Compartir ropa	2	4°
Picaduras de mosquitos				Mezcla de sangre	Picaduras de mosquitos	Picaduras de mosquitos	Picaduras de mosquitos	4	3°
Mezcla de sangre					Mezcla de sangre	Mezcla de sangre	Mezcla de sangre	5	2°
Tocar						Tocar	Tocar	2	4°
Pisar la orina							Pisar la orina	1	5°
Compartir ropa								1	5°

Equipo de DRP: Vasantha, Upul, Terence
 Informantes: Suranja, Upul, Farced, Charminde, Kulatilake, Nazar, Muzamil, Ramlan, Aruna, Ajith, Sanjerwa, Indika, Alson, Farees (todos ellos hombres).

Ilustración D. Matriz de puntos para las maneras de propagación de las ETS.

Achaques / Razones	Cabeza (mareos)	Cara (dolor de dientes)	Pecho (dificultad para respirar)	Genitales (flujo blancuzco)	Pies (callos)
Es contagioso	oo	o	o	ooooo	o
Me impide ir a trabajar	ooo		o	ooooo	o
Me impide moverme	ooo		oo	ooooo	
Me impide hacer labores domésticas	ooooo		oo	ooo	
Provoca el rechazo de mis vecinos			o	oooo ooooo	
Debilita mi cuerpo		ooo	ooo	oooo	
Puedo quedarme permanentemente inválido			oooo	ooooooo	
	13 3°	4 4°	14 2°	37 1°	2 5°

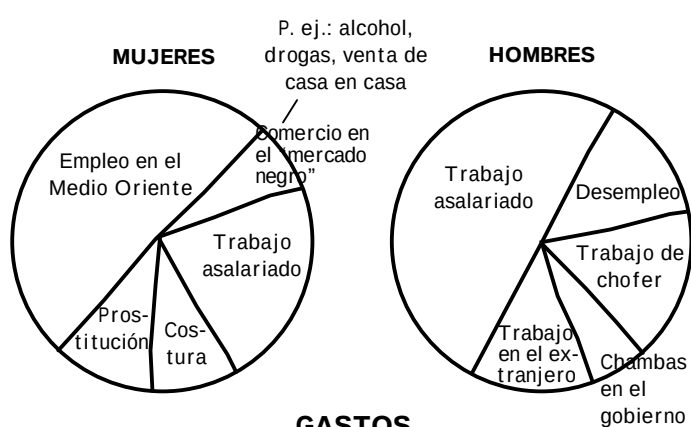
Equipo de DRP: Asela (♂), Harold (♂), Charminda (♂).
 Participantes: Nishami (29, ♂), Winfreda (52, ♀), Kamalawathi (57, ♀), Alagamma (48, ♀), Rawoof (72, ♂), Jayasinghe (65, ♂).

Ilustración E. Matriz de puntos sobre las enfermedades de las que hay que cuidarse.

INGRESO GENERAL



INGRESOS



GASTOS

Equipo de DRP:

Malika ♀
Anura ♂
Shanthi ♂

Informantes:

Suganya ♀
Upul ♂
Saman ♂
Priyantha ♂
Fareed ♂
Aruna ♂
Chaminda ♂
Suranga ♂
Amsar ♂
Sarina ♀
Sujeewa ♀
Allosius ♂

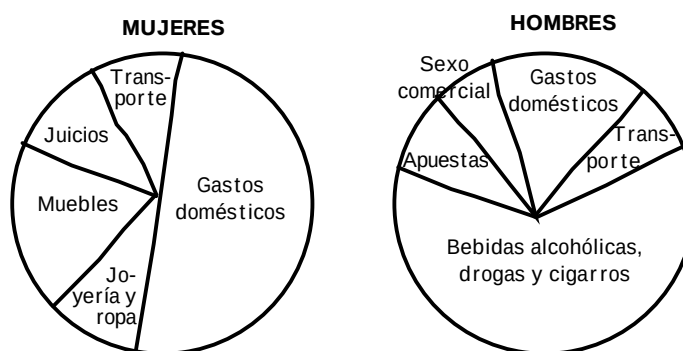


Ilustración F. Diagrama de tortillas sobre ingresos y gastos.

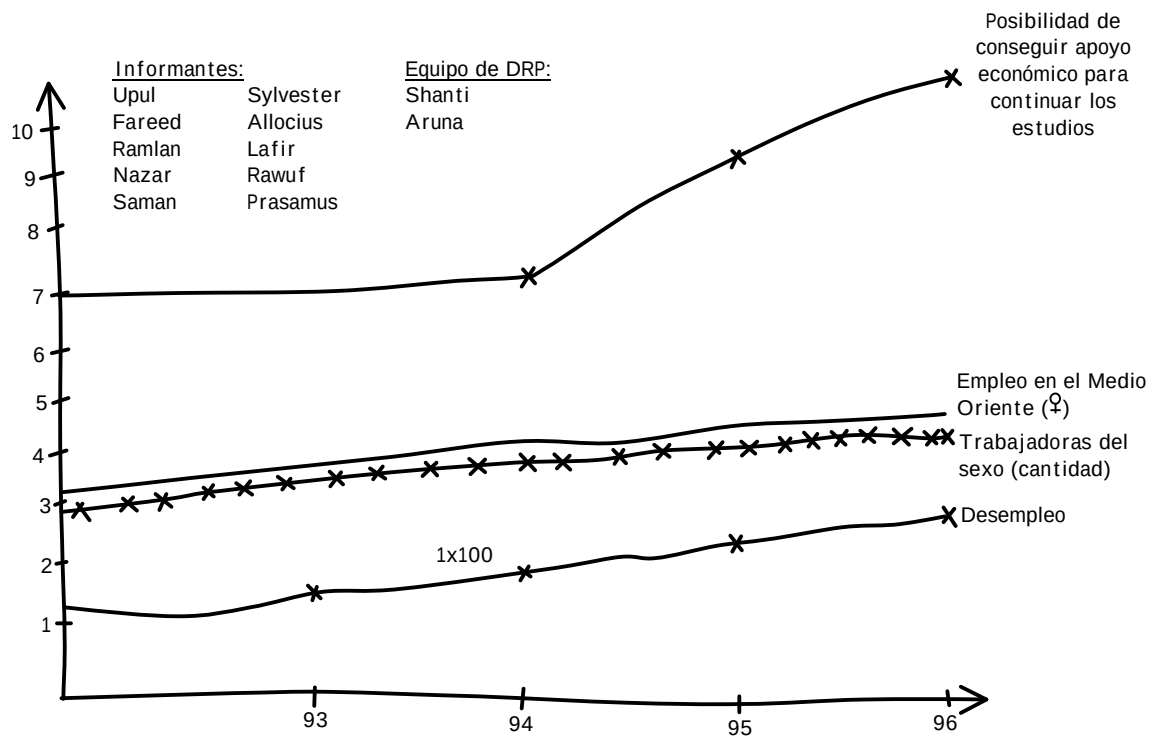


Ilustración G. Análisis de tendencias.

LA EVALUACIÓN DE NECESIDADES POR MEDIO DEL DRP¹

Algunas notas preliminares

Alice Welbourn²

La gran ventaja de usar los enfoques de aprendizaje participativo (EAP) en un trabajo de diagnóstico de necesidades es que les ayudan a los miembros de la comunidad a empezar a planear y a analizar por ellos mismos desde el principio.

Es importante identificar a los principales participantes de una comunidad y asegurarnos de que todos ellos, especialmente los más vulnerables, estén incluidos en el estudio de diagnóstico de necesidades.

Cada comunidad debería de llevar a cabo sus propio ejercicio de diagnóstico de necesidades, para maximizar un sentido de involucramiento local y de apropiación de la nueva aventura.

Antes de hacer reuniones con los diferentes grupos, conviene organizar una reunión abierta, en donde puedas presentar a todos el trabajo de tu organización y explicar qué hace y *qué no puede hacer*. Pero podrías añadir que, si ellos quieren, podrías ayudarlos a entrar en contacto con otros órganos o departamentos gubernamentales que tengan que ver con las cuestiones que tu organización no pueda contemplar.

Es importante considerar con cada grupo por separado el lugar y la hora que serían más convenientes para reunirse.

En el Apéndice aparece una lista de información que probablemente te resulte interesante reunir con cada grupo que desees entrevistar para hacer un estudio de diagnóstico de necesidades, junto con algunos ejercicios de DRP apropiados para recabar esta información. Así como sucede con cualquier herramienta, es importante que decidas primero qué preguntas vas a plantear; y que después pienses qué herramientas serían las mejores para responderlas. Conforme te vayas familiarizando cada vez más con el DRP, sin duda serás capaz de elaborar nuevos diagramas. Esta lista no pretende ser exhaustiva, pero sí puede fungir de punto de partida.

¹ Alice Welbourn (1996): *Needs Assessment Work Using PRA: Some initial notes*. Este es un artículo original (publicado por primera vez en la versión original en inglés de este libro).

² Documento fechado el 31 de julio de 1996.

Recuerda incluir en el análisis de necesidades el ejercicio de los cambios significativos esperados (véase la Tabla 1). Cada miembro del personal necesita tener muy claro lo que tu

Nombre del grupo	Cambio significativo 1, en un dibujo.	Cambio significativo 2, en un dibujo	Cambio significativo 3, en un dibujo
¿Qué podemos hacer <i>nosotros</i> ? Un dibujo de nosotros	Dibujo de lo que nosotros, los miembros del grupo, podemos hacer, para ayudar a que se logre el cambio 1	Dibujo de lo que nosotros, los miembros del grupo, podemos hacer, para ayudar a que se logre el cambio 2	Dibujo de lo que nosotros, los miembros del grupo, podemos hacer, para ayudar a que se logre el cambio 3
¿Qué pueden hacer <i>los otros</i> ? Dibujo de otras personas específicas, p. ej. nuestros líderes o maridos.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 1.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 2.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 3.
¿Qué pueden hacer <i>los otros</i> ? Dibujo de otras personas específicas, p. ej. jóvenes, etc.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 1.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 2.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 3.
¿Qué pueden hacer <i>los otros</i> ? Dibujo de otras personas específicas, p. ej. ONGs, gobierno, etc.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 1.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 2.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 3.
¿Cuándo deberían iniciarse estas actividades para lograr este cambio? Dibujo de algo que represente el tiempo, p. ej. un sol, un reloj, etc.	Dibujo de cuándo deberían empezar estas actividades, p. ej. un cultivo que se da en tres meses, o un cultivo que se da en 6 meses para ayudar a que se logre el cambio 1.	Dibujo de cuándo deberían empezar estas actividades, p. ej. un cultivo que se da en tres meses, o un cultivo que se da en 6 meses para ayudar a que se logre el cambio 2.	Dibujo de cuándo deberían empezar estas actividades, p. ej. un cultivo que se da en tres meses, o un cultivo que se da en 6 meses para ayudar a que se logre el cambio 3.

Tabla 1. Matriz de cambios significativos esperados.

Nota: En este ejercicio (véase la p. 164 del artículo de Lucy Antivelink et al., número 16 de esta colección de artículos), un grupo decide cuáles son los tres cambios significativos que le gustaría que ocurrieran en los próximos dos años, y luego describe cómo cree que se podría lograr cada uno de estos cambios.

organización *puede hacer* y lo que *no puede hacer*. Esto *no* significa que deba impedirse a los grupos que incluyan los cambios significativos que se dan fuera del alcance de tu organización en su lista de tres. De otra manera, se podría perder información importante acerca de otras necesidades.

Así los grupos deberían sentirse *estimulados* para mencionar esas cosas si están consideradas en sus tres prioridades. Pero el personal de tu organización podría explicarles mientras hacen el ejercicio que, aunque la organización no pueda resolver esa necesidad particular, sí podría llevar esa necesidad a otros grupos de la zona, si así lo quisieran.

También es importante recordar el tener una reunión de retroalimentación abierta al final del estudio de diagnóstico de necesidades, para que todos puedan compartir sus hallazgos con el resto de la comunidad. De esta manera, podría empezar a desarrollarse una conciencia mucho mayor de las perspectivas, habilidades y necesidades de los miembros más vulnerables de la comunidad.

Estas son sólo sugerencias sobre el tipo de información que se podría recabar y la manera como podría recabarse. Evidentemente no es suficiente una sola sesión con cada grupo para poder obtener toda esta información, pero sí se podrían planificar tres o cuatro sesiones con cada grupo de una comunidad para obtener toda la información gradualmente. *El grado de bienestar es un aspecto particularmente importante* de esta evaluación inicial de necesidades, ya que la gente más pobre, especialmente las mujeres, serán más vulnerables a las insinuaciones sexuales y a la falta de información sobre las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y su tratamiento, debido a presiones económicas.

Es necesario llevar a cabo este trabajo de diagnóstico de necesidades antes de empezar cualquier otra cosa dentro de la comunidad. El hacer este estudio con distintos grupos de la comunidad de seguro sensibilizará a algunas personas de la comunidad sobre algunas de estas cuestiones. De este modo el ejercicio no se limitará a ser un mero “punto de partida”. Pero creo sinceramente que si le vamos a pedir a la gente algo de su tiempo para hacer nuestra investigación, deberíamos involucrarlos en esta investigación y deberían salir beneficiados de ella. Además, las cuestiones que necesitan examinarse no se prestan fácilmente a los métodos de recolección de datos cuantitativos.

Por lo tanto recomiendo enfáticamente que utilices el DRP y que *de ninguna manera* consideres la posibilidad de hacer cuestionarios. La única excepción podría ser la recolección del registro de la distribución mensual de condones desde un centro de salud o una farmacia local, si hay personas de la comunidad dentro de su área de influencia.

Nota: Esta lista se ha escrito teniendo en mente la situación de Uganda, en partes del país en donde la gente ha empezado a sentirse mucho más abierta acerca de su situación como portadores del VIH. Si quieres utilizar el DRP en lugares en donde la situación sea distinta, sería aconsejable que te concentres en *otras áreas de la salud sexual, por ejemplo: el embarazo en la adolescencia, otras enfermedades de transmisión sexual, la esterilidad, la planeación familiar, o la impotencia*. Estos pueden ser temas que realmente preocupan a la

gente, y que sean más fáciles de abordar en pequeños grupos, en vez de lanzarse desde el principio con el VIH. Si estas inquietudes se manejan de manera adecuada, se habrá avanzado bastante, de cualquier forma, en el problema de la transmisión del virus del SIDA.

Apéndice: Necesidades de información y técnicas de DRP

INFORMACIÓN REQUERIDA	MÉTODO DRP
Número de miembros de los hogares y distribución por sexo de los adultos de la comunidad	Mapas
Nivel de bienestar de estos hogares	Mapas, clasificación por medio de tarjetas
Número de portadores del virus del SIDA en la comunidad (sólo si se puede preguntar)	Mapas
Conciencia del SIDA como un problema de la comunidad	Clasificación de la prioridad de los problemas
Grado en que el SIDA es discutido en público o en privado	Discusión general durante los ejercicios
Actitudes y apoyo de la comunidad a las personas que se piensa o se sabe que son portadoras del VIH	Diagrama de flujo sobre lo que los portadores del VIH deben hacer.
Dónde y cuándo las mujeres y las niñas se sienten sexualmente vulnerables en esta comunidad	Mapas
Núm. de niños de la comunidad que se piensa o se sabe que son huérfanos del SIDA	Mapas
El tipo de personas que se preocupan por los huérfanos del SIDA	Mapas
Grado en que los portadores del VIH parecen sentirse en confianza para hablar de su situación abiertamente	Discusión general
Grado en que sus cuidadores son incapaces de dedicarse a otras actividades, por ejemplo, el cultivo	Tablas de horarios diarios de trabajo: del tiempo de hombres y mujeres por hombres; y de hombres y mujeres por mujeres
Conocimiento y actitudes con respecto al condón y su uso, a otros medios de sexo seguro, y a otros modos de transmisión del VIH	Diagrama de flujo. ¿Qué puede hacer la gente para prevenir el VIH?
Frecuencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS).	Matriz de problemas prioritarios de salud; caminatas con los hombres jóvenes para buscar hierbas para distintos tratamientos; diagramas de flujo con hombres jóvenes sobre cosas buenas y malas en relación con el sexo, etc.; mapas del cuerpo con mujeres, etc.

4: La evaluación de necesidades por medio del DRP

Comportamiento para restablecer la salud en los problemas de salud sexual (p. ej. embarazo en la adolescencia, secreciones, irritaciones, etc.)	Diagrama de flujo que muestre a quién acuden a pedir consejo o ayuda, etc.
Relaciones de género en la comunidad	Discusiones acerca del maltrato a mujeres y de los pleitos; calendarios que ilustren los períodos del año en los que se presentan dificultades económicas.
¿Quién paga qué?	Tabla de distribución de gastos de hombres/mujeres para colegiaturas, comida, hospitalización, ropa, bebida, impuestos, etc.
¿Quién es vulnerable para utilizar el sexo como apoyo personal en diferentes épocas del año?	Calendario de cargas de trabajo, del ingreso y del control del dinero para hombres y mujeres en diferentes épocas del año.
Hábitos de bebida.	Observaciones generales.
Costumbres testamentarias y situación de los viudos/viudas	Diagramas de flujo para cuestiones relacionadas con los portadores del VIH y retos para los cuidadores.
Proporción de embarazos no deseados en adolescentes y embarazos no planificados en adultos	Clasificación de la prioridad de los problemas de salud
Proporción de esterilidad.	Clasificación de la prioridad de los problemas de salud
Aceptación de la planificación familiar (PF)	Informes locales de los problemas de salud.
¿Qué les gustaría que hiciera para ellos el Programa de la Comunidad y cómo?	Matriz de cambios significativos.

EL DRP Y LOS FACTORES DE RIESGO AL VIH¹

Experiencias de la Uganda rural

Joseph Ssembatya, Anne Coghlan, Rachel Lumala y Deo Kituusibwa²

La red de información sobre el SIDA de Rakai (RAIN, Rakai AIDS Information Network) utilizó métodos de Diagnóstico Rural Participativo (DRP) para ayudar a los miembros de la comunidad a identificar y a analizar los factores que los ponen en riesgo de adquirir una infección por el virus del SIDA (VIH). Este artículo describe los diferentes métodos que se utilizaron y lo que aprendieron los miembros de la comunidad y el personal del programa acerca de los factores de riesgo del VIH.

La infección por VIH en Uganda y en el distrito de Rakai

De los 19 millones de habitantes con que cuenta Uganda, se estima que más de 1.5 millones están infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Los primeros casos conocidos de SIDA en Uganda aparecieron en 1982 en una pequeña aldea de pescadores en el distrito de Rakai. Rakai es un distrito rural localizado al sudoeste de Uganda, a dos horas de camino de la capital nacional, Kampala, y limítrofe con Tanzania y con el lago Victoria. La morbilidad del VIH en Rakai ha alcanzado ahora proporciones epidémicas: Se calcula que el 13% de los habitantes del distrito son portadores del VIH, pero las tasas de incidencia varían de manera considerable según la localización geográfica. Por ejemplo, se estima que el 30% de todos los adultos en los centros de comercio de la carretera principal son portadores del VIH, y que este porcentaje es de 25% en las aldeas de comercio rural en los caminos secundarios, y de 9% en las aldeas agrícolas rurales (Wawer, 1991).

La mayoría de casos de transmisión de VIH en Uganda se dan a través del contacto heterosexual y de madre a hijo (transmisión vertical). Debido a la naturaleza de la transmisión del VIH en Uganda, al impacto devastador de la enfermedad en las comunidades y a los limitados recursos del gobierno, es esencial que las comunidades

¹ Joseph Ssembatya, Anne Coghlan, Rachel Lumala y Deo Kituusibwa (1995): "Using Participatory Rural Appraisal to Assess Community HIV Risk Factors: Experiences from rural Uganda", en: *PLA Notes*, núm. 3, IIED, pp. 62-65.

² Rakai AIDS Information Network (RAIN). P.O. Box 279. Kalisizo. Uganda. Los autores expresan su gratitud a las agencias que financian su trabajo: DANIDA, USAID y World Learning, Inc.

estén involucradas en promover el cambio del comportamiento sexual y en mantener los programas preventivos del SIDA.

La red de información sobre el SIDA de Rakai

La red de información sobre el SIDA de Rakai es una ONG ugandesa que tiene por objetivo reducir la propagación de la infección del VIH en el distrito de Rakai. Está dirigida por personas que proporcionan servicios de salud, educadores de la salud, consejeros y promotores de salud del distrito de Rakai. La estrategia de la organización es proveer una prevención integral del SIDA dentro de un marco de atención a la salud basado en la comunidad. Sus programas incluyen cuidados de la salud basados en la comunidad, que sirven a su vez para capacitar a los comités de salud de las poblaciones, a los promotores de salud comunitaria, y a las parteras tradicionales. La capacitación incluye la atención a la salud comunitaria a un nivel básico, pero con un énfasis especial en la prevención del VIH. La red RAIN también conduce un programa educativo para los jóvenes de la población que consiste en un curso de tres días sobre la prevención del VIH y el uso del condón. Por último, RAIN tiene también un programa de apoyo, de pruebas y de tratamiento médico que opera en ocho subclínicas descentralizadas. Ambos programas (el de atención a la salud y el de educación) están basados en la comunidad, y los miembros de la comunidad son los que seleccionan entre ellos mismos a los participantes que van a ser capacitados. Además, los miembros de las comunidades son los responsables de implementar las actividades del programa dentro de sus propias comunidades.

En 1993, el presidente de RAIN asistió a un curso de capacitación en Diagnóstico Rural Participativo organizado por la Asociación Ugandesa de Atención a la Salud Basada en la Comunidad y por la organización internacional World Neighbours. El curso se centró en la utilización del DRP para la salud comunitaria en general. Sin embargo, el presidente consideró que los métodos podrían ser de particular utilidad para ayudar a los miembros de la comunidad y al personal del programa a explorar los factores que ponen a la gente en riesgo de una infección por VIH. Así, en 1994, RAIN organizó sesiones de DRP en dos zonas rurales con alta incidencia de VIH.

Los métodos y las enseñanzas

Para que los miembros de la comunidad y el personal del programa pudieran evaluar los factores de riesgo al VIH en la comunidad, utilizamos varios de los diferentes métodos de DRP, incluyendo mapas, calendarios estacionales y relojes de actividades de 24 horas para hombres y mujeres.

Mapas

Los participantes se organizaron por aldea. Cada grupo dibujó entonces un mapa de su aldea en el piso, utilizando materiales que podían encontrar fácilmente, como ceniza, frijoles, maíz y piedras. Primero identificaron los rasgos físicos de sus comunidades, como las colinas, los pantanos y los caminos, y después los rasgos sociales, como las casas, las

iglesias, las escuelas y las tierras de cultivo. En cada casa, los participantes también identificaron a los residentes por edad y sexo, así como al número de muertes que habían ocurrido en los últimos 12 meses. También se pidió a los participantes que identificaran las muertes que habían sido causadas por el SIDA, pero, debido al estigma asociado a la enfermedad, se negaron a hacerlo.

Los mapas de las aldeas se hicieron en papel y después se presentaron a todo el grupo. Al identificar el número de muertes que habían ocurrido en los últimos 12 meses, los participantes se dieron cuenta de que había habido por lo menos una muerte en cada casa. Y aunque no se identificaron las causas de muerte, los participantes sabían que muchas de ellas habían sido causadas por el SIDA. Al ver la cantidad de muertes, los participantes se dieron cuenta de la incidencia del SIDA y de las implicaciones que esto tenía para la supervivencia de la comunidad. Después, los participantes identificaron sitios específicos que podían ponerlos en un riesgo mayor de infección por VIH. Por ejemplo, los lugares en los que los residentes a menudo consumen bebidas alcohólicas y consiguen parejas sexuales. También identificaron zonas aisladas, como pozos y sitios arbolados, en donde las mujeres corren el riesgo de ser violadas.

Como soluciones a estos problemas, los hombres propusieron que sólo deberían beber durante el día y que regresarían a casa temprano. Las mujeres sugirieron que debían ir en grupos a recoger agua y leña, y que no debían ir a buscar agua por la noche. Algunos hombres se ofrecieron a acompañar a sus esposas y uno incluso dijo: *“yo me encargo de recoger el agua para evitar el riesgo”*.

Calendario estacional

Un grupo de aproximadamente doce miembros de la comunidad dibujó en el suelo un calendario estacional con el objeto de identificar los patrones estacionales de los riesgos a la salud. Los participantes marcaron los 12 meses del año en la tierra y luego indicaron la cantidad de lluvia o sol en el mes., así como la incidencia de malaria y de diarrea. Cuando terminaron, pasaron la tabla a papel (véase la Tabla 1).

Mientras analizaban la tabla con el grupo, los participantes bien informados relacionaron la incidencia de las dos enfermedades con la cantidad de lluvia y de sol. Una buena parte de los participantes se sorprendieron. Pensaban que la malaria y la diarrea eran causadas por comer ciertos alimentos, como maíz o mangos, que hay sólo en ciertas épocas del año. El conductor preguntó entonces: *¿La transmisión del VIH tiene una estación?* Él esperaba que la respuesta fuera negativa, pues la transmisión ocurre durante todo el año. Sin embargo, el personal del programa y muchos de los miembros de la comunidad se sorprendieron cuando uno de los hombres de edad más avanzada de la comunidad se levantó y dijo, *“Si, en nuestra comunidad, hemos visto que cuando es época de cosecha y los hombres tienen dinero, incluso una dama... aceptaría (tener relaciones sexuales), pues sabe que el hombre tiene dinero”*.

	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
Lluvia o sol	##	\	\\	\\	\	#	###	##	\	\\	\\	\
Malaria	mm	o	o	m	o	mmm	mm	o	o	o	o	m
Diarrea	d	ddd	d	x	x	d	dd	d	x	x	x	d
VIH	h	h	hh	h	h	hhh	hhhh	hhhhh	h	h	h	hh

Simbología:

# = cantidad de sol	m = incidencia de malaria	d = incidencia de diarrea	h = frecuencia de transmisión de VIH
\ = cantidad de lluvia	o = ausencia de malaria	x = ausencia de diarrea	

Tabla 1. Calendario estacional.

Para seguir explorando este asunto, el conductor añadió una tercera fila a la tabla y les pidió a los participantes que indicaran la frecuencia de la transmisión del VIH en cada mes. La respuesta fue que la transmisión era mayor durante los meses de junio, julio y agosto. Y cuando el conductor preguntó por qué, le explicaron que estos meses correspondían a la época de cosecha de maíz, frijoles y café. Así, estos son los meses en que los hombres tienen dinero para gastar en bebidas alcohólicas y en parejas sexuales adicionales. Los participantes también añadieron que la transmisión también era más alta en los meses de marzo y diciembre, pues en esos meses generalmente se venden las cosechas almacenadas para prepararse para las festividades de Semana Santa y de Navidad.

Los miembros de la comunidad, y particularmente las amas de casa, se dieron cuenta entonces de que había ciertas épocas del año en que tenían mayor riesgo de infectarse. Para contrarrestar este riesgo, los miembros propusieron distintas soluciones. Como una solución, una mujer dijo: *“Yo he aprendido que... durante la época de la cosecha, la gente necesita cuidarse una a otra”*. Otra mujer dijo: *“Los hombres deberían tomar precauciones: ellos son los que salen”*. Este hallazgo también tiene implicaciones importantes para los programas de RAIN. Como lo dijo un miembro del personal en el ejercicio: *“Esto es nuevo para mí. Ahora sé que tenemos que intensificar los esfuerzos educativos y distribuir más condones en épocas específicas del año”*.

Los relojes de actividades de 24 horas

El último ejercicio consistió en que las mujeres y los hombres hicieron sus propios relojes de actividades de 24 horas. El propósito era que los participantes identificaran las

diferencias entre la cantidad de trabajo que realizan hombres y mujeres y que descubrieran el tiempo libre que pudiera llevar a comportamientos peligrosos. Los hombres y las mujeres formaron grupos distintos de cerca de 15 personas cada uno. Cada grupo discutió lo que se hacía generalmente cada hora del día y una persona del grupo iba tomando notas. Los miembros de cada uno de los dos grupos pusieron sus notas en papel y las presentaron a todo el grupo para su análisis e interpretación.

Los relojes mostraron que durante las horas de la mañana las mujeres generalmente se despiertan, *“bailan zigido”* (un baile tipo reggae que se utiliza como eufemismo del sexo), limpian la casa, preparan té, cultivan, recogen leña y agua, y preparan la comida. Por la tarde, comen, hacen artesanías o *“bailan zigido”*, cultivan, recogen leña y agua y preparan la cena. Por la noche, las mujeres siguen preparando comida, alimentan a sus hijos y esposos, comen, duermen y *“bailan zigido”*. Los hombres por las mañanas generalmente se despiertan, *“bailan zigido”*, toman té y cultivan, comercian, pescan o reparan bicicletas. Por la tarde, se bañan, comen y descansan. Algunos regresarán a trabajar o irán a emborracharse, a jugar juegos de mesa o *“a buscar una pareja sexual”*. Por las noches, los hombres escuchan la radio, cenan, duermen y bailan zigido.

Después de que cada grupo presentó su reloj, se hizo la pregunta general: *“¿Qué hemos aprendido?”* Un hombre mayor se levantó y dijo: *“Yo he aprendido que las mujeres tienen más actividades que los hombres”*. Otro hombre dijo: *“Les dejamos todo el trabajo y apenas me acabo de dar cuenta de eso”*. Se dio un debate animado acerca de lo que constituye el trabajo de los hombres y de las mujeres. Algunos hombres vieron la necesidad de compartir mejor el trabajo y empezaron a negociar con las mujeres. Un hombre dijo: *“Si ella va por leña, yo iré por agua”*. Pero otro hombre añadió: *“Necesitamos ayudarnos mutuamente pero sin que haya conflictos. Si nosotros vamos por agua, no nos digan que también tenemos que ir por leña”*. Una mujer añadió entonces con osadía: *“Hombres, nosotras trabajamos, trabajamos y trabajamos y después todavía quieren que tengamos relaciones sexuales. Estamos cansadas. Los hombres deberían reducir el tiempo de zigido”*. Un hombre entonces preguntó: *“Mujeres, ¿qué tenemos que reducir, el sexo o el trabajo?”*. Otro hombre dijo: *“Necesitamos sentarnos con nuestras mujeres y decidir... tenemos que programar las actividades, incluyendo el sexo”*.

Al comparar sus relojes de actividades, los participantes también identificaron varios factores de riesgo del VIH. Primero vieron que los hombres tienen mucho más tiempo libre que las mujeres, que emplean tomando bebidas alcohólicas en cantinas locales y teniendo relaciones sexuales con otras mujeres. El conductor señaló: *“Ustedes les dejan todo el trabajo a las mujeres y después salen y regresan con el virus”*. Los hombres también se dieron cuenta de que, debido a que sus mujeres están tan cansadas, ellos a veces recurren a otras mujeres para satisfacerse sexualmente. Como lo dijo un participante: *“Debido a todo el trabajo, las mujeres se vuelven viejas pronto y ya no se ven tan bien, y por eso vamos a buscar otras mujeres”*. Sin embargo, el grupo se dio cuenta de que, al buscar otras parejas fuera del matrimonio, ellos y sus esposas se están poniendo en un mayor riesgo de contraer la infección por VIH.

La solución propuesta fue de nuevo que los esposos y esposas se sentaran a dialogar y a decidir cómo compartir mejor las actividades. De esa manera las mujeres estarían menos cansadas y los hombres más ocupados.

Conclusiones

Los métodos de DRP fueron útiles para que los miembros de la comunidad y el personal del programa identificara, analizara y hablara de las prácticas sexuales que ponen a la gente en riesgo de adquirir una infección por VIH. A través de mapas, los participantes pudieron identificar la localización física de los lugares en los que están en un riesgo mayor. Al crear un calendario estacional, los participantes vieron que podían tener mayor riesgo de infección en ciertas épocas del año. Los relojes de 24 horas de actividades mostraron que los hombres tienen una considerable cantidad de tiempo libre, durante el cual pueden tener o tienen comportamientos peligrosos, y que las mujeres tienen una carga injusta de trabajo.

Estos métodos les permitieron a los miembros de la comunidad identificar los problemas y encontrar sus propias soluciones. Esto a su vez puede llevar a un cambio de comportamiento más sostenido que las campañas de información educacional convencionales. El personal de la organización también aprendió más acerca de las prácticas sexuales locales y pudo diseñar programas educativos y de distribución de condones más apropiados. Finalmente el DRP proporcionó los medios para que los hombres y mujeres pudieran discutir e incluso negociar temas tan delicados como el trabajo y el sexo.

LA SOCIEDAD DE LA MADRE SARADADEVI¹

Una experiencia de servicio social en Oddanchatram, Tamil Nadu, India

Jaya Shreedhar y Anthony Colaco

Al amanecer en el pueblo de Palani, cerca de Madurai, cientos de peregrinos llenan el templo en la cima de la colina de Lord Muruga, la principal deidad del pueblo. Uno de los centros de peregrinación más populares del estado de Tamil Nadu, Palani es una mezcla de lo viejo y lo nuevo. Como respuesta al creciente flujo de peregrinos, han proliferado una variedad impresionante de tiendas, hoteles, posadas pintadas con colores llamativos y cabañas de turistas, alrededor del antiguo templo.

Al mismo tiempo, como en muchos otros pueblos santuarios, la prostitución en Palani se ha incrementado rápidamente. A pesar de que la prostitución es oficialmente ilegal en Tamil Nadu, las mujeres de los alrededores llegan al pueblo a vender sexo por las noches. Para escapar la vigilancia de la policía local, hacen su negocio en lugares que están desiertos por las noches.

El número de personas infectadas con el virus del SIDA (VIH) es desconocido. Sin embargo, como pueblo santuario y como centro de una enorme zona productora de hortalizas, por Palani circulan miles de visitantes del templo, camioneros, comerciantes y trabajadores agrícolas. Sin duda el VIH está presente y de seguro diseminándose rápidamente entre la población.

“Escuchamos que los hospitales en los pueblos de Madurai y Dindigul estaban viendo cada vez más casos de personas infectadas con el VIH y con SIDA”, dice Prasanna Raja, secretaria de la Sociedad de Servicio Social de la Madre Saradadevi en Oddanchatram, un pequeño pueblo a una hora de camino de Palani. “Nos dimos cuenta que teníamos que hacer algo en las comunidades con las que estábamos trabajando. Lo que habíamos imaginado como un problema de Madrás ya había llegado hasta nuestras propias puertas”.

Fundada por Prasanna y su marido Raja en 1988, la Sociedad lleva el nombre de la esposa del conocido líder espiritual hindú, Ramakrishna Paramahansa, quien atrajo a un gran número de seguidores a principios del siglo XX. Saradadevi era también una líder por derecho propio, e hizo trabajo progresista promoviendo la educación de las mujeres y los

¹ Jaya Shreedhar y Anthony Colaco (1996): “The Mother Saradadevi Social Service Society”, en: *Broadening the Front: NGO Responses to HIV and AIDS in India*, volumen núm. 11 de la serie *Strategies for Hope*, ActionAid, Londres, pp. 35-41.

derechos de las viudas. La Sociedad trabaja en distintos programas de desarrollo de la salud, del ambiente y de la economía para mujeres de distintas creencias religiosas.

El Proyecto del SIDA

El proyecto del SIDA de la Sociedad empezó simultáneamente en Palani y en el poblado de Porulur situado a 90 kilómetros de distancia, en enero de 1994. Sus objetivos se definieron de la siguiente manera:

1. Incrementar el nivel de información acerca de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), del VIH y del SIDA entre las mujeres que practican la prostitución y entre las que viven en los barrios pobres.
2. Incrementar el conocimiento de las mujeres sobre el sexo seguro.
3. Incrementar la utilización de condones por las mujeres.
4. Elevar la conciencia de las mujeres con respecto a su salud.
5. Proporcionar a las mujeres medidas de prevención y servicios de apoyo contra ETS/VIH/SIDA, y en particular tratamiento de las ETS.

El proyecto es coordinado por Prasanna y Raja, y emplea a dos orientadoras, que son enfermeras profesionales. Un grupo de veinte “animadores”, la mayoría mujeres, complementan el equipo. “Todos los animadores han terminado su enseñanza primaria”, dice Prasanna, “y debido a que todos son casados sienten menos inhibición para discutir las cuestiones relacionadas con las enfermedades de transmisión sexual y con el VIH. Asimismo, gozan de mayor credibilidad. La gente acepta información sobre cuestiones sexuales más fácilmente de hombres y mujeres casados que de los jóvenes solteros, a quienes pueden ignorar más fácilmente.”

Los inicios

Los dos coordinadores empezaron capacitando a los animadores en las distintas formas de comunicar información acerca del VIH, del SIDA y de las ETS. El curso de una semana de duración también incluyó discusiones que ayudaron a los animadores a entender mejor su propio comportamiento sexual, sus actitudes hacia el sexo, y los problemas particulares que enfrentan las mujeres en relación con el control de su sexualidad y de la reproducción. Los coordinadores también subrayaron la necesidad de mantener una actitud de no juzgar cuando se trabajaba con mujeres en la prostitución.

Los coordinadores empezaron por identificar a las mujeres de bajos ingresos, y especialmente a las que dedicaban por lo menos parte del año a la prostitución, establecieron con ellas una buena relación y se hicieron amigos de algunas de ellas, que se convirtieron en informantes clave. Los animadores visitaron a estas mujeres todos los días para entender los tipos y el alcance de las conductas sexuales riesgosas, al igual que las creencias y actitudes existentes hacia el VIH y el SIDA. Al mismo tiempo, trataron de

entender las formas en que las mujeres eran vulnerables a las ETS, incluyendo la infección por VIH.

Los animadores aprendieron que muchas mujeres, tanto de las zonas rurales como urbanas, tenían más de un compañero sexual. Muchas también tenían enfermedades de transmisión sexual. Un número considerable vendía sexo debido a la pobreza. La mayoría de las mujeres que vendían sexo eran “mujeres de familia”: vivían con sus familias y vendían sexo sin que lo supieran los otros miembros de la familia, para poder complementar el mísero ingreso familiar. Las esposas a menudo eran objeto de abuso sexual y físico por parte de sus maridos, muchos de los cuales también tenían relaciones sexuales con otras mujeres, incluyendo a las trabajadoras sexuales.

Aunque los animadores fueron recibidos en un principio con desconfianza, tanto sus actitudes de no enjuiciamiento a las vidas sexuales de las mujeres, como su perseverancia, tuvieron finalmente buenos resultados. Además, muchas de las mujeres ya tenían cierta familiaridad con las labores que hacía la Sociedad, cuyos trabajos de generación de ingresos y otros programas para mujeres ya se habían ganado un respeto considerable en la zona.

En las reuniones semanales del personal, los animadores intercambiaban sus experiencias, y documentaban sus avances anotando la cifra de mujeres que habían entrevistado y los casos de ETS que habían encontrado. Utilizando materiales de la localidad como semillas de tamarindo, flores o granos, cada animador guardaba un registro visual de las mujeres con las que habían conversado y de los casos de ETS que habían encontrado.

A continuación, los animadores exponían el trabajo realizado durante la semana anterior, incluyendo los problemas que habían enfrentado. Los demás planteaban preguntas y el grupo trataba de encontrar posibles soluciones. De esta manera se superó el problema de transferir “soluciones” de superiores directamente al campo, lo cual es muy común en muchas ONGs. Y también les dio a los animadores más confianza en su propia capacidad de reconocer y solucionar problemas en la práctica.

Después de cierta reticencia inicial, los animadores fueron tomando más confianza y sintiéndose cada vez más capaces de discutir las actividades sexuales que dan lugar a la diseminación del VIH. Y también sintieron una mayor facilidad para intercambiar ideas acerca de cómo los hombres y las mujeres podrían cambiar su conducta para protegerse mutuamente del VIH y de otras ETS. “Encontramos que el personal tenía cada vez más confianza —dice Raja—; valoraban su trabajo y se fueron volviendo cada vez más sensibles y receptivos a los problemas de las mujeres. Esto los inspiró a superar sus propios problemas en un espíritu de competencia saludable”.

Los grupos de mujeres y el DRP

La principal estrategia operativa de la Sociedad es la formación de grupos de mujeres, que permiten a las mujeres trabajar unidas para tener una mayor capacidad de decisión en las cuestiones que afectan sus vidas.

“La formación de grupos de mujeres es la base de nuestro trabajo”, dice Raja. “Implementar un proyecto sin este elemento sería como echar un bote al río sin remos”.

Durante los primeros seis meses del proyecto se formaron 50 grupos de mujeres, cada uno con entre 20 y 25 miembros. Hoy en día, cada grupo se reúne regularmente para discutir problemas relacionados con la salud, el ingreso, los niños, la sexualidad y las actitudes y conducta sexual de sus maridos y otros compañeros sexuales.

La Sociedad ha encontrado el enfoque del diagnóstico rural participativo extremadamente útil para ayudar a estas mujeres a conformarse como grupos y a iniciar sus actividades. El DRP es una manera de permitir que las comunidades mismas definan, evalúen y mejoren su salud y educación y su situación económica y ambiental. Para hacerlo, emplea técnicas que muestran información de manera visual. “Nosotros extendimos este enfoque ya probado a nuestro trabajo del SIDA y ha sido muy efectivo”, dice Prasanna.

Los siguientes ejercicios del DRP han sido particularmente útiles:

Ejercicio 1: “Mapas”

Este ejercicio ha permitido a las mujeres saber qué servicios hay en la zona y les ha motivado a formar sus propios grupos. Consiste en que las mujeres dibujan un mapa de su propio pueblo o aldea en el piso con un palo o con gis y después añaden distintos rasgos, tales como escuelas, templos, casas, hospitales y bombas de abastecimiento de agua. Utilizando semillas de tamarindo, cuentan el número de hombres, mujeres y niños en su zona y describen las actividades que cada uno realiza.

El ejercicio también ha permitido a la Sociedad identificar a las mujeres que se prostituyen, verificando sus hallazgos corroborándolos con informantes clave de la comunidad.

Ejercicio 2: “Análisis estacional”

Este ejercicio ha ayudado a las mujeres a entender cómo las variaciones estacionales de sus ingresos afectan su vulnerabilidad sexual. En las zonas urbanas, durante los meses de festividades, la mayor parte de los ingresos de las mujeres provienen de la venta de frutas, flores, imágenes o artículos de culto religioso a los peregrinos. Durante las épocas del año en que no hay festividades, muchas de las mujeres venden sexo para mantener su nivel de ingresos.

En las zonas rurales, las mujeres ganan lo suficiente los meses en los que hay suficiente trabajo en los campos de cultivo tanto para los hombres como para las mujeres. Sin embargo, durante los meses de secas, de abril a septiembre, hay poco trabajo agrícola en la localidad, y los hombres emigran al vecino estado de Kerala, donde se requiere mano de obra extra en los campos. Las mujeres se quedan en las aldeas y muchas venden sexo para mantener sus hogares hasta septiembre. “Este análisis nos ha sido de gran utilidad para anticipar y planear el tratamiento de las ETS y la distribución de condones según la temporada del año”, dice Sathyabhanja, una animadora.

Ejercicio 3: “Línea de tendencias”

En este ejercicio, las mujeres analizan los cambios que han experimentado en sus vidas en relación con el trabajo, las enfermedades, la planeación familiar, la crianza de los hijos y las relaciones sexuales. El ejercicio se lleva a cabo en pequeños grupos de dos o tres participantes para fomentar el libre intercambio de información relacionada con el sexo. Esto sentó las bases para las discusiones persona a persona entre los animadores y las mujeres que ejercen la prostitución.

Mediante este ejercicio, las mujeres se han dado cuenta de las razones subyacentes de la diseminación de las ETS y del VIH, incluyendo el impacto de la conducta sexual de los hombres, la influencia del cine y el papel que juegan los medios de transporte modernos. Y, lo que es muy importante, han entendido que la prevención de la epidemia del VIH requiere la cooperación de toda la comunidad, y especialmente de los hombres.

Este ejercicio ha llevado a muchas mujeres a tratar de discutir cuestiones relacionadas con el VIH, el SIDA y las ETS con sus maridos y otros compañeros sexuales, y a obtener tratamiento para sus ETS. Muchas también han empezado a tratar de persuadir a sus maridos y a sus otros compañeros de utilizar condones.

Ejercicio 4: “Línea histórica”

El objetivo de este ejercicio es ayudar a las mujeres y a los promotores de la Sociedad a entender la historia de su aldea o pueblo, su religión, sus festividades, sus costumbres y creencias. El proceso ha sido útil para entender la relación entre prostitución y casta, entre religión y política local. El ejercicio ha dado lugar a muchas discusiones que han aclarado algunos mal entendidos acerca de las mujeres que practican la prostitución, y también ha ayudado a promover actitudes de cuidado y una mayor autoestima entre los participantes.

Ejercicio 5: “Clasificación de niveles de bienestar o de riqueza”

En este ejercicio, las mujeres establecen los criterios para definir a los ricos, la clase media y las familias pobres, y se sitúan ellas mismas dentro de estos grupos. Se ha visto que dentro de las familias más pobres hay más mujeres que optan por vender sexo, y el personal de la Sociedad decidió dedicar un mayor tiempo a estas mujeres. También se encontró que las enfermedades de transmisión sexual eran más comunes entre las mujeres de este grupo y sus esposos. El ejercicio también ayudó a que la Sociedad pudiera ofrecer a las mujeres más vulnerables oportunidades y capacitación para encontrar otros medios de generación de ingresos (véase la p. 96).

Ejercicio 6: “Diagrama de tortillas”²

Este ejercicio se utiliza para entender las relaciones de las mujeres con otras instancias, como la policía y los servicios de salud. Las mujeres discuten cuestiones relacionados con el hostigamiento de la policía y con su renuencia a buscar tratamiento para las ETS en las clínicas del gobierno, cuyo personal a menudo las somete al ridículo y a la humillación. Esto ha impulsado a la Sociedad a intensificar los servicios de ETS que provee su propio centro de salud, y a enviar a una de sus enfermeras a la clínica de ETS del Hospital gubernamental de Palani, para que apoyara de medio tiempo.

Ejercicio 7: “Matriz”

El ejercicio de la matriz de toma de decisiones ayuda tanto a las mujeres como al personal de la Sociedad a identificar quiénes toman las decisiones en las familias y por qué. El ejercicio también ayuda a las mujeres a discutir desigualdades en sus relaciones sexuales con los hombres, y a explorar formas para persuadir a sus compañeros sexuales a buscar tratamiento para las ETS, en caso necesario, y a usar condones de manera regular.

El enfoque del DRP permite que las mujeres —todas ellas analfabetas— entiendan su vulnerabilidad económica, social y física al VIH y al SIDA en el transcurso de aproximadamente seis meses. Los ejercicios han tenido un impacto profundo en las actitudes de las mujeres hacia sí mismas:

² Los diagramas de tortillas (conocidos algunas veces como diagramas de Venn o *chapati*) permiten a la gente discutir las influencias de las distintas organizaciones en sus vidas, dibujando círculos de diversos tamaños.

El caso de Shenbagam

Shenbagam es madre de dos hijos. Ella y su familia viven en una casa de vecindad vivienda muy hacinada en uno de los barrios pobres de Palani. Su esposo, Muthu, trabaja como conductor de un taxi de tres ruedas.

Después de tener frecuentes molestias de irritación genital y de flujo, uno de los animadores de la Sociedad le dijo que lo que tenía se llamaba una ETS. También se enteró del VIH y del SIDA, y sabe que es extremadamente vulnerable a la infección, debido a la conducta sexual de su marido.

Shenbagam supone que adquirió la ETS a través de su marido, pues él gasta mucho dinero cada mes para tener sexo con diferentes mujeres. También sabe que él gana algo de dinero extra haciendo citas para sus clientes con trabajadoras sexuales, pero es incapaz de discutir con su marido sobre estas cuestiones.

Temiendo que Muthu sospechara que ella tenía una relación con alguien más, Shenbagam no se atrevía a decirle que ella sufría de una ETS. Sin embargo, decidió tratarse, sin que él lo supiera, en la clínica de la Sociedad, en donde la enfermera también le dio algunos condones.

Cuando Shenbagam le enseñó por primera vez a Muthu uno de los condones y le dijo que podía protegerlos a ambos del SIDA, él la golpeó. Shenbagam le contó a uno de los animadores el problema que había tenido. El animador entonces organizó una sesión de transparencias en el barrio y convenció a Muthu de que asistiera.

Después de la sesión de transparencias hubo una discusión, que le hizo a Muthu analizar su propia conducta sexual. Él tiene ahora discusiones acerca del SIDA con sus amigos, y ha empezado a utilizar condones siempre que visita a las trabajadoras sexuales. “Tomó algo de tiempo convencerlo —dice Shenbagam—, pero las cosas han mejorado”.

“Cuando se dan cuenta de que las enfermedades de transmisión sexual no se originan en sus cuerpos sino que se las transmiten sus esposos o sus clientes, se dieron cuenta que no había necesidad de sentirse culpables o avergonzadas —dice Raja—. Sintieron más confianza cuando supieron que estas enfermedades se podían curar fácil y económicamente, y más todavía, cuando se dieron cuenta que se podían prevenir mediante el uso de condones. Muchas de ellas nunca habían visto un condón”.

Trabajo de divulgación

Utilizando el enfoque del DRP, la Sociedad identificó algunos vecindarios en donde los hombres tenían que ser sensibilizados con respecto al VIH y al SIDA. El personal de la Sociedad visitaba con frecuencia estos vecindarios y llevaba videos de películas famosas

para atraer a las multitudes. Después hablaban del VIH y del SIDA y distribuían folletos y condones. Las integrantes de los grupos de mujeres informaron que estas reuniones ayudaban a que los hombres del lugar se dieran cuenta de los peligros de una conducta sexual riesgosa, y de la necesidad de utilizar condones para protegerse a sí mismos, a sus esposas y otras compañeras sexuales.

Las visitas a domicilio de los animadores y orientadores también han ayudado a motivar a las mujeres que no forman parte de un grupo a buscar tratamiento para sus ETS. Los promotores de la Sociedad también explican que el condón puede prevenir las ETS y subrayan la importancia que tiene en la protección que brinda a la gente para evitar una infección por VIH. Utilizando plátanos o bananas, los animadores demuestran la forma en que debe usarse el condón. “Algunas mujeres quieren tratar de hacer la demostración ellas mismas —dice Usharani, una animadora—. Las 250 mujeres que practican la prostitución en el pueblo se llevan entre 25 y 30 condones por semana. Las integrantes de los grupos rurales se llevan semanalmente de 10 a 15 condones cada una, pero todavía no se atreven a hablar de los condones en las reuniones del grupo”.

El número de condones que se distribuyen mensualmente se está incrementando constantemente. Después de un año de iniciado el proyecto, las mujeres que ejercen la prostitución empezaron a ir a las casas de los animadores a buscar condones cuando los necesitaban. Uno de los grupos de mujeres de la zona tomó incluso la decisión conjunta de seguir una política de “sin condón no hay sexo” con sus clientes.

Con un financiamiento del Programa de Acción contra el SIDA del sur de la India, la Sociedad ha establecido también un proyecto para conductores de camiones en el cruce de caminos de Oddanchatram, por donde se llega al mercado Gandhi, famoso por sus verduras y su mantequilla. Los conductores recogen ahora casi 1000 condones por mes, ubicados en botes de metal que se colocaron en lugares estratégicos de las gasolineras de la zona. Además, un animador de la Sociedad se reúne con grupos de conductores todas las tardes para hablar acerca de las ETS, del VIH, del SIDA y del uso de condones. Utilizando una banana, el animador les muestra cómo debe usarse el condón. También distribuye condones y llena los botes de metal colocados en las gasolineras.

Todavía no es posible identificar a gente con el VIH y con SIDA en el sub-distrito de Palani Taluk, pero es sólo cuestión de tiempo para que los enfermos y los moribundos empiecen a hacer notar su presencia. Ya existen planes para brindar a las mujeres con VIH de Oddanchatram y a sus hijos orientación, cuidado y apoyo a nivel familiar o comunitario.

Superando los obstáculos

Al principio el proyecto encontró una gran resistencia por parte de los líderes políticos locales, quienes pensaban que la Sociedad estaba fomentando la formación de grupos de mujeres para debilitar la influencia de los partidos políticos. El problema se resolvió cuando el personal del proyecto se reunió con los líderes políticos para explicarles sus planes y pedirles su cooperación.

Por otro lado, la renuencia inicial por parte de los animadores para hablar sobre cuestiones sexuales específicas tuvo que resolverse mediante sesiones especiales de capacitación. En algunos casos fueron necesarias también reuniones con sus padres o sus maridos. Los animadores también tuvieron que soportar la burlas de hombres de las zonas en donde trabajaban, quienes los apodaban “vendedores de globos”, pues distribuían condones regularmente. Para enfrentar este problema, la Sociedad logró obtener la cooperación de la policía y mandó hacer uniformes y credenciales para los animadores, para que su trabajo tuviera un sello más oficial.

Principios del cambio

La Sociedad también apoya a las mujeres para que puedan superar su vulnerabilidad a la explotación social y económica, ayudándolas a incrementar sus ingresos. En colaboración con el gobierno del estado, la Sociedad ha distribuido 35,000 arbolitos frutales a las campesinas, y ha permitido que 45 mujeres se hayan capacitado como mecánicas de radio, televisión y computadoras. La Sociedad también ha dado educación vocacional a 20 trabajadoras sexuales que querían dejar la profesión. Estas mujeres ahora se dedican a coser, a fabricar artículos cosas de piel y a tejer prendas de vestir para exportación en el pueblo cercano de Thirupur.

Las integrantes de los grupos de mujeres han empezado recientemente a ponerse en contacto con otras mujeres, para crear conciencia sobre los riesgos sexuales a los que están expuestas, para que reciban tratamiento para sus ETS y para que convenzan a sus esposos y a sus compañeros sexuales de que usen condones. El objetivo de la Sociedad es que los 50 grupos de mujeres que se han formado puedan registrarse por sí mismos como sociedades, lo cual les permitiría tener acceso a financiamiento gubernamental. Cada miembro ahora contribuye con una cuota de 10 rupias cada mes. Si un grupo logra juntar 15,000 rupias, el gobierno estatal les proporcionará una donación por una cantidad igual. Esto permitirá que las integrantes de los grupos inicien conjuntamente actividades de generación de ingresos, como la cría de aves de corral:

“El dinero les ayudará a unirse más —dice Prasanna— y a largo plazo también las hará autosuficientes y menos vulnerables al VIH”.

LOS MAPAS DEL CUERPO¹

Su uso en talleres de DRP/DRR enfocados a la salud²

Andrea Cornwall³

Los mapas y los modelos han sido utilizados en los talleres de Diagnóstico Rural Participativo (DRP) y de Diagnóstico Rural Rápido (DRR) para ubicar distintos rasgos de los ambientes social y ecológico, como una guía de las percepciones que tiene la gente de los espacios en los que vive y trabaja, y como un marco de referencia compartido para entrevistas y discusiones. En este artículo me gustaría compartir mis experiencias de trabajo con mujeres en una zona rural del sur de Zimbabwe en donde utilizamos mapas del cuerpo para compartir nuestras versiones de la anatomía y la fisiología (Cornwall 1990; véase MacCormack 1985 acerca del uso previo de esta técnica en Jamaica).

Al utilizar los mapas del cuerpo —diagramas que representan una parte del cuerpo o su totalidad, dibujados por las mujeres en papel o en el piso— para examinar el conocimiento de las mujeres acerca de la reproducción y sus interpretaciones de la contracepción, pudimos trabajar conjuntamente para encontrar explicaciones de la contracepción que fueran localmente apropiadas.

La representación del cuerpo no sólo puede utilizarse como método de investigación, sino que puede también utilizarse para capacitar a los promotores de salud en los enfoques DRR/DRP. En la conclusión examinaremos brevemente algunas conclusiones pedagógicas, así como posibles aplicaciones en otros campos de la salud.

La elaboración de un mapa del cuerpo

Los antropólogos médicos han llamado la atención sobre las distintas formas en que la gente de una cultura o de una comunidad adquiere, se apropia y usa conocimientos acerca de los procesos corporales. Recientemente se ha reconocido que es importante entender las

¹ Andrea Cornwall (1992): “Body Mapping in Health RRA/PRA”, en: *RRA Notes*, núm. 16, IIED, pp. 69-76.

² Les agradezco a las mujeres de Mazvihwa que hayan compartido sus ideas conmigo, pues esto hizo que fuera posible este trabajo. También le agradezco a Carol MacCormack que haya hecho que fijara mi atención en este método y al *Simon Population Trust* por su apoyo en el financiamiento de la investigación en la que se basa este artículo.

³ IDS, Falmer, Brighton BN1 9RE, Reino Unido.

descripciones que hace la gente de sus propios cuerpos y sus interpretaciones de las intervenciones médicas occidentales, para hacer que la atención de la salud y la educación para la salud respondan más a las expectativas y necesidades de los usuarios.

Sin embargo, resulta a menudo difícil llegar a comprender a través de las descripciones verbales de la gente los conocimientos que la misma gente tiene acerca de sus cuerpos, sin un conocimiento previo de los términos de referencia utilizados. En especial en el caso de los conocimientos anatómicos, las suposiciones de que existe un significado compartido de términos como “útero” y “corazón” pueden resultar engañosas. Si se hacen preguntas específicas desde un marco de referencia médico occidental, los sesgos y las suposiciones de los investigadores de la salud afectarán la comprensión mutua. Y esto, además de otros factores, puede ir debilitando la confianza de la gente en sus propios conocimientos.

Los mapas del cuerpo pueden utilizarse para penetrar en las percepciones que la gente tiene de sus propios cuerpos y en los modelos explicativos a los que la gente hace referencia cuando se reúne con los promotores de salud. Representar esta información de manera visual puede ayudar a resolver ambigüedades y proporciona un marco de referencia compartido y rápido. Al utilizar las representaciones de la gente de sus propios cuerpos como punto de partida para explorar cuestiones médicas específicas, los mapas del cuerpo pueden facilitar un estilo de entrevista menos dirigido que el que se obtendría de otra manera. Las clasificaciones que las gentes hacen y sus descripciones visuales pueden utilizarse como una base para hacer más indagaciones.

Los mapas del cuerpo pueden dibujarse individual o colectivamente, en grupos dirigidos o en talleres de discusión. Se pueden analizar ideas y cuestiones que serían mucho más difíciles de abordar exclusivamente a través de discusiones verbales.

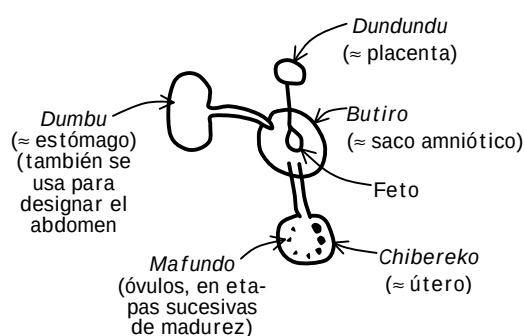
Antecedentes

El estudio al que quisiera hacer referencia tenía como objetivo explorar la percepción local del cuerpo, para encontrar formas de vincular el conocimiento local y las explicaciones médicas occidentales de métodos contraceptivos distintos a los locales. Mis intentos de proporcionar educación sexual en la escuela en la que estaba trabajando me llevaron a entrevistar a las parientes de mis alumnas y a tener discusiones sobre la contracepción. Las mujeres me confiaron sus miedos, me contaron los rumores que había acerca de la píldora anticonceptiva y querían más información. Pronto me di cuenta de que la clase de información que yo podía darles estaba basada en la utilización de un modelo médico occidental del cuerpo y de sus procesos, que no parecía muy adecuado para responder a sus preguntas.

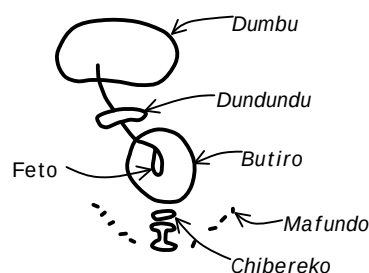
Las mujeres en las zonas rurales de Zimbabwe obtienen conocimientos de sus cuerpos a través de una amplia gama de fuentes: el corte de animales domésticos que sirven de alimento, las conversaciones con otras mujeres, los consejos de parientas mayores, las experiencias de embarazos, los medios de comunicación, y también las interacciones con los servicios de salud. Para poder analizar la manera en que eran interpretados los mensajes

dentro de esta amplia red de adquisición de conocimientos, entrevisté a una muestra de mujeres en dos zonas sobre lo que les habían dicho y lo que ellas pensaban acerca de la contracepción oral. Encontré que había versiones similares, independientemente de que las mujeres hubieran o no obtenido información de hospitales, de clínicas o de los promotores de salud locales.

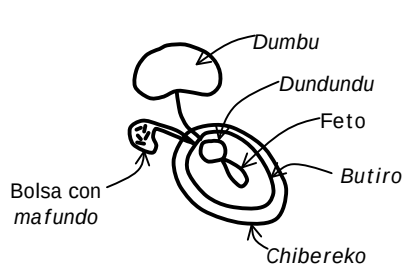
Algunas mujeres no habían recibido explicaciones, sino sólo instrucciones, aunque tenían ideas claras acerca de la forma en que funcionan los anticonceptivos. Varias mujeres me decían lo que les habían dicho y después continuaban explicando sus propias teorías sobre el asunto. Era evidente que el limitarse a dar instrucciones no era suficiente. Si bien era claro que las mujeres compartían sus conocimientos, encontré que algunas habían recibido por parte de los promotores de salud (las enfermeras de las clínicas y las agentes de distribución de base comunitaria) explicaciones que se ajustaban mejor a los diferentes aspectos del saber local que al modelo médico occidental.



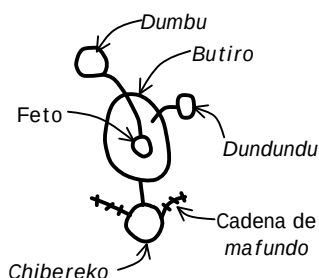
Dibujo de una mujer analfabeta de 57 años de edad



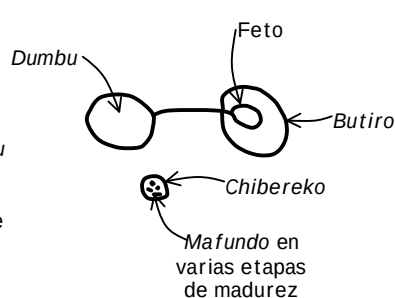
Dibujo de una mujer alfabetizada de 50 años, organizadora local
(Nota: En este caso el útero se describe sólo como una puerta de entrada)



Dibujo de una mujer analfabeta de 83 años de edad
(Nota: este es el más parecido al modelo médico)



Dibujo de una mujer de 27 años de edad con educación secundaria



Dibujo de una mujer de 29 años con educación primaria

Ilustración 1. Mapas del cuerpo del sur de Zimbabwe. Mapas individuales.

Al entrevistar a una de estas agentes, resultó que ella estaba plenamente consciente de la falta de concordancia que había entre la versión médica occidental que le habían enseñado y lo que sabían las mujeres de la localidad. Me dijo: “Aprendí todo sobre la contracepción en un curso. Pero ¿cómo les hablo a las mujeres de esta zona acerca de esas cosas? No tienen educación. No entienden cuando hablo acerca de los ovarios...”. Su reconocimiento de las dificultades que existen para encontrar una explicación adecuada y sus esfuerzos para establecer vínculos entre lo que a ella le habían enseñado y lo que ya sabía inspiraron esta investigación.

La utilización de las mapas del cuerpo en la investigación y en la extensión

Los mapas del cuerpo se utilizaron en discusiones individuales con mujeres y en talleres dirigidos, con grupos de mujeres conformados según la edad. Los mapas generalmente se dibujaban en el piso con un palo y después se copiaban, o directamente se hacían en papel. Después de una discusión inicial, se pedía a las mujeres que dibujaran el lugar en donde tenía lugar la concepción y que describieran los procesos desde la fertilización hasta el nacimiento, haciendo referencia a las estructuras que habían dibujado para discutir los

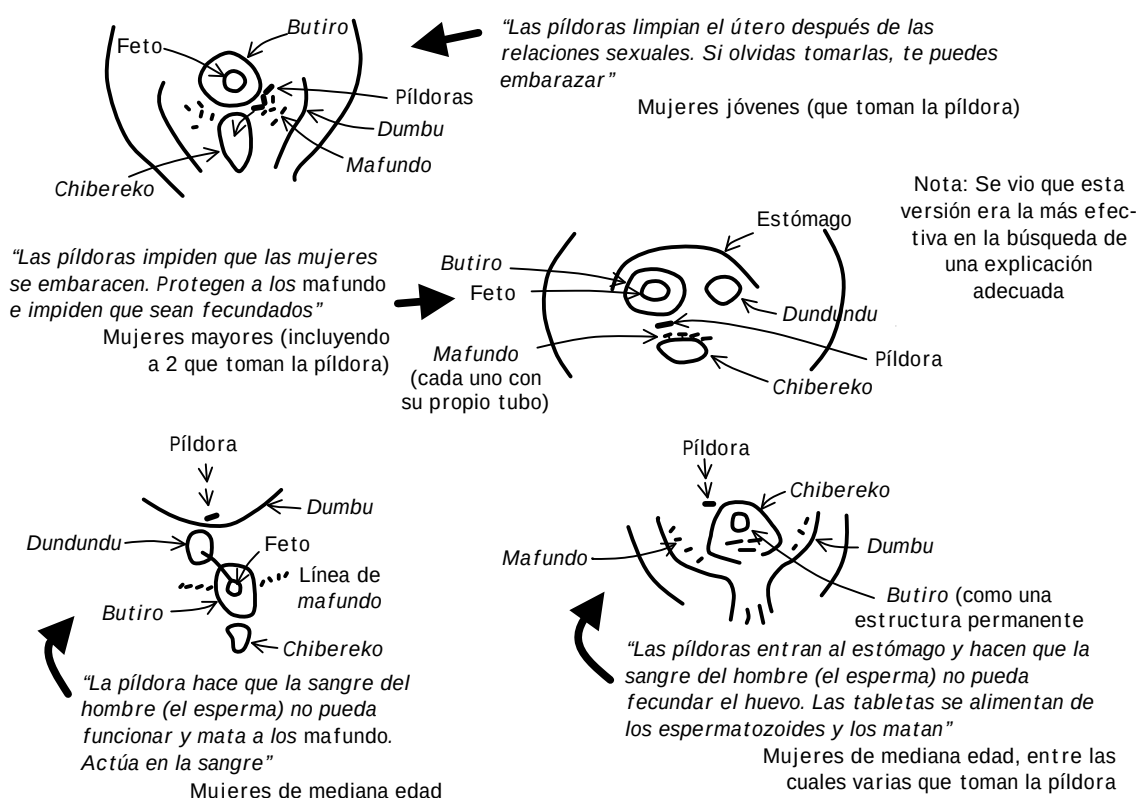


Ilustración 2. Mapas del cuerpo del sur de Zimbabwe. Mapas de grupo (estos dibujos se hicieron primero para explorar los procesos de la concepción y del embarazo, y luego se utilizaron para discutir el funcionamiento de los anticonceptivos orales).

procesos (véase la Ilustración 1). Entonces se analizaba el mapa en más detalle, y se motivaban las discusiones sobre los distintos métodos para prevenir un embarazo.

Posteriormente, en talleres, las mujeres se reunían en pequeños grupos según la edad y se les pedía que dibujaran un mapa juntas. Fueron animadas las discusiones que surgieron de este ejercicio. Y aunque las que se consideraban “más educadas” siempre terminaban con la pluma en la mano, como todas las mujeres ya habían dibujado sus versiones antes en las entrevistas, todas habían adquirido ya, de alguna manera, la suficiente confianza como para manifestar sus ideas. Los mapas que se dibujan en grupo a menudo reflejan las ideas que tienen los miembros más dominantes acerca de lo que se debe mostrar. En este caso, los mapas individuales ya me habían mostrado lo que cada una de las mujeres individualmente había deseado representar. El ejercicio de hacer mapas en grupo me permitió observar las interrelaciones entre las mujeres y las influencias que hubo en lo que produjeron colectivamente, es decir lo que escogieron representar a las demás. Algunos ejemplos de mapas de grupos se muestran en la Ilustración 2.

Al utilizar los mapas del cuerpo de esta manera, fue obvio que las descripciones que las mujeres hacían de sus propios cuerpos solían diferenciarse significativamente de la versión científica occidental. Por ejemplo: en varias descripciones, el útero (*chibereko*) actuaba como una “puerta de entrada” a través del cual pasaba el semen y en su momento el feto maduro; siendo su función principal la regulación de la sangre en el cuerpo. Con frecuencia se pensaba que el feto se desarrollaba en una estructura denominada *butiro*, que se podría traducir como saco amniótico, fuera del *chibereko*. Muchas mujeres aseguraron que los *mafundo* (singular: *fundo*), es decir los óvulos, a menudo descritos como pequeñas estructuras con forma de niño, existían en cantidades limitadas. Con frecuencia los *mafundo* fueron situados dentro del *chibereko*, o a su vez en diferentes disposiciones fuera de esta estructura (Ilustración 1). Estas descripciones tenían implicaciones en las formas en que las mujeres interpretaban la información que les daban acerca de medios “importados” de contracepción, y también en su aceptación y su uso.

Para ilustrar esto, podrían ser útiles algunos ejemplos relacionados con la manera en que se interpretaba a la píldora. La explicación más frecuente era que “ahuyentaba al semen”, ya sea mecánicamente o actuando en la sangre. Esto podía llevar y de hecho llevaba a un uso irregular de la píldora por parte de algunas mujeres que tenían maridos migrantes. Parecía bastante común la idea de que tomando un puñado de píldoras después de tener relaciones sexuales se podía evitar el embarazo —el efecto de la “mañana siguiente”. No fue muy claro el grado en que esto se llevaba de hecho a la práctica, aunque entendí que era común entre las jóvenes estudiantes.

Algunas mujeres sugirieron que la píldora mataba a los *mafundo*; aquellas mujeres que estaban en contra de la contracepción tomaban esta idea como argumento y aquellas que ya no querían más hijos la consideraban como algo positivo. Esta explicación dio origen a rumores y ansiedades entre otras mujeres y sus maridos. Otras sugerían que la píldora “debilitaba la matriz”. Esta idea se relacionaba con la destacada frecuencia con que las mujeres buscaban tratamientos de “refuerzo” con los herbolarios locales cuando querían

embarazarse y era fuente de inquietud. Por último, algunas mujeres aseguraban que la píldora “protegía a los *mafundo* para que no fueran fertilizados”. Uno de los hallazgos más importantes fue la frecuencia con que se manifestaron inquietudes acerca de los efectos en la menstruación, algo a lo que rara vez se le presta atención cuando se da información.

A menudo hubo diferencias considerables entre las distintas versiones, como puede verse en la Ilustración 1. Sin embargo hubo suficientes puntos de coincidencia en las distintas descripciones como para que pudieran darse explicaciones sobre contracepción haciendo referencia al saber de las mujeres, mientras se iba ajustando el modelo médico occidental. Los mapas del cuerpo fueron utilizados para obtener información importante y como un marco de referencia para experimentar con soluciones con una variedad de mujeres. Así, a través de esto, fue posible valorar rápidamente lo adecuado de los mensajes y explorar la variedad de inquietudes que tenían las mujeres acerca de los métodos anticonceptivos traídos de fuera.

El intercambio de ideas

Para muchas mujeres esta era la primera vez que dibujaban algo, y para la mayoría era la primera vez que pensaban acerca de su anatomía interna de esta forma. De manera similar, aunque yo había estudiado fisiología y trabajaba como maestra de ciencias, esta fue la primera vez en que reflexioné sobre la representación que me habían enseñado a presentar. Antes de que empezara a usar los mapas, había sacado algunas conjeturas acerca de la función de órganos particulares, como la matriz, y me intrigaba lo que las mujeres me decían. Tuve claro que había llevado muchos prejuicios a la investigación. El énfasis que puse en la localización de procesos dentro de las estructuras que las propias mujeres habían proporcionado fue una parte importante del ejercicio. Esto ayudó a evitar sesgos sobre referentes compartidos. Las discusiones que tuvimos llegaron a tener un alcance más amplio de lo que en un principio había imaginado.

La mayoría de las mujeres dibujaron sus mapas sin mayor problema, aunque algunas necesitaron apoyo para revelar lo que ellas consideraban como su “ignorancia”. Fue importante destacar que esto no era una prueba para ver si podían hacerla “correctamente”, sino una manera de explorar las percepciones. Esto plantea ciertas preguntas acerca de la situación en que las mujeres dibujaban los mapas; acerca de lo que se imaginaban que yo quería obtener del ejercicio y acerca de la dinámica del encuentro mismo. Dado que soy europea y maestra, se hicieron en un inicio conjeturas acerca de mi supuesto conocimiento “superior”. Las mujeres expresaron sus miedos de que yo fuera a juzgar sus diagramas según mi conocimiento aprendido en los libros y que fuera a considerarlas tontas o ignorantes.

Una manera de hacer que los mapas fueran algo menos intimidante fue compartir mi propia ignorancia con ellas. Como una mujer sin hijos yo tenía mucho que aprender. El dibujar y discutir mi versión después de haber discutido las otras condujo a una serie de estimulantes discusiones acerca de las diferencias. Las mujeres “entrevistaron” mi versión, que era una aproximación lo más cercana posible a los dibujos que se utilizan en la educación sobre

planificación familiar. Esto resultó ser una buena manera de observar las respuestas a este tipo de representación. Pude también ofrecer mis propias experiencias culturales específicas en la discusión, que generaron más reflexiones. Las mujeres se convirtieron en participantes y no en meros informantes, en lo que llegó a llamarse un “compartir ideas”.

Algunas cuestiones que hay que tomar en cuenta

Cabe destacar tres puntos en lo que concierne a los dibujos. En primer lugar, la posibilidad de que las mujeres hicieran dibujos *ad hoc* para satisfacerme a mí —pero esto es algo que rechacé al notar similitudes obvias en los dibujos. En segundo lugar, la interpretación del ejercicio requiere atención. Los mapas corporales y las explicaciones acerca de los procesos corporales en las entrevistas son producto no sólo de un contexto cultural particular, sino también de la interacción que conduce a su realización. Es fundamental que se tome esto en consideración y que se manejen estas entrevistas con sensibilidad; compartiendo la “ignorancia” al igual que el “conocimiento”. En tercer lugar, y me gustaría subrayar especialmente este punto, las interpretaciones de los diagramas mismos deben hacerse en las discusiones que los mapas corporales facilitan; “entrevistar al mapa” juega un papel fundamental en este ejercicio, pues el papel del mapa es sólo generar temas para más comentarios.

Las enseñanzas

En este contexto, los mapas corporales proporcionan una guía de las percepciones de las mujeres sobre sus propios cuerpos y una manera de localizar las explicaciones. Al utilizar los mapas para trabajar y la terminología de las propias mujeres, aquellos aspectos de las descripciones que parecían ser contradictorios podían situarse en relación con procesos sociales más amplios, como las relaciones con los hombres y las expectativas al interior de la comunidad. Los rumores acerca de los efectos dañinos de la contracepción, así como las explicaciones de la función de los contraceptivos “adquirían sentido” dentro de estos marcos de referencia más amplios. Los mapas permitieron que las entrevistas perdieran esa excesiva impertinencia que a veces las caracteriza y generaron a su vez temas de discusión que iban más allá de lo meramente biológico.

No obstante, si se hubieran realizado entrevistas utilizando sólo descripciones verbales, sólo se hubieran hecho aparentes unas cuantas de las complejidades de los modelos de las mujeres. Hubiera sido demasiado fácil tachar las explicaciones de confusas, en vez de considerarlas como versiones alternativas. Las diferencias fundamentales entre las versiones de las mujeres y la versión científica occidental se hubieran nublado por las conjeturas de un marco común de referencia. Además las discusiones se hubieran podido limitar a consideraciones de los aspectos físicos, sin explorar las cuestiones y las interrelaciones sociales. Surgieron importantes cuestiones sociales que de otra manera se hubieran descuidado.

La construcción de puentes entre el saber local y la ciencia occidental

Pedir a los profesionales de los servicios de salud que tomen en serio los modelos que la gente hace de sus propios cuerpos, cuando son obviamente erróneos desde un punto de vista médico occidental, requiere evidentemente de un importante cambio de actitud. Con frecuencia se considera que los modelos científicos occidentales del cuerpo son de alguna manera culturalmente neutros, sustraídos tanto de la experiencia como de las relaciones sociales. Hay aquí paralelismos significativos con las actitudes que se tienen hacia los conocimientos sobre agricultura y hacia el desarrollo rural. Se considera que la anatomía, al igual que la agronomía, es una materia “objetiva”, basada en hechos reales, que proporciona una versión correcta que puede cotejarse con otras explicaciones para mostrar las deficiencias de éstas. Considerar los conocimientos de la gente del campo, que a menudo es analfabeta, como fundamentos legítimos para la investigación y el desarrollo entraña un cambio, de ver al cuerpo como algo que puede conocerse “objetivamente”, como algo que está ahí, a ver las diferentes representaciones que la gente hace de su propio conocimiento y las diversas maneras de conocer (incluyendo lo que se hace).

Además, hay que considerar las cuestiones de poder relacionadas con la utilización de enfoques científicos explícitamente occidentales en las labores de extensión. Los promotores de salud locales pueden percibir que el tomar en serio el saber de la gente del campo es una manera de renunciar a una fuente importante de su posición social. Los cambios de perspectiva se logran, tal vez, con mayor facilidad que los cambios de comportamiento; los dos no necesariamente van siempre unidos. Es necesario tomar en cuenta la historia de una relación de poder asimétrica entre la ciencia occidental y el saber local representado por los actores locales. Esto es tan fuerte que los intentos bien intencionados de los poderosos para “entender” están siempre necesariamente situados en relaciones de desigualdad. No hay espacio aquí para discutir con más detalle las cuestiones que esto implica, aunque tienen una importante relación con los enfoques del “conocimiento indígena” de tipo técnico.

Hay muchas situaciones en que las formas de entender divergen de manera radical del modelo médico occidental y no necesitamos salir del Reino Unido para encontrar ejemplos. El punto que me gustaría hacer aquí es uno de índole práctica. Es evidente que un enfoque al conocimiento que considera sólo hechos técnicos abstractos es insuficiente. Se necesitan estrategias para explorar las divergencias en términos de cómo la gente interpreta la información que se le da y cómo actúa, así como para intentar conseguir los cambios de comportamiento que se requieren (tales como la manera adecuada de hervir el agua para los bebés, el uso del condón, etc.) Ahí donde las intervenciones requieren la utilización de enfoques o de tecnologías científicas occidentales, es necesario abordar los problemas que han surgido en la práctica por falta de una concordancia en las distintas formas de saber.

No tiene mucho sentido el “reeducar” a la gente si sus ideas no son perjudiciales; y de manera similar, no tiene mucho sentido rechazar la utilización de las metáforas y de los conceptos locales si son medios que proveen la clase de información que se requiere,

incluso si están basados en premisas distintas. Esto no quiere decir que no se deba intentar informar a la gente o llamarles la atención sobre el hecho de que algunas ideas que tienen son potencialmente perjudiciales para su propia salud o la de otros. Lo que se sugiere no es un reemplazo de ideas médicas occidentales por ideas locales sino un proceso de puenteo, hasta donde sea posible, es decir la utilización del saber y del lenguaje local como ladrillos para construir versiones que “tengan sentido” en términos locales.

Los mapas corporales, como he sugerido, son una de las estrategias para facilitar la comunicación. Como tales, los mapas del cuerpo son un instrumento que se usa como parte de un enfoque que trata de encontrar formas de mejorar el acceso a la información adecuada. Sin embargo, en virtud de lo aquí expuesto, es claro que para utilizar este enfoque, aquellos que lo emplean deben cuestionar algunas de sus propias suposiciones. Me gustaría concluir discutiendo algunas cuestiones relacionadas con la capacitación de los animadores de DRP / DRR.

La capacitación y el cambio de actitudes

Los ejercicios de DRP / DRR han avanzado bastante en la consideración de lo que ha sido denominado “creencias y prácticas intrigantes”. Frecuentemente, los prejuicios científicos occidentales han llevado a considerar los aspectos de esas prácticas que se ajustan, ya sea por el enfoque o por el contenido, a prácticas inspiradas en esa perspectiva. Esto a menudo ha implicado que las cuestiones en torno al saber se abordan de manera marginal, considerándolas como parte de los procesos sociales, y que no se cuestione la visión de la ciencia occidental como la única versión universalmente “correcta” de los acontecimientos.

El reconocimiento de estas “creencias” en la capacitación surge de las descripciones del DRP / DRR como un proceso casi catártico. Y mientras un ejercicio así podría convertirse en un medio para promover una sensibilidad hacia las distintas formas de saber que utilizan las gentes de todas partes, parece que todavía no se ha llegado a esto. Las listas más bien abstractas que se producen separan el saber no sólo de su contexto, sino también de sus portadores. Podría decirse que, si bien esto no logra confrontar los prejuicios que los “profesionales” tienen acerca de otras maneras de saber, las relaciones que tienen los asistentes a un curso de capacitación con las afirmaciones que aportan en las discusiones tampoco son analizadas. Estas “creencias” están situadas dentro de procesos sociales de los cuales los asistentes también forman parte.

La capacitación en DRP / DRR puede incluir a un gran número de personas, cada una de las cuales tiene experiencias acerca de la adquisición de diferentes tipos de conocimiento: técnico, cultural o vivencial. Explorar la diversidad de los conocimientos de los propios participantes es el primer paso para sensibilizarlos en las formas en que los conocimientos de otros pueden utilizarse como base del trabajo de desarrollo. Ahí donde aquellos que han recibido una instrucción formal acerca del conocimiento científico occidental se sienten superiores (con respecto no sólo a la gente del campo, sino también a los extensionistas “menos educados”), es necesario llevar a cabo una serie de estrategias para facilitar la participación.

Pedir a los integrantes de un grupo mixto que dibujen mapas corporales puede resultar vergonzoso al principio, si no se plantean de antemano las cuestiones que emanan de las distintas formas de saber. Un ejemplo simple como los resfriados podría llevar a discusiones de fuentes del saber acerca del cuerpo. Esto podría tener como objetivo resaltar las múltiples formas en que la gente adquiere y conserva la información. Más que considerar distintas versiones como correctas o falsas, o incluso como una serie de “hechos” relacionados y unitarios, puede analizarse el saber de la gente —a menudo contradictorio e interrelacionado. Al utilizar mapas de redes o trayectos, los aprendices pueden explorar las distintas formas en que se representan las fuentes y los contextos para diferentes formas de conocimiento y de prácticas.

Siguiendo este ejercicio, los mapas corporales podrían utilizarse para analizar algunas de estas cuestiones con mayor profundidad. Menciono ahora un par de sugerencias breves: los mapas pueden ser dibujados no sólo por los aprendices, sino también por los instructores, para mostrar las distintas versiones que pueden dar incluso los así llamados “profesionales”. O bien, se puede pedir a los aprendices que dibujen los mapas como si fueran un miembro de la comunidad en la que trabajan. Esto produciría versiones que reflejarían las percepciones que los aprendices tienen de la gente con la que trabajan, además, sin duda, de sus propias ideas. Esto puede ser también menos bochornoso para un grupo mixto.

Estos mapas entonces, podrían utilizarse para reflexionar sobre varios puntos, que van más allá de la consideración del contenido de los propios mapas:

- el contexto en que se producen los mapas y las ansiedades que siente la gente para expresar sus versiones;
- lo que sentían que se esperaba de ellos y cómo produjeron sus dibujos para ajustarse a esto;
- la relación entre el conocimiento adquirido en los libros con su propia experiencia de sus cuerpos;
- las formas en que comunican sus ideas a otros en situaciones distintas (p. ej. a sus parejas, a sus parientes, a sus médicos y también a la gente con la que trabajan.). Diferentes formas de “puenteo”;
- ¿cómo se relaciona el mapa que se dibujó con lo que la gente realmente hace?; ¿qué tipos de contradicciones existen entre lo que la gente dice que sabe, lo que piensa que sabe y lo que sí sabe?
- otras cuestiones que surgen.

Al considerar la complejidad entre el saber y el hacer, los aprendices podrían ser capaces de expresar sus propias experiencias y las de sus compañeros sin sentirse amenazados y de una manera mucho más constructiva. Un ejercicio así los prepararía para el trabajo de campo y también para crear las bases para analizar posibles situaciones de “puenteo”. El llevar este proceso a los talleres permitiría una consideración más cuidadosa de las

cuestiones de comunicación que también están en juego. Además, las múltiples versiones que pueden encontrarse en cualquier “comunidad” podrían señalarse como un punto de capacitación básico para el trabajo de campo, que conduce a una exploración de las diferencias. Pero sobre todo, los mapas del cuerpo pueden proporcionar una manera de afirmar el conocimiento propio de los aprendices como un recurso en sí mismo de una manera más dirigida y más personalizada, mucho más que la sugerencia de que existen ciertas “creencias y prácticas intrigantes” aleatorias.

Otras aplicaciones

Existen muchas aplicaciones potencialmente posibles de este método en el campo de la salud. Los ejemplos incluyen: hacer representaciones del crecimiento fetal, generando temas de discusión que irían desde los cuidados prenatales hasta la alimentación durante el embarazo; hacer explícito lo que los pacientes piensan y sienten y las expectativas que se forman cuando tienen que someterse a una cirugía o a procedimientos quirúrgicos voluntarios como la vasectomía o la ligadura las trompas; y la concepción que se tiene de los cánceres, de enfermedades cardíacas, de desórdenes gástricos, etc.

Los mapas corporales permiten a la gente expresar sus propias versiones de procesos y de estructuras, reflexionar sobre sus inquietudes y articularlas. Su propio conocimiento puede formar la base de un compromiso activo para obtener la información que tanto los usuarios de los servicios como los promotores de salud, como proveedores, requieren para ampliar y hacer más efectiva la atención a la salud.

Referencias

Cornwall, A. (1990). *Indigenous Models of Reproduction: Implications for family planning education*. Informe para la ZNFPC y el Simon Population Trust.

MacCormack, C. (1985). “Lay perceptions affecting utilization of family planning services in Jamaica”, en: *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1985 (88), 281-5.

APRENDIZAJE PARTICIPATIVO PARA LA SALUD SEXUAL¹

El trabajo con la Asociación de Maternidad y Paternidad Planificada de Ghana²

Gill Gordon³, Emmanuel Obeng y Kofi Evam Glover

El Proyecto de Salud Sexual de la IPPF

El Proyecto de Salud Sexual de la Federación Internacional de Maternidad y Paternidad Planificada⁴ trabaja con las Asociaciones de Planificación Familiar (APF) de Ghana, Gambia, Burkina Faso, Tanzania, India y la República Dominicana. La labor de la mayoría de estas APF consiste en proveer anticonceptivos y en dar información y servicios relacionados con las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el virus del SIDA (VIH). El proyecto les proporciona una oportunidad de ampliar el alcance de su trabajo para promover una salud sexual positiva de acuerdo con un enfoque de desarrollo comunitario. Las APF utilizan enfoques de aprendizaje participativo (EAP) con grupos comunitarios para identificar problemas y deseos; para analizar las causas de los problemas; para buscar soluciones y para la planeación de actividades. El proyecto tiene como objetivo abordar los factores sociales y ambientales que contribuyen a una mala salud sexual, involucrando activamente a la comunidad, así como a las APF y a otros sectores, en el cambio social.

Este artículo describe algunas de las experiencias en la utilización de las actividades de aprendizaje participativo con la Asociación de Maternidad y Paternidad Planificada de Ghana⁵ en dos distritos rurales de la región de Ashanti.

¹ Gill Gordon (1995): "Participatory Learning for Sexual Health with the Planned Parenthood Association of Ghana", en: *PLA Notes*, núm. 23, IIED, pp. 1-5.

² Este artículo está escrito a nombre del personal, los voluntarios y los promotores del proyecto de salud sexual y de la PPAG, así como de los miembros de las comunidades que participan en el proyecto, en la Region Ashanti de Ghana.

³ c/o Participation Group, IDS, Falmer, Brighton BN1 9RE, Reino Unido; PPAG, P.O. BOX 5756, Accra, Ghana.

⁴ *International Planned Parenthood Federation, IPPF.*

⁵ *Planned Parenthood Association of Ghana, PPAG.*

La utilización de discusiones grupales

En la zona del proyecto, la PPAG proporciona servicios e información de anticonceptivos en 15 comunidades rurales a través de promotores rurales (“agentes de distribución de base comunitaria”). Estos promotores también proporcionan información sobre las ETS y el VIH y fomentan el uso de condones, bajo la supervisión y con el apoyo de supervisores de campo y de un coordinador, y cuentan con una clínica de Planificación Familiar.

El proyecto se inició con un taller de 10 días en donde los promotores y los trabajadores de campo analizaron el concepto de salud sexual y su relación con el trabajo que realizan. Desarrollaron sus habilidades para facilitar, escuchar, plantear preguntas abiertas y sagaces y hablar tranquilamente acerca de la sexualidad. En el campo, le llevó algo de tiempo a la gente cambiar sus actitudes y comportamiento acerca de la sexualidad, pero fueron capaces de facilitar discusiones de grupo, que fueron retomadas y apropiadas por el grupo mismo. A veces las discusiones se convirtieron en entrevistas de grupo y la gente esperaba que la PPAG tuviera todas las respuestas a los problemas. Fue importante subrayar que el proyecto era un convenio entre la PPAG y la comunidad.

En un principio, las discusiones de grupo se dieron entre grupos del mismo sexo de 6 a 12 personas casadas o solteras y duraban aproximadamente una hora. A continuación, los grupos sugirieron dos cambios. En primer lugar, que debían tener sesiones más largas en los días en que no había labores agrícolas, para poder discutir los temas con mayor profundidad y compartir mejor la información. En segundo lugar, que los grupos debían ser más numerosos —quizás hasta de 20 personas— y que los hombres y mujeres se debían reunir, apoyados por un conductor y una conductora. Algunas mujeres sugirieron que podrían utilizar obras de teatro o cuentos para mostrar a los hombres (y a las mujeres) cómo se sentían sus parejas. En una de las aldeas en donde se reunieron hombres y mujeres, la discusión resultó muy animada. Sin embargo, consistió en acusaciones recíprocas y terminó en una nota discordante. Esto muestra la importancia de desarrollar habilidades para la solución de conflictos, para la mediación y para la construcción de consenso con los conductores, o de trabajar con miembros de la comunidad que tengan experiencia en esta área.

La utilización de diagramas

Al principio les fue difícil entender a los promotores cómo personas que no habían asistido a la escuela podían producir diagramas útiles. Sin embargo, después de dibujar sus propios diagramas utilizando símbolos, el grupo se mostró entusiasta acerca del enfoque. Los diagramas no sólo ayudaron al grupo a analizar las determinantes subyacentes de la salud sexual, sino también generaron discusiones animadas sobre las posibilidades de cambio.

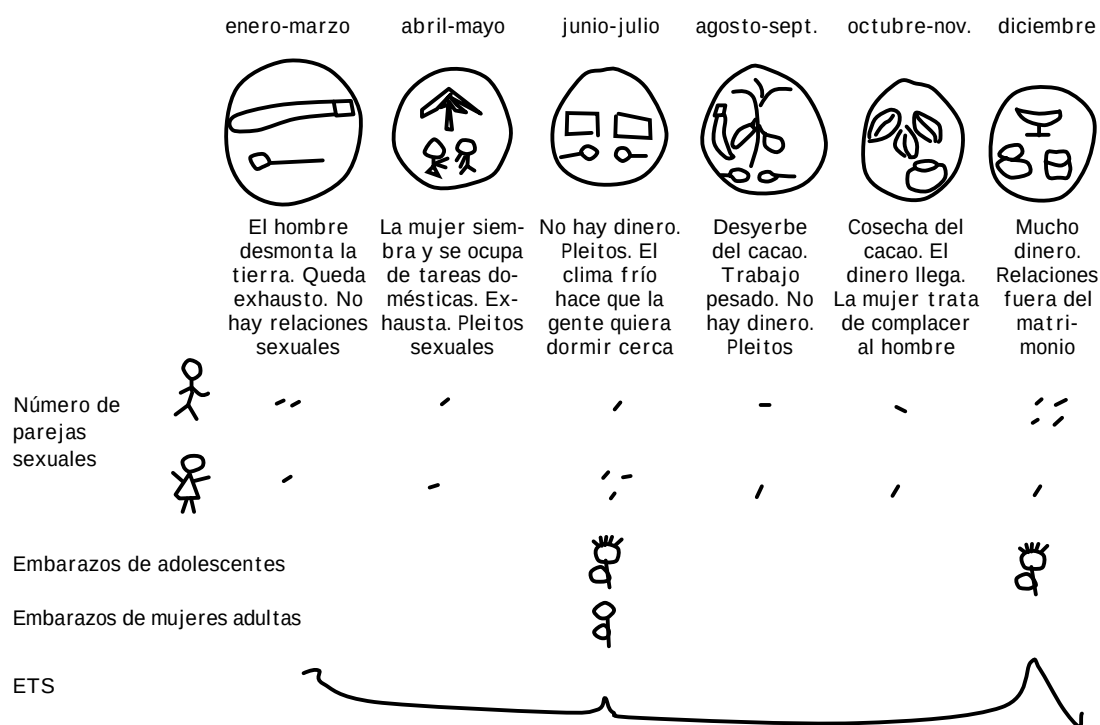


Ilustración 1. Calendario estacional. Grupo de promotores.

Calendarios estacionales

Los calendarios estacionales mostraron los cambios y ritmos estacionales en las relaciones matrimoniales y cómo los patrones de contacto sexual se relacionaban con las cargas de trabajo y la disponibilidad de dinero en efectivo.

Al principio de la estación, el hombre prepara la tierra para la mujer, una labor pesada que se considera que las mujeres no pueden realizar (véase Ilustración 1). En este momento las relaciones son buenas, pues el hombre le ayuda a la mujer y ella quiere complacerlo. El hombre con frecuencia está demasiado cansado para tener relaciones sexuales, pero esto no es una fuente de conflictos. Después de la roza, la mujer siembra mientras el hombre descansa. Las relaciones se vuelven tensas, pues la mujer trabaja una larga jornada en la siembra y en las tareas domésticas y el hombre descansa y bebe vino de palma. Al anochecer la mujer está exhausta y sin ningún interés en el sexo. Si se resiste puede haber pleitos y golpes. Un tiempo después, los hombres y mujeres trabajan juntos en el desyerbado y en la cosecha.

Hay meses en que el dinero en efectivo es muy escaso en la casa. Esto acarrea pleitos, y las mujeres casadas y sus hijas buscan otras fuentes de ingresos, a veces de amantes. Durante este tiempo los embarazos de las adolescentes y de las mujeres casadas aumentan, pues el clima frío fomenta que las personas duerman juntas para calentarse. Las ETS también pueden incrementarse, debido a las parejas adicionales de las mujeres. Ya más avanzado el

año, los hombres tienen mucho dinero por la cosecha del cacao, y les dan algo de dinero a sus esposas. Pero ellos también gastan bastante en los bares y con nuevas parejas, incluyendo a chicas adolescentes. Las ETS y los embarazos de adolescentes se vuelven a incrementar durante esta época.

En los pueblos en donde se cultivan tomates, las relaciones pueden volverse muy tensas después de la venta del producto. Si las mujeres son las que venden los tomates, le dan al marido lo que obtienen, y éste les devuelve un tanto para los gastos del año. La mayoría de las mujeres se sienten engañadas en esto, pues el hombre conserva casi todo el dinero para gastárselo en sus propias necesidades, que resultan ser más de carácter personal que familiar. Si es el hombre el que vende los tomates, se los vende a “mujeres de la ciudad” bien vestidas que vienen a comprarlos. Las mujeres quieren comprar los tomates al menor precio posible y hasta pueden ofrecer sexo para lograrlo. El hombre entonces no sólo vende el producto a un precio muy bajo, sino que incluso puede gastar el dinero en la compradora. Conforme el año avanza y el dinero escasea, los pleitos se vuelven más frecuentes.

Los diagramas de rutina diaria

Los diagramas de rutina diaria también muestran que las cargas de trabajo desiguales entre los hombres y las mujeres tienen un impacto importante en la salud sexual. Los promotores comunitarios dibujaron un diagrama de rutina diaria para hombres y mujeres durante la estación de siembra (ver Ilustración 2). Las mujeres trabajan todas las horas del día en arduas labores domésticas y del campo, mientras que los hombres pasan varias horas haciendo trabajos ligeros, descansando, comiendo y bebiendo vino de palma. Cuando el hombre pide tener relaciones por la noche, la mujer exhausta y resentida puede “volverle la espalda”, y esto puede llevar a pleitos y golpes.

El diagrama desencadenó una acalorada discusión sobre distintas opciones para cambiar esta situación. Se trataba de un problema que requería un cambio social por parte de la comunidad, más que servicios o información por parte de la PPAG. Los promotores pensaban que los hombres debían apoyar más a las mujeres en las horas pico de trabajo, acarreando agua, cosechando alimentos para la cena y bañando a los niños. Sin embargo, si los hombres ofrecían su ayuda durante esta época, sus esposas esperarían que siguieran haciéndolo durante el resto del año, y los hombres perderían su posición privilegiada. Otros hombres criticarían al hombre que ayude a su esposa, por esta misma razón. Aunque las relaciones sexuales son extremadamente importantes para los hombres, ellos consideran que es su derecho exigir sexo sin importar cuáles sean los sentimientos de las mujeres. El único incentivo para un cambio de conducta podría ser una vida más placentera para las mujeres y una relación más armoniosa. El grupo creía que si las parejas podían hablar sobre sus problemas de una manera cooperativa y llena de confianza, éstos podían resolverse armoniosamente. Actualmente, las relaciones a menudo parecen estar caracterizadas por una desconfianza mutua, por la competencia, por el choque de opiniones distintas, por luchas de poder y por confrontaciones.

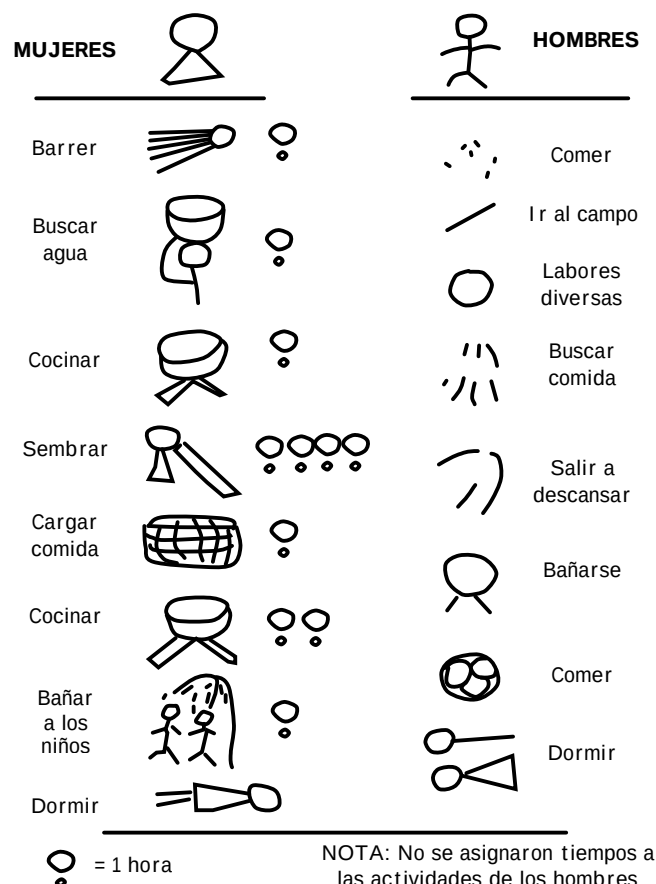


Ilustración 2. Diagramas de rutina diaria (época de siembra). Grupo de promotores.

El grupo desarrolló la idea de utilizar una serie de dibujos o pequeños escenarios para mostrar un día de labores del hombre y de la mujer, esto con el fin de desencadenar discusiones con grupos de hombres y mujeres.

Mapas del cuerpo

El grupo discutió las percepciones locales del sistema reproductor, cómo se lleva a cabo la concepción y cómo funcionan los métodos anticonceptivos. Los participantes se acordaron de sus propias ideas antes de que recibieran capacitación sobre la planificación familiar. El supervisor de campo dibujó un diagrama que describía sus propias creencias sobre la anatomía y la fisiología abdominal (véase la Ilustración 3).

La gente de la zona cree que el abdomen es una gran cavidad que está en contacto con el esófago. Tanto los excrementos, la orina, la comida, la sangre menstrual como los pequeños bebés se encuentran dentro de esta cavidad, y cuando una sustancia tiene que salir del cuerpo saldrá desde el lugar que ocupa en el abdomen hacia el exterior. Muchas

mujeres piensan que la vagina y el recto son un sólo órgano, debido a la experiencia de que los enemas de hierbas que se ponen por el ano causan efectos en la vagina (por ejemplo, causando abortos). Creen que Dios le da a cada mujer una cantidad determinada de bebés parcialmente formados desde el nacimiento. Si Dios quiere, los espermatozoides del hombre provocarán que uno de estos bebés se desarrolle. Conocer estas percepciones nos ayuda a entender la ansiedad de la gente con respecto a algunos métodos anticonceptivos. Si se cree que la vagina desemboca directamente en la cavidad abdominal, podría temerse que un dispositivo intrauterino o un condón podrían viajar por todo el cuerpo. Si una mujer no sabe la cantidad de bebés potenciales que le había dado Dios, entonces podría estar en riesgo de esterilidad, incluso si la píldora anticonceptiva o una inyección afecta sólo a uno o dos de ellos.

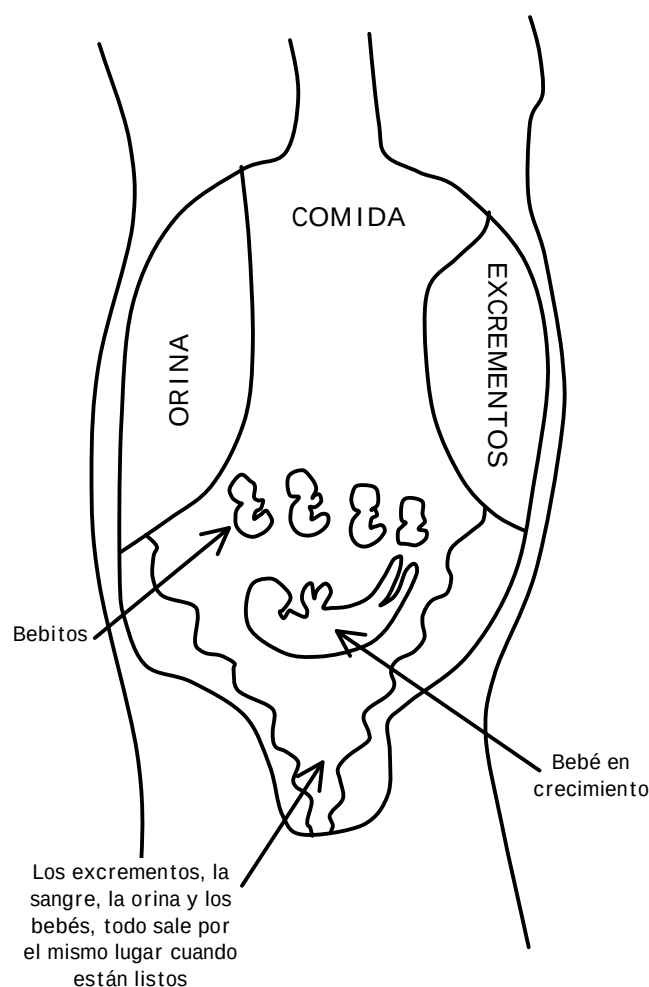


Ilustración 3. Mapa del cuerpo dibujado por el supervisor de campo.

Diagramas de tortillas

Los diagramas de tortillas o de Venn pueden utilizarse para aprender lo que hacen los diversos grupos acerca de problemas particulares. Como un ejemplo, el grupo hizo un diagrama (Ilustración 4) de lo que hacen los hombres y las mujeres si tienen síntomas de una infección en los genitales.

Los hombres reconocen los síntomas y la naturaleza de la gonorrea y buscan tratamiento primero de un herbolario, después del farmacéutico y finalmente del hospital como último recurso. Las mujeres no perciben los síntomas de dolores de cintura, de una “vagina acuosa” y del olor como una infección, sino como el resultado de una maldición o una brujería, generalmente de una mujer “rival”. Primero prueban algunos enemas de hierbas, y después hablan con alguna amiga cercana, quien con frecuencia les recomienda ver a un sacerdote fetiche o a un curandero espiritual. La búsqueda del tratamiento puede ser larga, y a menudo acarrea a las mujeres complicaciones serias. La mujer sólo irá al hospital si la situación se vuelve realmente crítica. Por otro lado, si un hombre le informa a una mujer que él tiene una infección y que ella debería revisarse, es muy probable que ésta tome la propuesta en serio y que se dirija al hospital inmediatamente. Desafortunadamente, esto no ocurre con mucha frecuencia, pues muchos hombres culpan a la mujer de la infección y no muestran ningún interés en ayudarla.

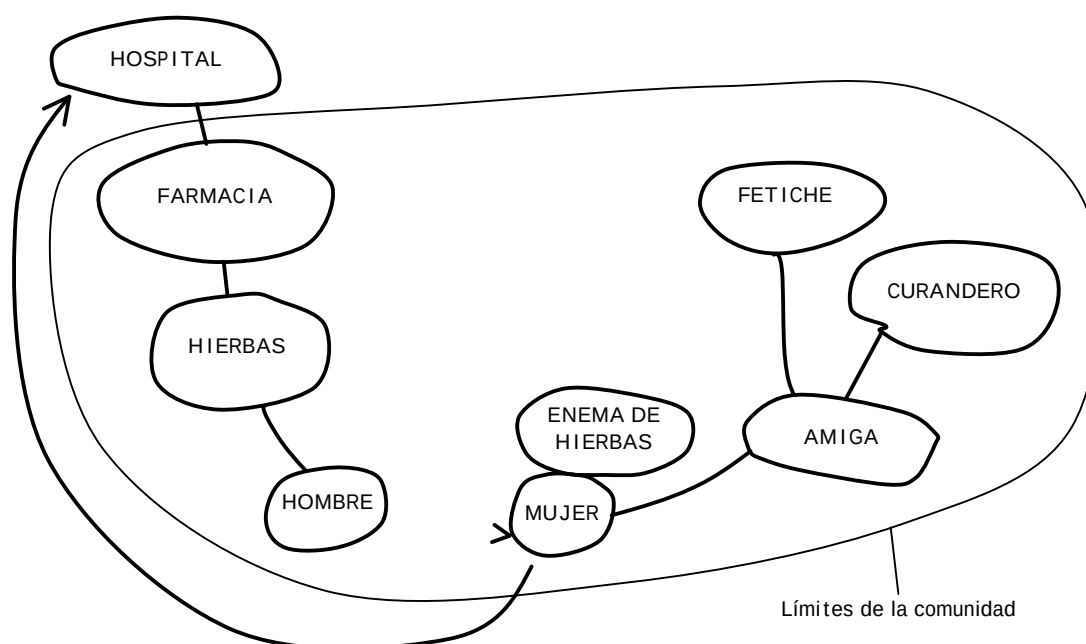


Ilustración 4. Diagrama de tortillas: ¿A dónde va la gente a buscar ayuda si tiene una infección en los genitales?

Perfil histórico

En una aldea, un grupo de hombres de edad se pusieron a discutir cuestiones relacionadas con los cambios sociales y económicos que se habían dado durante sus vidas y que habían afectado las relaciones entre los hombres y las mujeres. El deterioro de la situación económica que empezó en la década de 1970 y que se prolonga hasta el presente ha tenido efectos negativos en la salud sexual. Durante la década de los sesenta, los hombres se ganaban bien la vida con las cosechas de cacao y los matrimonios eran estables. En los setenta los precios del cacao empezaron a caer y la hiper-inflación empezó a hacer la vida mucho más difícil. A principios de la década de 1980 hubo una sequía y la zona se vio arrasada por un incendio que destruyó los cultivos de cacao y causó el empobrecimiento de los hombres. Las mujeres pedían a los hombres un apoyo económico que ellos no podían darles ya. Los hombres se refugiaron en el vino de palma para aliviar sus presiones, lo que dio lugar a muchos divorcios. Desde esa época este grupo de hombres nunca más se volvió a casar, pues ya no confían en las mujeres ni tampoco creen que el matrimonio valga la pena.

A finales de la década de 1980 hubo un ajuste estructural que provocó un recorte de las plantaciones estatales y un incremento de los niveles de desempleo en las aldeas. Las chicas tenían que encontrar formas para pagar sus estudios, y a menudo lo hacían por medio de relaciones sexuales. Los conflictos familiares aumentaron debido a las presiones económicas y a los embarazos de las adolescentes.

Conclusiones

La utilización de los enfoques de aprendizaje participativo para explorar las inquietudes sobre la salud sexual ha cambiado radicalmente el programa de planificación familiar en las aldeas de diversas formas. Por primera vez, grupos de hombres y mujeres, de jóvenes y viejos se reúnen a discutir cuestiones acerca del sexo que son de gran importancia para ellos. Muchas personas ya han mencionado que les resulta ahora más fácil la comunicación con sus parejas y los hombres en particular se sienten satisfechos y más tranquilos de poder estar involucrados en algo que había sido visto como “cosas de mujeres”. Las actividades de aprendizaje mostraron inmediatamente que la salud sexual es una cuestión que tiene que ver con el desarrollo y que requiere recursos intersectoriales y un cambio social en la comunidad, así como servicios y educación enfocados a las necesidades del cliente. Capacitar al personal de las APF y los promotores para que valoren el saber y las experiencias locales, incluyendo las suyas propias, permite que puedan asumir nuevos papeles como conductores y como compañeros. Los grupos comunitarios están ahora ansiosos de utilizar el aprendizaje de los diagnósticos de necesidades para desarrollar planes de acción. Muchos desean seguir reuniéndose regularmente para explorar las cuestiones con mayor profundidad, para aprender y para expresar sus ideas y sentimientos a sus cónyuges, padres e hijos.

LÍNEAS DE VIDA DE LA SEXUALIDAD¹

Diagnóstico participativo de la salud reproductiva

Francis McConville

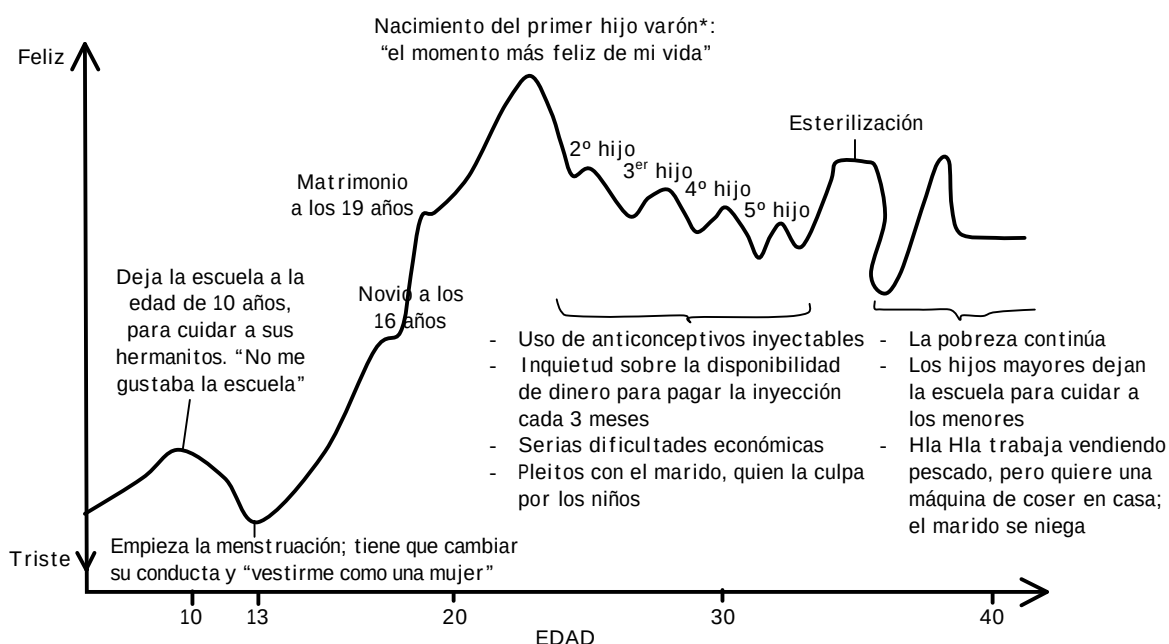
Poco se sabe acerca de las necesidades de salud de las mujeres de Myanmar (Birmania). En 1995 el país apenas estaba empezando a despertar después de años de haber estado aislado del mundo exterior. La actividad de las ONGs era insignificante y el contacto con la gente en muchas zonas seguía restringido debido a las incertidumbres políticas. El concepto de participación de la comunidad, incluso en asambleas públicas, seguía siendo una antítesis para la autoridad del régimen militar. De cualquier modo, el hecho es que había una enorme necesidad no satisfecha de atención a la salud.

La organización World Vision Myanmar, a través de su apoyo a un programa de salud integral urbano, había desarrollado una relación constructiva con el Ministerio de Salud. Planeaban extender su asistencia a las comunidades de los reasentamientos urbanos pobres alrededor de Yangon. Un “diagnóstico rápido de las necesidades de salud de las mujeres y de sus hijos” se llevó a cabo en una zona pobre urbana. Al trabajar en uno de estos nuevos asentamientos, utilizamos una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos de DRP. El objetivo del diagnóstico era permitir a 200 madres con hijos menores de 5 años que expresaran sus necesidades de salud insatisfechas.

Se necesitaba un método que nos ayudara a entender de qué manera influyen los factores externos, como la pobreza, el género, la cultura, la religión y la educación, en las percepciones individuales de las mujeres sobre su sexualidad y su salud. La utilización de las líneas de vida de la sexualidad resultó ser un método de incalculable valor. Fomentó la participación de las mujeres y proporcionó una imagen visual, o narrativa, de la vida de las mujeres desde su propia perspectiva.

El conductor buscaba un lugar tranquilo y le pedía a una de las participantes que dibujara una línea en una gráfica simple, que mostrara si se había sentido “feliz” o “triste” durante los principales eventos de su vida que estaban asociados con la sexualidad. El conductor hacía preguntas clave relacionadas con los acontecimientos más importantes, como la primera menstruación (la menarquia), el amor, el matrimonio, el uso de anticonceptivos,

¹ Francis McConville (1997): “Sexuality Lifelines: - Participatory assessment of reproductive health”, en: *PLA Notes*, núm. 29, IIED, pp. 90-91.



* En la cultura budista, sólo el hijo varón es una bendición para la familia cuando se inicia como monje a los 10 años.

Ilustración 1. Línea de vida de la sexualidad. Hla Hla, 37 años.

los partos, etc. La Ilustración 1 muestra un ejemplo de una línea de vida de la sexualidad de una mujer de 37 años, Hla Hla.

Se encontró que las mujeres relacionaban los principales eventos de sus vidas con cuestiones económicas, de género, de religión y de educación. Por medio de estas líneas de vida, encontramos que:

- en teoría, la igualdad de género existía en la educación y en el empleo (un punto frecuentemente destacado por los funcionarios). Pero en la práctica, es la niña la que deja la escuela para encargarse del cuidado de sus hermanos menores, y es el niño el que resulta favorecido, pues sólo el hijo varón puede conferir la bendición de Buda a la familia al convertirse en monje;
- la primera menstruación de la mujer estaba asociada con un cambio visible en la forma de vestir (la utilización de una falda envolvente en lugar de los pantalones bombachos) y con una conciencia de "convertirse en una mujer";
- las mujeres expresaban inquietud acerca del uso prolongado de anticonceptivos inyectables y sentían preocupación acerca de la esterilidad secundaria;
- las mujeres relacionaban la pobreza y las dificultades con el aumento en el número de hijos y con la época en que habían nacido.

En resumen, las líneas de vida de la sexualidad proporcionaron un medio rápido que permitir que los individuos (en este caso las mujeres pobres) representen pictóricamente lo

que es realmente la realidad de la vida. No obstante, deben llevarse a cabo con sensibilidad y ser utilizadas únicamente ahí donde existe una buena relación y confianza entre “los de dentro” y “los de fuera”.

La información que se obtuvo en el estudio de Dawpon cuestiona las hipótesis que se habían hecho en cuanto al género, la cultura, la pobreza y la educación. También plantea cuestiones relacionadas directamente con la provisión de servicios de salud, y en este ejemplo en particular, refuerza la importancia de un mayor acceso a servicios de salud reproductiva de buena calidad.

EL TURNO DE LOS MUCHACHOS¹

Una plática con el personal de ECOS

*Cecilia Simonetti, Vera Simonetti y Silvani Arruda,
con Debbie Rogow*

ECOS (Estudios y comunicación sobre la sexualidad y la reproducción humana) es una organización no lucrativa fundada en 1989 y establecida en San Paulo, Brasil. Nuestra misión es ayudar a promover y a transformar los valores y la conducta relacionados con la sexualidad, la salud reproductiva y los derechos de la reproducción, y hacerlo de manera que se ayude a superar la discriminación de género, de edad, de clase y de raza. Llevamos a cabo nuestra misión produciendo materiales escritos y de video, haciendo investigación, seminarios y talleres de capacitación; y proporcionando asistencia técnica.

Durante las últimas décadas se han desarrollado una serie de programas educativos para tratar cuestiones relacionadas con los embarazos de adolescentes y con las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Muchos de estos programas se han enfocado a las chicas. Algunos han tratado de enseñarles a ellas a decir no al sexo no deseado, algunos han tratado de enseñarles a decir no a cualquier contacto sexual, y algunos han tratado de educar a las muchachas en el uso de métodos anticonceptivos. Todos estos programas se basaban en el mayor interés de las chicas para recibir información y actuar de acuerdo a ella, pues son ellas las que enfrentan las consecuencias desproporcionadas de los efectos no deseados.

Otros programas han centrado sus esfuerzos en las “parejas”, quizá con la esperanza optimista de que si trataban a la pareja adolescente como una unidad funcional y comunicativa, podría convertirse en una unidad con estas características. Desafortunadamente, este concepto parece idealista a la luz del hecho de que las chicas con frecuencia no tienen mucho que decir en cuanto a si se vuelven vulnerables o no y en qué circunstancias a embarazos no deseados; muchas adolescentes tienen relaciones sexuales que no quieren y que no disfrutan.

Casi no hay ningún programa de educación sexual que se haya enfocado a los chicos — chicos que con frecuencia ejercen la influencia más importante para que la relación sexual

¹ Cecilia Simonetti, Vera Simonetti y Silvani Arruda, con Debbie Rogow (1996): “Listening to Boys: A talk with ECOS staff”, en: Sondra Zeidenstein y Kristen Moore (comps.), *Learning About Sexuality: A Practical Beginning*, The Population Council, Nueva York, pp. 324-332.

se lleve a cabo, chicos que conocen poco acerca de sus cuerpos y de la sexualidad y tienen mucho miedo de preguntar; chicos que reciben mensajes confusos acerca de la clase de hombres que deberían ser en el mundo moderno.

ECOS, nuestra organización, quería saber: ¿Qué es lo que piensan y sienten los jóvenes en Brasil acerca de la presión de tener sexo? ¿Cómo podríamos ayudarlos a resolver sus sentimientos y valores conflictivos y prepararlos para tener una vida sexual satisfactoria y respetuosa? Estábamos convencidos de que trabajar con las chicas y con los grupos mixtos no era una manera adecuada de conocer las necesidades de los chicos, ni tampoco la manera adecuada de hacerle frente a esas necesidades.

Así empezamos escuchando a los adolescentes y grabando algunas de sus reflexiones en un video. En el transcurso de varios meses, nos reunimos ocho veces con dos grupos distintos de jóvenes de catorce a dieciocho años (cuatro reuniones con cada grupo). Durante estas ocho sesiones, escuchamos a los chicos hablar acerca de la manera como se las arreglan para atravesar “la maleza” de la adolescencia. También produjimos un video basado en las últimas sesiones con ambos grupos, centrándonos en sus reflexiones sobre su entrada en la actividad sexual.

A pesar de que estas ocho sesiones y el video fueron realmente sólo el comienzo de nuestro trabajo con muchachos, creo que generaron lecciones útiles para ayudarnos a entender la masculinidad adolescente. Este capítulo describe nuestra experiencia inicial, algo de lo que aprendimos y hacia dónde vemos nosotros que podríamos dirigir nuestra atención en el futuro.

La realización de un video sobre la sexualidad masculina adolescente

La idea de trabajar con chicos de hecho surgió de nuestro trabajo con las chicas. Habíamos estado haciendo una columna de preguntas y respuestas en una revista muy popular para chicas llamada *Caricia*. De las preguntas que enviaban las muchachas acerca de la sexualidad, las relaciones y la reproducción, aprendimos que ellas no eran los “sujetos” de sus propias experiencias sexuales. Ellas estaban convencidas de que sus amigos tenían todas las respuestas y todos los conocimientos, y necesitaban que ellos les contaran sus propias experiencias. Por ejemplo, una chica escribió que un amigo le había dicho que él sabía que ella no era virgen. A pesar de que ella sabía de su propia inexperiencia sexual, ¡quería saber como había podido perder su virginidad!. Otra escribió que su novio le diría si la había penetrado con su pene sólo un poquito o completamente.

Fue a partir de este proceso que empezamos a pensar que teníamos que saber más acerca de estos amigos. La mayoría de las cosas que sabíamos acerca de ellos era a través de las chicas. Sin embargo, cuando decidimos profundizar nuestro conocimiento acerca del mundo y la conciencia de los chicos, casi no había nada de material que pudiera servirnos de guía. Así, organizamos dos talleres sobre sexualidad con varones de catorce a dieciocho años. Les dijimos que queríamos hacer un video sobre lo que pensaban y sentían acerca de

las relaciones, de las chicas, de la sexualidad y de ser hombres. Aceptaron participar. En una serie de cuatro sesiones con cada grupo, discutimos una diversidad de temas.

En la primera sesión, nuestro propósito era dejar que los participantes se presentaran a sí mismos y ver las características del grupo. Todos, incluyéndonos a nosotros, nos sentamos en un círculo. Uno de los animadores escribió en el pizarrón palabras como “amor”, “deseo” y “odio” y le pidió a cada uno que dijera su nombre, su edad, algo que le gustara, algo que odiara y un deseo que le gustaría que se viera cristalizado.

Después de este calentamiento, utilizamos una técnica de dinámica de grupo para explorar el interés del grupo acerca de la sexualidad. Pedimos a los participantes que se dividieran en grupos pequeños de cinco o seis personas y que hicieran una lista de los temas que les gustaría discutir con nosotros. Cuando terminaron, cada grupo escribió sus temas en un pliego de papel manila con letras grandes. Los pliegos con los temas se pegaron en el pizarrón; si había temas que se repetían, los pliegos se podían superponer.

Para establecer prioridades para la discusión, se pidió a los participantes que votaran colocando unos papelitos adhesivos de colores en el pliego que tuviera su tema preferido. Los temas más populares fueron las relaciones entre los chicos y las chicas, la virginidad / la primera vez, y la homosexualidad. Y ya que el tema de la virginidad / la primera vez fue el que causó mayor interés, planeamos filmar la discusión de ese tema durante la siguiente sesión.

Para esa sesión, preparamos una lista de preguntas acerca de la primera experiencia sexual: ¿Cuáles eran sus expectativas? ¿En qué se diferenciaban las de ellos y las de ellas? y a así sucesivamente. Se evitaron las preguntas acerca de las experiencias personales para no exponer a los participantes al ridículo. Escribimos estas preguntas en pedazos de papel, las colocamos dentro de una caja y le pedimos a cada participante que sacara una pregunta de la caja y que la respondiera. Grabamos en video estas respuestas y obtuvimos suficiente material para elaborar dos videos: “Chicos: la primera vez” y “la virginidad”. La cinta final incluye fragmentos de ambos grupos.

Antes de esto, habíamos organizado ocasionalmente grupos de rap con muchachos, y habíamos estado en contacto con muchos chicos en cursos mixtos de educación sexual, por lo que teníamos algo de experiencia para trabajar con grupos de varones. Por ejemplo, sabíamos el alto grado en que la autoestima de los niños está envuelta en cuestiones de sexualidad y lo fuerte que puede ser la presión de sus compañeros. La primera regla que teníamos era darles suficiente tiempo para abrirse. Al principio no les pedimos que hablaran de sí mismos. No queríamos ponerlos en una situación de comportarse “perfecta” pero deshonestamente y después tener que retirar lo que habían dicho una hora antes. Y no queríamos que se pusieran a la defensiva. En una experiencia anterior, les habíamos preguntado a los chicos demasiado pronto y de manera demasiado directa qué dudas tenían, y se habían sentido incómodos de tener que admitir públicamente que tenían aunque sea una pregunta, que no lo sabían todo, y habían respondido con preguntas evidentemente hostiles, como ¿Qué podríamos hacer cuando nos hartemos de nuestras esposas? Por eso, esta vez, cuando queríamos que hablaran acerca de sí mismos,

empezamos con técnicas de dinámica de grupos más seguras, como las preguntas anónimas escritas en papel.

Junto con la información y el apoyo que proporcionó el proceso, los chicos tenían un incentivo extra: sabían que iban a aprender acerca de la tecnología del video. Es difícil sobrestimar lo importante que es el video como herramienta. Trabajamos con videos de dos maneras distintas: primero, utilizamos una compañía de producción independiente con un equipo altamente calificado para preparar videos de excelente calidad con un público y un mensaje cuidadosamente definidos. Segundo, con un equipo simple, utilizamos el video como un proceso de aprendizaje tanto para desarrollar habilidades de producción como para profundizar los conocimientos de los participantes en cuanto al contenido temático. En este caso, lo que realmente nos importa son las discusiones durante el proceso del trabajo más que el producto final.

La producción de videos puede tener un impacto enorme en adolescentes. Pueden ver el video inmediatamente después de grabarlo; con frecuencia quieren analizarlo muchas veces, y tienen una intensa experiencia de sí mismos. También aprenden mucho en el proceso acerca de la creatividad, de la producción técnica etc. Se sorprenden al descubrir que el video puede editarse, que se graban escenas que pueden unirse sin seguir necesariamente un orden cronológico, sino en una secuencia lógica que sigue una idea. La secuencia tampoco tiene que ser grabada necesariamente a través del mismo lente. Por ejemplo, imagínense que estamos grabando una secuencia con un muchacho y una muchacha desempeñando los papeles de padre e hija respectivamente; y el padre le prohíbe a la hija salir a la calle en minifalda. Varias tomas de ángulos distintos pueden ayudar a crear el efecto dramático del diálogo. Su experiencia en producción les ayuda a entender que mucho de lo que sucede en los programas de televisión ha sido editado o creado para lograr un sentimiento o una reacción particular.

A través de la elaboración del video, los jóvenes ven la posibilidad de hacer algo creativo, lo que puede ser muy importante para la autoestima. Esto es especialmente cierto para las chicas, que generalmente no tienen otras oportunidades de experimentar el poder, pero también es cierto para ellos. Y hemos visto cómo han cambiado algunos de los adolescentes que participaron en esta experiencia. Roberto, uno de ellos, era un niño particularmente sensible y vulnerable, y los demás pensaban a veces que era homosexual (y no lo era). Después de la grabación, Roberto se acercó a nosotros y nos dijo que se había sentido más respetado y menos aislado durante las discusiones del grupo. Gilberto, otro de los chicos, tenía dificultades para expresarse debido a su enorme timidez. El taller le brindó un espacio seguro, en el cual se sintió motivado para resolver su propia timidez. Los participantes notaron el cambio en Gilberto. Algunos de los jóvenes dijeron que querían que continuara el trabajo en los grupos, pero no pudimos hacerlo debido a nuestras limitaciones de tiempo y de financiamiento. Otros entraron silenciosos y salieron silenciosos, así que no sabemos lo que la experiencia significó para ellos.

Además de escuchar a los chicos, tratamos de familiarizarnos nosotros mismos con el mundo en que habitaban. Nos adentramos lo más que pudimos en la cultura popular

adolescente, incluyendo la cultura de los chicos. Sí, vimos todas sus películas y sus programas de televisión favoritos, leímos sus revistas, escuchamos su música, ¡todo! Por un tiempo, las paredes de nuestra oficina estaban cubiertas de posters de nuestra estrellas favoritas —y de las que menos nos gustaban.

Lo que aprendimos

Brasil es un país en el que el machismo está muy enraizado. Pero de distintas formas, nuestra cultura es también muy moderna. Y afrontémoslo, los papeles de los hombres y de las mujeres están cambiando rápidamente. Por tanto los muchachos están explorando su identidad en un mundo cambiante, y sus conflictos y su confusión acerca de lo que conviene a su masculinidad están muy en la superficie. Pero este conflicto es positivo, pues el cambio surge de la necesidad de resolver el conflicto. Todos los que trabajamos en el campo de la educación sexual esperamos ver el cambio.

Uno de los conflictos más grandes que sienten los muchachos es entre el deseo de ser ellos mismos y el deseo de actuar en el mundo de los hombres. Les preocupa que ellas quieran príncipes encantados, y ellos no se sienten príncipes encantados. Sienten conflicto acerca de qué tan “macho” debe ser su comportamiento. Por ejemplo, en una ocasión que los chicos hablaban de las relaciones en abstracto, hablaron acerca de las necesidades de sus novias. Criticaron el machismo y querían parecer ilustrados. Entonces les mostramos un video de chicas hablando acerca del machismo de ellos, en el que ellas pedían un trato de igualdad, que fueran menos celosos, que dejaran de fastidiarlas por llevar faldas cortas y estrechas o vestidos escotados, y que demostraran sus afectos de manera más abierta. Los muchachos experimentaron un cambio frente a nosotros. Su lenguaje corporal se puso a la defensiva. Cuando se terminó el video, nos dijeron “¡Esa película nos pareció odiosa!” Les preguntamos qué les gustaría decir a esas chicas. Respondieron: “¡aprendan a cocinar! Váyanse a casa a lavar los platos”. Y “estas niñas confunden el machismo con la superioridad”. Otro dijo: “*Hoje orgulho, amanha bagulha*”, lo que significa “El orgullo de hoy es la vieja bruja de mañana”.

Nos dicen que les preocupa el tamaño de sus penes, ser homosexuales, y tener y conservar una erección. Pensamos que mucha de la resistencia no hablada que existe acerca de los condones —entre los hombres y también entre los jóvenes— no tiene tanto que ver con la “pérdida de sensibilidad” sino con el miedo a perder la erección cuando se detienen para ponerse el condón. Este miedo refuerza la actitud general que muestran de que la contracepción es exclusivamente una responsabilidad femenina. Se quejaron de que “las mujeres no compran las píldoras; por eso se embarazan y hacen que nos casemos”. Nos dijeron que la primera reacción que tenían cuando una novia les decía que estaba embarazada era: “quiero que te hagas una prueba de paternidad”. Uno de los chicos que se casó con su novia embarazada estaba furioso porque ella no se había tomado la píldora. Muy pocos sabían el precio de los condones. Sin embargo a pesar de sus miedos, de sus actitudes y de su ignorancia, algunos han utilizado condones y muchos han usado el *coitus*

interruptus. Por tanto, algunos de ellos sí reconocen una cierta responsabilidad en la contracepción.

Además, se sienten atrapados entre querer información acerca de la sexualidad y tener miedo de plantear una pregunta o una duda frente a todos sus amigos. Como resultado, estos muchachos no tienen ni la más mínima idea acerca de la menstruación o de cuando ovulan sus amigas. Muchos no saben nada acerca del clítoris. Y tienen miedo de admitir que son vírgenes.

Muchos de estos conflictos tienen su raíz en la presión de sus compañeros o en la presión de satisfacer las expectativas de una chica. Pero nos impresionó sobre todo darnos cuenta de la presión que el joven varón siente de satisfacer las expectativas de su papá. Siente que a su papá le urge que se vuelvan sexualmente activos. Algunos creen que esto disipa el miedo de sus padres de que sus hijos sean homosexuales. De cualquier forma “acostarse con una chica” se vuelve un símbolo de éxito en el mundo de los hombres.

Junto con el sentimiento de que recibe muchas presiones por parte de su padre, el adolescente también tiene muchos sentimientos acerca de todo lo que no está recibiendo de él. A diferencia de ellas, quienes se quejan de ser víctimas de demasiado control por parte de sus padres —en la longitud de la falda, el maquillaje y el comportamiento—, ellos se quejan acerca de la ausencia paterna. Algunos dicen que han tratado de hablar con sus padres. Hablan del SIDA, pero sus padres les dicen: “Eso es una cosa de homosexuales”. O pueden estar preocupados por un primo que ingiere drogas y ellos no saben qué hacer. Tratan de hablar con su papá pero encuentran que éste no sabe qué decir. Sus palabras son muy claras a propósito de la dificultad que tienen para llorar, para expresar sus emociones e incluso para abrazarse.

Lo que sigue

Tratamos de aprender lo más que pudimos acerca de las fuentes de los sentimientos “machistas” y de cómo estos sentimientos afectan la conducta sexual. Hay mucho que resolver, pero los papás y la paternidad son muy importantes.

Por ahora, nos atrae enormemente la idea de trabajar con familias. Hemos hecho un video acerca del SIDA dirigido a papás e hijos que se llama *Um abraço*. Recientemente ganó el primer premio en un concurso nacional de videos sobre la salud. El video también se utiliza en un programa de capacitación para promotores de salud municipales, en su mayoría varones. Nos dicen que provoca una respuesta muy emocional. Hasta ahora, hemos vendido aproximadamente trescientas copias.

Hemos empezado a dar pláticas sobre el SIDA y las drogas a las mamás y los papás que vienen a recoger a sus hijos a una guardería infantil cercana. Y están muy interesados.

Y ahora estamos dando un curso de capacitación sobre cuestiones de género para maestros de escuelas públicas, la mitad de los cuales son hombres. Seguimos una serie de pasos con ellos. Les preguntamos qué tipos de chicos y chicas aprecian más como estudiantes, en

términos de su comportamiento, apariencia, etc. Les mostramos ilustraciones de situaciones cotidianas con hombres y mujeres y les pedimos que interpreten lo que ven. Analizamos estudios de caso sobre responsabilidades familiares planteando preguntas acerca de quién realiza qué clase de tareas. Examinamos qué clase de adjetivos se utilizan para los hombres y los comparamos con los que se utilizan para las mujeres.

Estos maestros llegaron a darse cuenta de que tienen estereotipos de género mucho más internalizados de lo que creían, de que reproducen la desigualdad en sus vidas cotidianas. Por ejemplo, cuando vieron una fotografía de un hombre cuidando a un niño supusieron que se trataba de un hombre viudo. Aprendieron a ver de manera crítica a la vida cotidiana. La experiencia ha resultado de lo más significativa para los maestros hombres. Sus evaluaciones son muy emocionales.

Nos gustaría empezar a trabajar en jardines de niños, con niños de cuatro a seis años y sus padres en guarderías, pero todavía no contamos con financiamiento. De hecho, si tuviéramos apoyo económico, nos gustaría empezar a trabajar incluso con los padres durante el embarazo.

Comentarios finales

Cuanto más atención le prestamos a la cuestión de la identidad masculina, más nos damos cuenta cuánto exigen de los hombres jóvenes las sociedades en proceso de cambio. Deben ser fuertes, valientes y dominantes. Sin embargo, al mismo tiempo les pedimos que sean sensibles, y que no se vuelvan violentos o no emocionales. No es de sorprender que se sientan confundidos y en conflicto acerca de su propio papel.

Queda mucho que aprender acerca de cómo forman los hombres jóvenes su identidad de género en las sociedades contemporáneas, cómo valoran ellos sus conflictos y sus alternativas relacionadas con la masculinidad, qué costos y qué beneficios implican los cambios de sus actitudes y conductas sexuales, y qué clase de padres y maridos quieren llegar a ser.

Tenemos mucho que aprender acerca de la identidad sexual masculina. Por ejemplo, de cómo la socialización masculina influye en el uso de anticonceptivos por parte de los hombres, en el riesgo de contraer ETS y el virus del SIDA (VIH), en las nociones acerca del “amor” y en las prácticas de paternidad.

Finalmente, esperamos que más hombres empiecen a trabajar con niños y con chicos. Los hombres pueden proporcionar modelos alternativos importantes de cómo actuar en el mundo masculino. Necesitamos su ayuda, y no sólo en Brasil.

***- Sección C -
El uso de enfoques
participativos para la
movilización***

MOVILIZACIÓN COMUNITARIA EN CONTRA DEL SIDA EN KENIA¹

Tilly Sellers y A.J. Oloo²

En África existen pocos modelos exitosos para orientar a la población rural acerca del virus del SIDA (VIH) y para ofrecerle pruebas de laboratorio. El trabajo en Uganda ha mostrado las dificultades que se enfrentan al tratar de establecer servicios de orientación y de pruebas sin que los pobladores mismos participen en la planeación y en la toma de decisiones (Seeley *et al.*, 1991). En 1993, cuando los habitantes de 15 aldeas en el distrito de Siaya, Kenia, pidieron al CDC/KEMRI³ que les permitiera el acceso a las pruebas de anticuerpos para determinar la presencia del VIH, se buscó una metodología participativa que involucrara a los habitantes y que fuera sensible a los aspectos culturales. Los encuentros subsecuentes mostraron que las necesidades de estas poblaciones en relación con el VIH y el SIDA iban más allá de una simple demanda de acceso a las pruebas del VIH.

Una encuesta inicial sobre los conocimientos, las actitudes, las prácticas y las creencias (CAPC⁴) acerca del SIDA reveló que los habitantes pensaban que la responsabilidad de la prevención era del gobierno y de los funcionarios del área de salud, y que las comunidades y los individuos se sentían impotentes frente a la amenaza de una infección del VIH. Queríamos que las actividades participativas permitieran a estas comunidades hacer algo por sí mismas. Nos dimos cuenta que la comunidad no podía hacer mucho cuando se encontraba en una situación en que, por ejemplo, ni siquiera tenía acceso a condones o a sangre segura. Sin embargo, esperábamos que la movilización participativa mostraría ciertas deficiencias de conocimientos, actitudes, prácticas riesgosas y creencias, que los habitantes podían cambiar sin que para ello se necesitara una fuerte entrada de recursos.

¹ Tilly Sellers y A.J. Oloo (1995): "Community Mobilisation Against HIV Infection in Kenya", en: *PLA Notes*, núm. 23, IIED, pp. 75-81.

² Centre for Disease Control and Prevention (CDC) y Kenya Medical Research Institute (KEMRI), P.O. Box 1578, Kisumu, Kenia.

³ CDC: Centre for Disease Control and Prevention (Centro para el control y la prevención de enfermedades), dependiente de KEMRI: Kenya Medical Research Institute (Instituto de investigación médica de Kenia).

⁴ En inglés: KAPB (Knowledge, Attitudes, Practices and Beliefs).

El desarrollo de la metodología

Conocíamos sólo unos pocos ejemplos de la utilización de enfoques participativos para la movilización de comunidades en contra de la infección del VIH (Barnett, 1994; Duangsa, 1995). Así que decidimos utilizar una forma modificada de Diagnóstico Rural Participativo (DRP), a la que añadimos varias técnicas de SARAR⁵ y de nosotros mismos. Con el fin de subrayar que son los mismos habitantes los que recogen y analizan los datos y toman las decisiones de acuerdo con sus hallazgos, decidimos llamar a esta nueva metodología Investigación Rural Participativa sobre el SIDA (IRPS⁶).

El Apéndice resume la variedad de actividades de IRPS, que también se describen en un manual (Sellers, 1994). Este enfoque se utiliza para ayudar a los habitantes a encontrar qué es lo que les impide protegerse a sí mismos y a otros de la infección por el virus del SIDA. Una vez que saben esto, les ayuda a buscar soluciones y a hacer de hecho un plan en contra de la diseminación del SIDA en su comunidad.

La IRPS no está destinada a promover cambios de conducta. Se espera más bien que permita a las comunidades tomar decisiones informadas acerca de intervenciones futuras en contra de la infección del VIH, aunque sí esperamos ver algunos cambios de conducta como resultado de su aplicación.

La puesta en práctica de la metodología

Desde un principio los líderes de las comunidades establecieron claramente que para discutir temas delicados como las relaciones sexuales y las prácticas culturales relacionadas con el sexo, todos los participantes debían tener el mismo origen étnico. Decidimos por lo tanto que todos los miembros del equipo debían provenir de las mismas aldeas con las que íbamos a trabajar. En otras palabras, capacitaríamos a los “locales” y eliminaríamos la necesidad de “expertos” foráneos. Sin embargo, como previmos que se vería que la pobreza y la falta de recursos, así como otras cuestiones en el ámbito del desarrollo económico y social, son factores que contribuyen a la propagación de la infección del VIH, invitamos a representantes de otras organizaciones para que participaran (con el visto bueno de la aldea en cuestión), siempre y cuando tuvieran el mismo origen étnico.

Los habitantes de las aldeas seleccionaron a seis hombres y a seis mujeres para que conformaran el equipo. Ellos decidieron el método de selección (en general la selección se

⁵ SARAR (las siglas en inglés de *self-esteem, associative strength, resourcefulness, action and responsibility*, es decir, “autoestima, fuerza colectiva, capacidad de encontrar los recursos necesarios, acción y responsabilidad”) es un conjunto de técnicas de la metodología PROWESS (las siglas en inglés de *promotion of women in water and environmental sanitation services*, es decir, fomento de la participación de las mujeres en los servicios de abastecimiento de agua y de saneamiento ambiental), desarrollada por el PNUD.

⁶ En inglés: PRRA (Participatory Rural Research on AIDS).

hizo a través de los clanes y subclanes), pero los miembros del equipo debían satisfacer los siguientes criterios: tener un nivel de educación mínimo, ser respetados por los habitantes, tener una cierta madurez —independiente de la edad— y estar interesados en ayudar a la prevención de la propagación del SIDA. Los miembros del equipo tomaron un curso de capacitación de seis meses para convertirse en “orientadores en VIH / SIDA”; y pasaron parte del tiempo trabajando con organizaciones locales de apoyo en este ámbito, así como en los hospitales provinciales y de distrito.

Después de esto, se realizó el proceso de IRPS durante cinco días en cada aldea. El Apéndice resume las principales actividades que se llevaron a cabo durante el proceso. A continuación se presentan algunos ejemplos de los resultados que se obtuvieron.

Tablas con bolsitas de CAPC

Kaminogedo es una de las aldeas que participó en la IRPS. Durante el segundo día del proyecto los promotores se dispersaron en parejas por la aldea para conducir las actividades con diferentes grupos formales e informales. Una de estas parejas se reunió con un grupo de hombres y mujeres de diferentes edades para conducir una actividad denominada “tablas con bolsitas de CAPC”. Al igual que con todas las actividades de CAPC (actividades que exploran los conocimientos, actitudes, prácticas y creencias acerca del SIDA), la discusión es la parte más importante. Mientras que los resultados de estas actividades proporcionan a los habitantes información básica, las discusiones preparan el terreno para que identifiquen los obstáculos que enfrenta la prevención y para que busquen las soluciones a estos obstáculos.

Los promotores del proyecto mostraron dos tablas con bolsitas, escritas en la lengua local. En la parte superior, una tiene imágenes de gente, y la otra lugares y eventos (véase la Tabla 1). Los promotores explicaron la actividad cuidadosamente y se escogieron seis personas para que votaran. Las tablas con bolsitas se colgaron de manera que la votación era confidencial. Cada persona votaba una vez respondiendo cada pregunta de las dos tablas colocando un pequeño disco en la bolsita que correspondía a su creencia. Cuando terminaron, los participantes contaron rápidamente los votos y se hizo una tabla con los resultados (Tabla 1).

La parte importante de la actividad empezó cuando los conductores preguntaron si el grupo estaba de acuerdo en que los resultados reflejaban con precisión la situación en Kaminogedo. Primero la discusión se llevó a cabo en pequeños grupos de igual edad y sexo, y después se reunió el grupo amplio y estuvo de acuerdo en los siguientes puntos:

- Los ancianos no tienen fuerzas para tener relaciones sexuales, por lo que no pueden contraer el SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).
- Los ancianos deberían ser responsables de la prevención del SIDA.
- Las madres pueden ayudar a prevenir que el virus se propague, educando a sus maridos y a sus hijos.

- El alcohol y las drogas aceleran los impulsos sexuales en los hombres.
- Los hombres huyen de las cuestiones de salud familiares y muestran su negación del SIDA volviéndose a casar.
- Los lugares para beber y bailar promueven la inmoralidad sexual que provoca que uno contraiga las ETS y el SIDA.
- En una familia polígama sólo la primera esposa es la responsable de las prácticas culturales relacionadas con el sexo, como las relaciones sexuales durante la siembra, etc.
- Los condones no pueden utilizarse en las prácticas ceremoniales de la herencia de la esposa (cuando un hombre muere, su hermano hereda a la viuda, véase también p. 143), por temor a romper un tabú y contraer *chiraa*⁷ (pero las mujeres piensan que sería mejor si sí se pudieran utilizar).
- Las heces tradicionales y el tabaco podrían utilizarse en lugar de la ceremonia sexual de la herencia de la esposa.
- La educación sobre el SIDA sólo puede obtenerse en centros de salud fuera de Kaminogedo.
- Los hombres son más responsables de la transmisión de ETS, pues ellos tienen más parejas que sus esposas.
- A las mujeres les lleva mucho tiempo descubrir que tienen una ETS, y por tanto corren el riesgo de volver a infectar a sus parejas.
- A todos les gustaría recibir orientación y educación sobre el SIDA.

⁷ *Chiraa* es una enfermedad tradicional de deterioro causada cuando se rompen tabúes. En esta cultura se piensa con frecuencia que el SIDA y la *Chiraa* son la misma enfermedad (véase también p. 140)

¿QUIÉN	Hombre	Anciano	Muchacha	Muchacho	Mujer	Anciana	Todos	Nadie
es menos propenso a adquirir una ETS?	0	4	0	0	0	2	0	0
es responsable de la prevención del SIDA?	0	0	1	1	0	1	3	0
es responsable de la planificación familiar?	2	0	3	0	0	1	0	0
es responsable de la salud en la familia?	2	1	0	0	3	0	0	0
le gustaría recibir orientación y educación sobre el SIDA?	0	1	2	2	0	0	1	0

¿DÓNDE	Iglesia	Granja	Clínica	Fiesta	Discoteca	Hogar	Ribera del lago	Peluquero	Todos	Ninguno
hay mayores posibilidades de adquirir el SIDA?	0	0	1	1	3	0	1	0	0	0
puede hacerse una prueba del SIDA?	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0
hay menores posibilidades de adquirir el SIDA?	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0
puede uno obtener orientación sobre el SIDA?	1	0	4	0	0	1	0	0	0	0
puede uno obtener información sobre las ETS?	1	0	4	0	0	1	0	0	0	0

Tabla 1. Tablas con bolsitas de CAPC

Obstáculos para la prevención

El tercer día de la IRPS, después de compartir información sobre los distintos modos de transmisión y prevención de la infección por el VIH, se realizó una actividad específica en grupos de igual sexo y edad, con el objetivo de descubrir las barreras para la prevención de los habitantes mismos. Esta actividad es una continuación de los ejercicios previos, con la pregunta: *“dado que los habitantes ciertamente saben la forma de protegerse de contraer la infección, ¿qué es lo que realmente les impide protegerse?”*.

En Kaminogedo, Damarice y Eudiah (dos mujeres casadas de aldeas vecinas y promotoras del proyecto) se sentaron con un grupo de otras diez mujeres casadas para discutir lo que para ellas eran los principales obstáculos para la prevención y la protección. Se sentaron formando un círculo y en el centro se colocó un dibujo de una carreta (una carreta manual tradicional que se denomina *cocoteni*). Se utilizó un montón de círculos de papel en blanco de diferentes tamaños para representar los obstáculos (como si fueran piedras). Eudiah pidió al grupo que pensara en todas las cosas posibles (actitudes, recursos, etc.) que podrían impedirles utilizar los métodos de prevención que habían sido mencionados en la actividad anterior. Cada cosa se escribió en una “piedra” del tamaño que seleccionaba el

grupo y después se colocaba dentro de la parte trasera de la carreta. Todos los obstáculos se discutieron y verificaron (y también se clasificaron). Los obstáculos que encontró este grupo se muestran en la Tabla 2.

Las mujeres estaban convencidas de que el principal obstáculo para protegerse a ellas mismas y a sus familias de la infección por el VIH era la pobreza o la falta de recursos para comprar jeringas, agujas, condones, sangre segura, medicinas, etc.

Problemas de tener una sola pareja	Problemas con el uso de los condones	Problemas para obtener sangre segura	Problemas para no compartir los cepillos de dientes y los rastrillos	Problemas para mantener las heridas cubiertas
• Falta de dinero • Deseo	• Te dejan con mucho deseo sexual • Pueden introducirse en la matriz • No se consiguen en la aldea • Es difícil discutir con la pareja • Se pueden reventar • Provocan rasguños en los órganos genitales • Son resbalosos • No hay dinero para comprarlos • Impiden el embarazo • A los hombres no les gustan • Los hombres piensan que eres una prostituta.	• No hay dinero • Falta de lugares en donde se hagan pruebas de sangre • Falta de tiempo, si el paciente está en una situación crítica	• No hay dinero para comprar cepillos o rastrillos para cada miembro de la familia • Falta de conocimientos, la gente no sabe que no debería compartirlos o que deberían esterilizarlos	• No se pueden conseguir vendajes • No hay dinero para viajar y comprarlos • Falta generalizada de medicinas

Tabla 2. Obstáculos para la prevención.

La búsqueda de soluciones

Al día siguiente, los voluntarios presentaron todas las barreras que se encontraron durante la semana en una reunión general de la aldea, para que fueran corroboradas por los habitantes. Una vez que éstos cuentan con una lista de barreras que ellos sienten que corresponden a su situación, se organiza una serie de actividades para encontrar soluciones. Finalmente, las soluciones se clasifican según el impacto que tienen en la propagación de la infección del VIH y según lo fácil que les resulte a los habitantes el llevarlas a la práctica.

Obadiah y Richard buscaron soluciones para distintas barreras con un grupo de nueve hombres casados en Kaminogedo. Las barreras habían sido colocadas en la parte superior de un pliego de papel y se pidió al grupo que se dividiera en dos y que hiciera una lluvia de ideas para buscar soluciones para cada barrera. Mientras que las mujeres casadas en Kaminogedo habían destacado a la pobreza como la principal barrera para la prevención, los hombres casados también incluyeron el “*demasiado dinero*” como una barrera (Tabla 3).

BARRERAS	SOLUCIONES
Falta de dinero	Trabajar duro, proporcionar condones a un precio justo, jeringas y agujas gratis, servicios de salud al alcance de la comunidad.
Falta de conocimiento	Talleres, <i>barazas</i> (es decir, asambleas comunitarias), programas de radio, capacitación a través de grupos de mujeres, etc.
Falta de lugares para hacer la prueba del VIH	Llevar orientación y pruebas de VIH a la población, capacitar a orientadores de Kaminogedo, evitar las transfusiones sanguíneas comiendo bien y tratando la malaria sin demora.
Comercio sexual	Fidelidad sexual, vivir siempre con tu esposa, no trabajar fuera de casa.
Demasiado alcohol	Buscar ayuda, no beber demasiado.
Demasiado dinero	Tranquilizarte de tu propia riqueza, ser leal a Dios.
Vivir lejos de la esposa	Dejar de trabajar en otros lugares y crear un ambiente de amor y confianza verdaderos en la familia.
Falta de hijos	Tener una esposa más, hacer la prueba del VIH.
Prácticas tradicionales	Usar condones, hacerse ambos una prueba del VIH antes de la ceremonia de la herencia de la esposa.
Problemas con el uso del condón	Educación masiva, hacer demostraciones de su uso, proporcionarlos gratuitamente, hacerlos más accesibles, hacer que la gente entienda la necesidad de utilizarlos.

Tabla 3. Soluciones para las barreras

La selección de los miembros del foro del SIDA de la aldea

Originalmente la semana de la IRPS terminaba cuando los habitantes de la aldea escogían a algunos de ellos para conformar un *foro del SIDA*. Los miembros de este foro tenían la responsabilidad de planear e implementar las soluciones a las barreras que se habían encontrado durante la IRPS y de rendir cuentas a toda la aldea. No están organizados ni son apoyados o financiados por CDC/KEMRI, pero pueden negociar el acceso a cursos de capacitación. El primer foro del SIDA pidió capacitación para que les dieran más información acerca del VIH y del SIDA y para que les ayudaran a utilizar los resultados de la IRPS para planificar soluciones a las barreras que habían sido identificadas por la aldea.

Sin embargo, después de las tres primeras IRPS, era evidente que los habitantes consideraban al foro como una extensión del proyecto. Esto no había sido la intención. Por consiguiente, esta parte del proyecto se ha transferido a los miembros de un foro muy activo y ya no es parte de la IRPS. Ahora, los miembros de los distintos foros del SIDA visitan otras aldeas en donde se ha llevado a cabo la IRPS y hablan acerca de su propio foro, de cómo empezó, de la capacitación que ha recibido y del trabajo que hace.

Conclusión

Parece haber un gran entusiasmo hacia este enfoque de la prevención del VIH en las aldeas. Y aunque aún es demasiado pronto para poder decirlo, nuestro sentimiento general, basado en la retroalimentación de las IRPS que se han llevado a cabo hasta la fecha, es que la “impotencia aprendida” (es decir, cuando los habitantes se sienten impotentes frente a esta enorme amenaza potencial para ellos y sus familias) está cediendo el paso a un sentimiento de que ellos pueden asumir la responsabilidad y hacer algo realmente para cambiar la situación. Sólo por medio del seguimiento de los cambios de conducta se podrá comprobar si este es realmente el caso. Lo que ha quedado claro, sin embargo, es que el acceso a la orientación y a las pruebas del VIH es una prioridad para la mayoría de los habitantes y que ellos ven esto como una manera de promover un cambio de conducta.

Referencias

Barnett, T. (1994): *The Effects of HIV/AIDS on Farming Systems and Rural Livelihoods in Uganda, Tanzania and Zambia*. Informe para la FAO. ODG, University of East Anglia, Reino Unido.

Duangsa, D. (1995): “A participatory approach to promoting AIDS awareness in Thailand”, en: *PLA Notes* 23, IIED, London.

Seeley, J., Wagner, U. y Mulemwa, J. (1991): The development of a community-based HIV/AIDS counselling service in a rural area in Uganda, en: *AIDS CARE*, 3 (3).

Sellers, T. (1994): *PRRA RAPAR*. CDC/KEMRI, Kenia.

Apéndice. Los objetivos y las actividades de la IRPS

OBJETIVO	ACTIVIDADES
1. Dar a los habitantes suficiente información para que decidan si quieren o no involucrarse en el proyecto.	• Distribuir programas de trabajo de campo a los grupos y a los líderes de la aldea y visitar a diversos grupos e individuos. Esto culmina en una reunión en donde se responden preguntas y en la que se toma una decisión. • Incluir a habitantes de la aldea en un curso de capacitación de la IRPS.
2. Dejar claro que el SIDA es un problema y que la comunidad quiere hacer algo al respecto.	• Clasificar la importancia de la enfermedad en grupos de igual edad y sexo. • Presentar y verificar las conclusiones. • Encontrar y clasificar las soluciones a las barreras a la prevención.
3. Compartir expectativas del periodo de la IRPS y del proyecto en su conjunto.	• Encontrar las expectativas de los grupos de igual edad y sexo y trabajar estas expectativas en el momento.
4. Establecer vínculos y asegurar la representación de los distintos grupos formales e informales que constituyen la comunidad.	• Realizar una actividad de pre-movilización. • Incluir a los habitantes en un curso de capacitación de la IRPS. • Paseo de la comunidad / auto-propuesta de voluntarios. • Identificar a los grupos formales e informales mediante un mapa. • Calendario de migración (muestra cuándo regresan a casa los trabajadores migrantes y los estudiantes, de manera que las intervenciones puedan incluirlos). • Entrevistas semi-estructuradas a distintos hogares (generalmente 10).
5. Personalizar el riesgo de la infección por el VIH; compartir información sobre los modos de transmisión y sobre las distintas formas en que las personas pueden protegerse a sí mismas, a sus parejas y a sus familias de la infección.	• Compartir expectativas. • Experiencia personal de un miembro de la asociación de la gente con SIDA en Kenia (TAPWAK). • Ejercicio para mostrar la transmisión de la infección por medio de una historia familiar (muestra cómo cada miembro de una familia típica puede infectarse con el VIH, y cómo pueden infectarse entre sí). • Ejercicio de modos de prevención (ver qué cosas pueden hacer los miembros de la familia del ejercicio anterior para protegerse de la infección por el VIH). • Discusiones.
6. Compartir información acerca de la orientación y de las pruebas y de las actitudes que se muestran confidencialmente.	• Historia abierta de orientación y de pruebas. • Discusiones de grupo confidenciales. • Entrevistas semi-estructuradas de diferentes hogares. • Tablas con bolsitas de CAPC (véase la Tabla 2).

11: Movilización comunitaria en contra del SIDA en Kenia

7. Comprender las creencias y prácticas culturales, las cuestiones de género relacionadas con la negociación de un sexo más seguro y las deficiencias de los servicios comunitarios (es decir, los servicios de atención a ETS, la disponibilidad de condones), que pueden causar barreras para la prevención o para la protección.	• Tablas con bolsitas de CAPC. • La actividad Odindo (revisar factores socioculturales que promueven la actividad sexual). • Ejercicio de ordenamiento de actitudes en tres montones (para revisar prácticas y creencias). • Mapas. • Actividad de servicios (revisa los lugares a los que los habitantes acuden para obtener diagnóstico y tratamiento de ETS, transfusiones de sangre segura, condones y agujas esterilizadas, así como los costos). • Entrevistas semi-estructuradas de diferentes hogares. • Paseos comunitarios (para verificar el mapa). • Las piedras y la carreta: barreras para la prevención (véase la Tabla 3).
8. Verificar las barreras para la prevención del VIH: ¿realmente se aplican a esta comunidad?	• Presentación y verificación de conclusiones.
9. Identificar las soluciones para la eliminación de estas barreras, y establecer prioridades.	• Encontrar soluciones (lluvia de ideas para la eliminación de las barreras, en grupos de igual edad y sexo). • Clasificar las soluciones por categorías (p. ej. divulgación general sobre el VIH). Las categorías se clasifican según el número de veces que una solución se le asigna. • Clasificar las categorías según el impacto que tengan en la propagación de la infección por el VIH y según qué tan fácilmente la aldea pueda hacer algo al respecto. • Mapas (pueden mostrar en qué parte de la aldea se pueden obtener condones, agujas y jeringas; los lugares de reunión de los grupos de igual edad y sexo; la localización de artistas y músicos; los hogares que registren muertes entre los 15 y los 40 años durante el año pasado; los hogares encabezados por abuelos o por niños, etc.)
10. Elegir una o más soluciones y hacer un plan detallado para su ejecución, seguimiento y evaluación.	• Elegir un punto de partida discutiendo la categoría con mayor clasificación, para ver si se encuentra en la parte de la matriz de puntuación que tiene mayor impacto o que es más fácil de llevar a cabo. • Selección por parte de la aldea de los miembros del foro del SIDA de la aldea • Capacitar a los miembros del foro para que utilicen los resultados de la IRPS para la planeación. • Capacitar a los miembros del foro en el seguimiento y en la evaluación participativos.
11. Ejecución del plan.	• Apoyar con capacitación a los miembros del foro cuando éstos así lo requieran. • Proporcionar acceso a orientación y a pruebas del VIH cuando se requiera, además de apoyo pertinente para aquellos que estén afectados con el SIDA.

TEATRO EDUCATIVO PARTICIPATIVO¹

Trabajo de concientización sobre el VIH y el SIDA en Kenia

Roger Chamberlain², Mindy Chillery, Lenin Ogolla y Ochieng Wandera³

La organización CARE Kenya tiene en el distrito de Kisumu (provincia de Nyanza, occidente de Kenia) un proyecto para la prevención y el control de las enfermedades de transmisión sexual y del virus del SIDA (VIH), dirigido a jóvenes menores de 18 años que ya no asisten a la escuela. Este programa, denominado “CRUSH”⁴, también tiene por objetivo encontrar apoyo de adultos de las comunidades para participar en programas educativos para jóvenes para la prevención y el control del SIDA. A mí me pidió CRUSH que colaborara con ellos para desarrollar la parte teatral de su proyecto.

Dado que el arte dramático es uno de los medios de comunicación más accesibles y populares de Kenia, tiene un gran potencial como un enfoque interactivo más efectivo para el VIH y el SIDA. Esta forma de arte, que tiene un carácter más social, utiliza las herramientas del mito y la metáfora que son comunes a todas las sociedades pero que son particularmente conocidas y constituyen una parte real de la sociedad y de las culturas de Kenia. Sin embargo, muchas de las obras que se habían producido anteriormente en Kenia para el trabajo de concientización sobre el VIH y el SIDA habían tenido un enfoque no participativo de tipo conferencia, que no había logrado atraer ni mantener el interés de los espectadores ni de los participantes.

El teatro educativo participativo

CRUSH y yo propusimos que una manera de reforzar los actuales esfuerzos para la prevención del VIH y del SIDA de Kenia sería mediante el Teatro educativo participativo (TEP). TEP es una metodología teatral educativa que utiliza un enfoque participativo para

¹ Roger Chamberlain, Mindy Chillery, Lenin Ogolla y Ochieng Wandera (1995): “Participatory Educational Theatre for HIV/AIDS Awareness in Kenya”, en: *PLA Notes*, núm. 23, IIED, pp. 69-74.

² Especialista en teatro comunitario y educativo auspiciado por el Consejo Británico.

³ Los autores pueden contactarse a través de la oficina del Consejo Británico en Kisumu, Kenia: The British Council, P.O. Box 454, Kisumu, Kenia.

⁴ Son las siglas en inglés de: Communication Resources for Under 18s on STDs (Sexually Transmittable Diseases) and HIV.

permitir que los espectadores exploren, reflexionen y encuentren una respuesta a las cuestiones que les conciernen. Este enfoque plantea preguntas y problemas, en vez de proveer respuestas y soluciones. El objetivo es promover al interior de la comunidad con la que se está trabajando un cambio en la percepción del mundo y de ellos mismos como individuos dentro de él. Cuando hablamos de un cambio en las percepciones no pretendemos simplemente concientizar, sino permitir que la gente de la comunidad examine sus actitudes hacia las contradicciones y los dilemas no resueltos, presentados en una obra de teatro que refleje sus propias vidas.

Un proyecto TEP tiene como objetivo primero comunicarse con las personas a través de sus emociones, para entonces permitir a los participantes que reflexionen y que examinen estos sentimientos objetivamente. Así, los proyectos TEP tienen dos etapas principales:

1. Los actores/educadores describen la escena por medio de episodios cortos de un teatro con guión.
2. A través del papel del conductor, se invita a los espectadores a participar para ayudar a resolver los dilemas presentados en las escenas iniciales.

Este enfoque participativo proporciona a los miembros de la comunidad una oportunidad para:

- cuestionar tanto a los personajes como a las situaciones de la obra;
- tomar el control de su entorno, permitiendo que los participantes intervengan y determinen la secuencia narrativa de la obra;
- involucrarse en las contradicciones y paradojas que surgen de la obra; e
- improvisar, asumiendo los papeles de los personajes de la obra.

El TEP en Kisumu

Mi colaboración con CRUSH implicaba el trabajo con dos grupos: el grupo de jóvenes *Kama Kazi* en la ciudad de Kisumu y el grupo *Apondo* en la aldea rural de Ahero. Me habían pedido que dirigiera una obra de teatro educativa para cada grupo, que sería presentada en los 14 sitios del distrito de Kisumu en donde trabajaba CRUSH. Ambos proyectos tenían que hacerse en la lengua local y se representarían al aire libre durante el día. Estas representaciones estarían dirigidas a muchachos de entre 12 y 18 años. (Sin embargo, esto último cambió cuando empezamos el tour, pues fue imposible que los chicos de las zonas rurales pudieran separarse del resto de los habitantes de las aldeas.)

Dedicamos el primer mes a hablar a los dos grupos sobre el impacto del VIH y del SIDA en sus comunidades. Durante este tiempo también me reuní con artistas y educadores que trabajaban en la región, entre los cuales recluté para el proyecto a dos contrapartes locales

y a un voluntario extranjero⁵. Después de estas discusiones empezamos los dos proyectos de TEP. El objetivo era abordar las cuestiones relacionadas con el SIDA que CRUSH había identificado como prioridades para los menores de 18 años. Estas cuestiones incluían la sexualidad de niños y adolescentes, los modos de transmisión y de prevención y las barreras para la adopción de medidas preventivas (como la presión de los amigos, las costumbres tradicionales, las objeciones religiosas y otros dilemas personales y sociales).

El punto de partida para ambos proyectos fueron las ideas muy imaginativas sobre el SIDA concebidas por los dos grupos de jóvenes que habían dejado la escuela y que estaban desempleados. A partir del material que ellos generaron, estructuramos una serie de improvisaciones y otros elementos dramáticos. Un objetivo importante al desarrollar el material fue que éste siempre siguiera siendo de los propios grupos. Mientras que nosotros proporcionamos la estructura, ellos proporcionaron el contenido. Después de trabajar con el material, siempre se los presentábamos para discutirlo y seguirlo desarrollando.

¿Listones rojos para ti? Sigand Tom - Ngimani gi Thoni?

Este título en lengua *Dhuluo* para el proyecto TEP de Kama Kazi significa “La historia de Tom — ¿tu vida y muerte?” El relato presenta la vida de un hombre joven, Tom Omondi, desde su infancia, pubertad, adolescencia y primera juventud hasta su muerte a la edad de 23 años y lo que sucede después de ésta. Tom contrae el VIH mientras estudia en la universidad. Algunos otros miembros de su familia y amigos cercanos, cuyas historias se encuentran entrelazadas con la de Tom, también contraen el virus en otros momentos durante la vida de él. De hecho, es el padre de Tom, quien se infecta sin darse cuenta, el que desata la cadena de infecciones en este grupo particular de personas.

El proceso creativo: decisiones y descubrimientos participativos

Por medio de un “tablero guía” se proveyeron los principales estímulos educativos, estéticos y visuales para la historia de Tom. Este tablero guía no es ni un escenario teatral convencional ni un pizarrón de enseñanza convencional, sino un recurso tridimensional que combina ambos. Para *¿Listones rojos para ti?* el tablero consistió en tres tableros de triplay pintadas con un diseño general, sobre el cual se colgaban por separado las preguntas centrales relacionadas con las nueve escenas, por medio de unos ganchos (véase la Tabla 1, más adelante). Un tablero guía pretende despertar un interés informal, centrar la atención y asegurar que sea un tema común el que se trate en un día de participación. Más que llevar a cabo el proyecto en un escenario elevado con una distancia entre los espectadores y la obra de teatro, es mejor presentarlo al aire libre, quizá bajo un árbol, con los espectadores formando tres lados de un cuadrado, y el tablero guía en el cuarto lado.

La historia de Tom se dividió en nueve secciones diferenciadas, cada una de las cuales conservaba su sentido propio independientemente de las demás, pero cuando se unían

⁵ Los otros autores de este artículo.

tenían también sentido como un todo, tal como sucede en un rompecabezas. Este elemento de resolución de rompecabezas es muy importante para fomentar la participación. La duración de cada parte del teatro con guión varía entre 7 y 15 minutos. La duración de la obra participativa que sigue a cada una de las partes depende completamente de la comunidad y del conductor. En general dura entre 15 y 75 minutos. No hay razón para que el proyecto tenga que limitarse a un sólo día. Puede prolongarse por una semana o hasta por un par de meses, sobre todo cuando este proyecto se lleva a cabo como un recurso educativo específico en el marco de un programa más amplio de diagnóstico rural participativo (DRP).

Al permitir que la comunidad elija la secuencia de las nueve secciones, ésta adquiere control sobre el proceso. Nosotros seleccionamos la primera y la última sección por razones de claridad estructural y ellos determinan el orden de las siete secciones restantes. Para elegir la sección que quieren que se aborde, escogen una pregunta que desean responder. Cuando una pregunta ha sido seleccionada, el conductor descuelga esa pregunta particular del tablero para revelar una imagen simbólica⁶, que resume la pregunta visualmente, y los actores/ maestros actúan la sección correspondiente.

EL FUNERAL ¿Por qué todo mundo está peleando en el funeral de Tom?	JUEGOS DE INFANCIA ¿Están los niños conscientes de la sexualidad cuando juegan a “papás y mamás”?	ANSIEDAD DE LA ADOLESCENCIA ¿Cómo aprendieron Tom y sus amigos acerca de la sexualidad por primera vez?
PRESIÓN DE LOS COMPAÑEROS ¿Cuáles fueron las presiones que Tom tuvo para hacer el amor por primera vez?	GRANDES ESPERANZAS ¿Qué fue lo que le salió mal a Tom después de que hizo el amor por primera vez?	EL TRIÁNGULO ¿Por qué sufre Tom? ¿son demonios? ¿es SIDA? es <i>chiraa</i> *?
EL CURANDERO ¿Puede el curandero o la religión curar a Tom del SIDA?	RECHAZO ¿Por qué Mike, el hermano más joven de Tom, le dio una patada en la boca cuando estaba en el suelo?	DELIRIO ¿Por qué Tom trató de suicidarse?

* *Chiraa* es una enfermedad tradicional de la cultura Luo que resulta de romper un tabú cultural. Si no se trata a tiempo haciendo ciertos rituales culturalmente prescritos, la muerte será la consecuencia inevitable. Evidentemente, la pandemia de VIH y de SIDA en el occidente de Kenia se complica por estas creencias tradicionales, además de otras como la herencia de la mujer por un hermano del marido cuando éste muere; y *Ke*, la realización obligatoria del acto sexual por todos los miembros inmediatos de la familia antes de que las personas se retiren después de un funeral.

Tabla 1. Las preguntas del tablero guía.

⁶ Los símbolos fueron diseñados y pintados por un artista local (que es también maestro de primaria), y por lo tanto estaba en contacto con la comunidad.

Las nueve preguntas centrales son seleccionadas y formuladas con mucho cuidado para llegar al meollo de los objetivos específicos del proyecto CRUSH de prevención del SIDA. Las preguntas se formulan de tal forma que resulten provocativas y atractivas, por lo que permiten discusiones informales entre los miembros de la comunidad y con nosotros desde el momento en que llegamos y colocamos el tablero guía en su lugar.

El papel del conductor y del actor/maestro

El conductor desempeña el papel de puente entre los actores/maestros y la comunidad, para ayudar a la comprensión y participación. Su papel es crucial para la implicación activa de la comunidad. Después de que se actúa cada una de las nueve escenas, el conductor anima a los miembros de la comunidad a participar ellos mismos en la obra. Poniéndose en el lugar de las distintas situaciones difíciles en las que se encuentran los personajes, los miembros de la comunidad pueden tratar de impedir que contraigan el VIH (véase el Cuadro 1).

Esto permite a los participantes verse a sí mismos desde la seguridad de “otra persona”. En lugar de sentirse expuestos y vulnerables, como sucede con frecuencia cuando somos nosotros mismos, bajo el disfraz y protección de un papel podemos explorar y expresar actitudes y emociones sin miedo a que se rían de nosotros. El conductor o conductora debe expresar siempre una actitud abierta y genuina, un humor, un igualitarismo y una falta natural de autoritarismo, si quiere establecer y después mantener una relación significativa con la comunidad.

Cuadro 1. El TEP en acción.

En un momento dado la comunidad ve una escena en donde uno de los miembros de la pareja tiene el VIH (en este caso una enfermera, Joan, la hermana de Tom), mientras que su esposo no está infectado. En el drama, el dilema del marido es si debe permitir que Joan siga siendo su esposa o si debe insistir en que ella se vaya de la casa. Después de la escena, la comunidad se inclinaba fuertemente por que ella no debería permanecer con su marido, sobre todo porque todavía no tenían hijos. No obstante, un pequeño número de personas sentía que su esposo debía seguir con ella. Una persona del público sugirió que un amigo debía hablar con él. El conductor le pidió que fuera a ayudarles y que tomara el papel del amigo. El amigo le habló al marido por espacio de 20 minutos, durante los cuales el público permaneció profundamente atento. Poco a poco, el marido empezó a reconsiderar la situación y, finalmente, accedió a que podía ser capaz de seguir viviendo con su esposa y de usar condones. Esto suscitó el aplauso espontáneo del público. En la discusión posterior, el conductor preguntó al público qué es lo que les había hecho cambiar de parecer y ellos repitieron algunos de los argumentos que el amigo había utilizado, es decir, que el matrimonio no era sólo para tener hijos, que él no se había casado con ella sólo por sexo, que si estuviera enfermo le gustaría que ella lo cuidara y se preocupara por él, etc.

En otra ocasión, Samuel, el padre de Tom, un hombre de mediana edad, convencional y quizás el personaje más difícil para que la comunidad pudiera hacerlo cambiar de parecer, fue persuadido por un miembro de la comunidad que tomó el papel de un consejero del SIDA, de que Tom no era víctima del *chiraa* sino del SIDA y que debía recibir el tratamiento adecuado en el hospital. Los argumentos detallados, las ideas sensibles y la verdad persuasiva que el miembro de la comunidad llevó al drama habían sido tan convincentes que el actor/maestro fue capaz, siendo fiel a su papel, de cambiar su postura.

En el caso de estos dos proyectos TEP, los dos miembros del equipo de cuatro organizadores que hablaban la lengua local actuaron al inicio como conductores. Con el tiempo, capacitaron a los miembros de los grupos de jóvenes que se propusieron como voluntarios para desempeñar este papel. En proyectos TEP subsecuentes, los conductores han sido promotores de salud comunitaria de las aldeas de la región, que también se han propuesto como voluntarios.

**Cuadro 2. Una escena de *Positive People* (Gente seropositiva):
El proyecto TEP del grupo de jóvenes Apondo.**

Las 12 personas seropositivas están en un centro de orientación del SIDA. A los miembros de la comunidad se les da entonces el papel de sus orientadores. El proyecto permite a la gente elegir la historia que quieren escuchar primero y a quién desean orientar primero.

Un hombre anciano y escéptico, que no cree en la existencia del SIDA, carraspea de repente. No sabe leer ni escribir, pero le atrae la historia del carpintero de la aldea, quien, a la muerte de su hermano mayor, es forzado por los ancianos a heredar a la viuda. Le atrajo este personaje por el diseño gráfico simbólico que ilustra el dilema del carpintero. Un silencio repentino se apodera de los 400 miembros de la comunidad. He aquí un sabio de la aldea cuyas palabras sobre la tradición y las costumbres son intachables. Él se pone a explicar la filosofía que está detrás de la herencia de la mujer de manera lenta pero decidida, citando una profusión de sabiduría ancestral eterna. El anciano se sienta después de 20 minutos y no hay duda en las mentes de la gente de que la herencia de la mujer está totalmente libre de culpa, en lo que concierne al SIDA.

El carpintero empieza a contar su historia a una comunidad que muestra mucho interés. No hay nada extraño en su vida. Su historia es la historia de la comunidad, hasta que cuenta cómo descubrió que su hermano mayor, cuya mujer tuvo que heredar, se suicidó después de haber sido diagnosticado con SIDA. Sin aflicción, declara que desde entonces él mismo ha resultado ser positivo, junto con su primera esposa, el último bebé que tuvieron y la segunda esposa que heredó de su hermano. Nadie se atreve a decir una palabra por largo tiempo, hasta que un estudiante adolescente empieza a señalar las contradicciones de la herencia de la mujer. Durante la siguiente media hora hay una acalorada discusión entre el joven y los ancianos. Lo que se aceptaba antes del drama como astucia es reconstruido lentamente a la luz del SIDA. Parece que la situación llegó a un callejón sin salida, hasta que una mujer da un paso adelante. El conductor se da cuenta de ella inmediatamente, pues es raro que una mujer se levante para externar su opinión en cuestiones tan importantes en esta aldea. Ella muestra un ángulo distinto en la discusión entre el joven y los ancianos, desafiando las suposiciones de la tradición y de las costumbres acerca del lugar de la mujer en el matrimonio y en la sociedad. El SIDA se pone en un plano secundario por un momento, mientras que la atención se centra totalmente en los derechos de la mujer para heredar propiedad, incluyendo la tierra. La gente escucha, discute, se atreve a ponerse en el lugar del carpintero en esta encrucijada de su vida. Se hacen intentos de cambiar el resultado de los acontecimientos. Esto culmina en un aplauso generalizado cuando el anciano que inició la discusión declara que ha sido convencido por un doctor (papel que desempeñó otro miembro de la comunidad) de que el SIDA realmente existe.

Los actores/maestros deben ser capaces de interactuar con cualquier personaje que la comunidad juzgue necesario en sus tentativas por resolver el dilema particular, por ejemplo un vecino, un pariente, un anciano, un jefe, un consejero, un doctor, un curandero, un compañero, etc. También deben mostrarse abiertos para cambiar de actitud y/o comportamiento, ya sea parcial o totalmente, pero sólo cuando la comunidad haya

presentado argumentos lo suficientemente convincentes. Cuando esto ocurre, el resultado invariablemente son los aplausos espontáneos y la celebración. Esos son los momentos que apreciamos, cuando nos damos cuenta de lo que realmente se trata el TEP y de lo que puede lograr con cualquier comunidad (Cuadros 1 y 2).

Como siembre, el actor/educador tiene que determinar qué tan lejos desea mover los límites de lo que es aceptado culturalmente en un lugar dado, sin comprometer por ello la integridad, la verdad y los principios del tema. Esto tiene una relación directa con la utilidad del teatro en este campo de la educación de la comunidad, pues es a través de esto

como se puede lograr un cambio social real. En esta comunidad de la etnia Luo, la gente no habla con frecuencia abiertamente acerca del sexo y de la sexualidad, aunque durante el TEP fueron capaces de hablar libremente acerca de ello en las reuniones de la comunidad con gente de ambos sexos, de todas edades y de la mayoría de las clases sociales (Cuadro 2). Estos proyectos han demostrado el poder del teatro para atravesar las barreras culturales y permitir la comunicación.

Conclusión

No sabíamos de qué manera iba a ser recibida esta iniciativa de TEP por la comunidad. Había muchos riesgos para todos nosotros, pero en los hechos resultó ser muy exitosa, tanto ante públicos numerosos en comunidades (más de 400 personas), como en las escuelas secundarias con un público igualmente numeroso. En seis meses ninguna representación ha sido igual a otra. El público siempre introduce en la situación dramática posibilidades nuevas y emocionantes, motivando un sentimiento de fuerza y de éxito en donde anteriormente se habían sentido impotentes y confundidos.

Ahora nuestro objetivo es que los proyectos de TEP se integren cada vez más al trabajo que realizan las ONGs y otras organizaciones involucradas activamente en la utilización del DRP, no sólo en el campo del VIH y del SIDA, sino en cualquier otro campo de desarrollo que implique el trabajo y la interacción con la gente. Sin embargo seguimos poco seguros acerca de hasta qué punto se puede llegar a un cambio de conducta en un proyecto de corto plazo. Es un asunto muy difícil y hay muchas interrogantes que deben explorarse aún más. Siguiendo con nuestro trabajo de preparación y de seguimiento, esperamos establecer un sistema efectivo de evaluación para resolver las dudas que quedan.

UN ENSAYO PARA LA REALIDAD¹

La utilización de la actuación para transformar las actitudes y la conducta en la lucha contra el SIDA y contra el abuso sexual de mujeres jóvenes

Entrevista con Rose Mbowa², realizada por Alice Welbourn

Antecedentes

La profesora Rose Mbowa tiene muchos años de experiencia en la aplicación del arte dramático y de la actuación en el desarrollo comunitario. Es evidente la capacidad de estas técnicas para permitir que la gente cuestione su situación presente en un ambiente seguro, y que piense en las formas en que puede su conducta. Pero es difícil encontrar un desafío más apremiante que el relacionado con las actitudes y el comportamiento hacia el sexo. Durante los últimos cuatro años, Rose Mbowa ha estado trabajando en el desarrollo de un paquete de capacitación llamado “Stepping Stones”, que tiene justamente este objetivo.

Experiencias con “Stepping Stones”

Desde que salió al público “Stepping Stones” (véase la información adicional, en la p. 196 de este libro), la profesora Mbowa ha capacitado a personal y voluntarios de diferentes organizaciones ugandesas como conductores. La entrevista con Rose Mbowa que se presenta a continuación se realizó en el mes de mayo de 1996, poco después de que ella y su equipo habían terminado un curso de capacitación con trabajo de campo en Entebbe, una población situada aproximadamente a 40 minutos en auto de Kampala, la capital. Los nuevos conductores tuvieron la oportunidad de experimentar directamente, coordinando su propio taller con la población local de Entebbe, como parte de su capacitación. Los participantes del taller de Entebbe formaban dos grupos de hombres y tres de mujeres. El

¹ Mbowa, Rose (1997): *Rehearsing for Reality: Using Role-play to Transform Attitudes and Behaviour in the Fight Against HIV and Sexual Abuse of Young Women*. Basado en una entrevista realizada por Alice Welbourn con la profesora Rose Mbowa. Este es un artículo original (publicado por primera vez en la versión original en inglés de este libro). Una versión más corta de este artículo aparece en *PLA Notes* núm. 29, IIED, junio de 1997 (disponible en HED, 3 Endsleigh Street, London WC1H 0DD, Reino Unido).

² Directora del departamento de música, danza y teatro, Universidad Makerere, P. O. Box 7062, Kampala, Uganda.

curso de capacitación y el taller se llevaron a cabo en un periodo de aproximadamente un mes.

Fragmento de la entrevista

P: Hablemos ahora de los grupos que usted acaba de capacitar y que participaron en el taller de “Stepping Stones” en Entebbe. ¿Con cuántos grupos trabajó usted?

RM: Teníamos cinco grupos. Dos de hombres y tres de mujeres. Uno de los grupos de mujeres estaba formado por las más jóvenes, quienes se resistían a que se les llamara niñas o bebés, y que tenían entre diez y trece años. Otro grupo de mujeres tenían de 14 a 16 años. Después estaba el otro grupo de mujeres de más edad, con edades que variaban. Algunas eran maestras de alrededor de 30 años de edad. Había también dos chicas en ese grupo que sentían que no cabían en el grupo de 14 a 16 porque eran trabajadoras: trabajaban con sus madres en las tiendas. Y después teníamos el grupo de hombres jóvenes de entre 13 y 17 años de edad. Y el grupo de los hombres viejos, que realmente no eran viejos, porque tenían todos treinta y tantos. Creo que todo fue arreglado por una dirigente política, una mujer del Comité de Resistencia. Ella organizó a sus compañeras, un grupo de mujeres con las que tiene una relación cercana. Vimos que las chicas más grandes y las otras más jóvenes, todas provenían de la misma escuela, dirigida por estas mujeres.

P: Usted dijo que tenía tres grupos de mujeres y que el grupo más joven era el de estas chicas de entre 10 y 13 años. A algunas personas les sorprenderá que chicas tan jóvenes se involucren. ¿Podría explicar cómo se dio esto?

RM: Por supuesto, también a nosotros nos sorprendió que esas chicas estuvieran ahí, pero habían formado su propio grupo y querían quedarse. Por supuesto nuestra primera reacción fue “estas niñas son demasiado pequeñas”, pero sus padres también dijeron que querían que ellas participaran. Bueno, algunas de ellas eran huérfanas y estaban a cargo de algunos de sus parientes. Algunas, tal vez una o dos, tenían a sus padres, pero en general las personas mayores sentían que ellas debían participar, pues ya estaban al tanto del asunto, gracias a los cursos de educación de la salud que llevan en la escuela primaria. Así que su participación en este taller no sólo trataría de sus problemas inmediatos, sino también de los que iban a encontrar en el futuro. A ellas les pareció muy útil.

P: ¿Podría hablarnos un poco acerca de los antecedentes de algunas de las chicas más jóvenes del grupo de mujeres de más edad?

RM: La mayoría de las chicas de entre 10 y 13 años y también de entre 14 y 16 son huérfanas, que viven quizá con su tía, o con sus hermanas y algunas con amigos. Esta es la razón por la que tienen esta escuela voluntaria en el centro de Entebbe que está dirigida por estas mujeres. El ayuntamiento está tratando de apoyar a estas mujeres. Creo que les da sólo 10,000 chelines al mes, para brindar a estas niñas un poco de educación. Para muchas de ellas, estas maestras son las únicas personas a las que pueden recurrir para obtener algún tipo de orientación en la vida. Uno de los problemas que salió a la luz, tanto en el grupo de chicas más pequeñas como en el de las un poco mayores, fue que no tenían a nadie con

quien comunicarse. Nunca habían tenido a nadie, nunca habían recibido ningún consejo en sus vidas acerca de cómo comportarse, especialmente en medio de este problema del VIH y del SIDA y muchos otros problemas. Hay una chica, por ejemplo, que dijo que cuando tuvo su regla por primera vez, había sentido tanto miedo, no tenía idea de lo que le estaba pasando. Nunca había tenido a nadie con quien hablar. Cuando vio sangre se asustó mucho. Así, este taller fue una gran oportunidad para ellas; de tener gente con quien relacionarse todo el tiempo y de poder examinar sus preocupaciones, de hablar de ellas mismas, de compartir sus necesidades, sus problemas.

P: ¿Y estas chicas ya tienen novios, o tienen relaciones sexuales?

RM: Las de 14 a 16 años parece que todas han sido abusadas sexualmente; no es que tengan novios, pero todas han sido abusadas.

P: ¿Por quiénes?

RM: Por los hombres de la sociedad, de su comunidad. Pues la mayoría de ellas, todas, tienen que hacer algo para... seguir viviendo. Cuando vuelven a casa después de la escuela, les dan algo de comida preparada, o cruda, para que se la lleven al mercado a vender, y a veces ya es de noche cuando regresan a casa. E incluso si no es de noche, de alguna manera, de algún lugar aparecen hombres que las atacan en el camino. Durante el tiempo que estuvimos en Entebbe mandaron a una niña a una tienda en uno de los pequeños centros de comercio de donde algunas de estas personas provenían. Un hombre saltó sobre ella cuando iba hacia las tiendas. Afortunadamente la niña gritó y fue rescatada por otro hombre que había empezado a sacar sus mercancías temprano. A este hombre se lo llevaron a la policía cuando estábamos con nuestra *“última asamblea comunitaria”* (parte del taller de *“Stepping Stones”*). Este fue entonces sólo un ejemplo de las cosas de las que habían hablado, cosas que les sucedían a todas. A esta niña la mandaron un día a la tienda, pero la mayoría de estas muchachas tienen que ir al mercado todos los días, a llevar comida de sus casas y venderla, para tener dinero que les ayude con sus libros, etc., para sus necesidades. Cuando hicieron su *“solicitud a la comunidad”* (parte del taller de *“Stepping Stones”*), estas chicas les pidieron a sus padres, a sus tutores, que les dieran lo suficiente para cubrir sus necesidades.

La utilización del teatro para hablar acerca de las necesidades

P: ¿Cómo hicieron está solicitud a la comunidad?

RM: A través del teatro. Era una obra en la que estas chicas se presentaban a sí mismas con unos viejos ricos que eran sus amantes y que les daban dinero. Los amantes encontraban que ellas eran presa fácil. Y ellas tenían amantes porque con ellos podían satisfacer sus necesidades. Después se metieron en problemas. En la *“última asamblea comunitaria”* (parte del taller de *“Stepping Stones”*, en donde cada grupo de participantes presenta una solicitud especial al resto de personas de su propia comunidad), había algunas mujeres y hombres en el público que no habían participado en el taller, pero que fueron invitados a esta reunión para que vieran lo que todos habían

hecho. Entonces se pusieron a discutir todo este problema en ese momento. Una de las chicas que estaba presente había estado en el taller desde el principio, pero había dejado de ir poco a poco. Siempre se preguntaba: “incluso si ellos nos dan eso, ¿será suficiente?” Decía que incluso si los padres o los tutores pudieran darles algo, ella pensaba que ellos no tenían suficiente dinero para poder satisfacer todas las necesidades de ellas. Por lo que creo que su propia solución fue que ellas tenían que trabajar, poder trabajar ellas mismas. Pero ahora que trabajaban estaban encontrando problemas también.

La obra que representaron las más pequeñas también mostraba los problemas del trabajo. En su obra, mostraban cómo los niños se quedaban en casa con su madre, pero resulta que una niña no era de esta mujer, y ella la hacía trabajar y trabajar y no le daba suficiente comida, por lo que fue presa fácil para el hombre que se apareció... Ella estaba simplemente aislada, muy expuesta al peligro. Así, la solicitud de las pequeñas es la de ser amadas, y al mismo tiempo no ser expuestas a ningún tipo de relaciones sexuales, pues ni ellas ni sus cuerpos están preparados para tener relaciones todavía. Entonces el alcalde y sus funcionarios se comprometieron a fortalecer las oficinas de trabajo social en donde se pudieran tratar los problemas de estas niñas. Esta oficina no funcionaba muy bien en el pueblo y casi no tenía personal. Así que en esta “*última asamblea comunitaria*” el alcalde se comprometió a apoyar esta oficina y a poner en ella a todo el personal que fuera necesario, pues había todos estos problemas en la comunidad, de niñas que eran abusadas sexualmente y en general de niños que requerían que sus necesidades más inmediatas fueran satisfechas. De esta manera habría un lugar al que podían acudir con sus problemas.

P: ¿Y el alcalde y las otras gentes eran conscientes de estos problemas que tenían las jóvenes de su comunidad?

RM: Las otras gentes sí eran conscientes. Este señor sólo vino a dar su discurso, así que la verdad no sabemos lo que ya sabía o lo que no sabía. Lo que le sorprendió más fue que todas estas niñas, incluso las más pequeñas, fueran capaces de identificar sus propios problemas y de articularlos y presentarlos a este nivel. El foro que utilizamos, esta “*última asamblea comunitaria*” fue bueno pues les permitió a las pequeñas, estas chicas de entre 10 y 13 años, participar completamente. De hecho, lo que le sorprendió al alcalde es que estuvieran hablando acerca de la realidad: todo lo que vio era la pura verdad. Los chicos pedían que las chicas no usaran minifaldas, pues si las usaban los excitaban y empezaban a desear tener relaciones con ellas. Esto se discutió y por supuesto se trató de convencer a las chicas de que no usaran minifaldas en todos lados, aunque, bueno, sí hay ocasiones en que es adecuado usarlas, pero si lo hacen deben saber los riesgos que esto implica.

P: Pero entonces ¿no suena esto más bien a algo así como si los chicos dijeran “es culpa de las chicas, no nuestra”?

RM: Lo que los chicos dicen es que cualquier chico se excita al ver una chica hermosa, se siente atraído hacia ella, pero que la minifalda expone tanto de ellas que sienten que quieren ver ¡todavía más de ellas! Esa fue su solicitud. Pero por supuesto, entonces la comunidad dijo que había libertad, libertad para que la gente actúe como quiera, pero que las chicas debían saber que no debían caer en cualquier moda, debían saber los riesgos que

corren al ponerse cosas como esas. Especialmente si sabían lo que habían mostrado en las obras, incluso las más pequeñas, con los problemas que tenían al ser abusadas sexualmente en la misma comunidad. Si las chicas se topan con estos hombres que no están bien de la cabeza y las encuentran en minifalda, simplemente las atacarían. La solicitud de las mujeres (en la “*última asamblea comunitaria*”) era que sus maridos regresaran a casa temprano y que les fueran fieles, que no huyeran con otras mujeres. En su obra mostraron a una mujer que estaba olvidada en su casa, siempre estaba en casa, trabajando mucho, y, claro, conforme las mujeres trabajan, se van volviendo viejas. Así que el hombre sale y trae a otra mujer a su casa, y se la lleva a su cuarto. Y entonces lo que ella dice es que también debería ir a buscar a otro. Entonces sale y trae a otro hombre y se quedan en la sala mientras que el esposo está en la recámara. Cuando el marido sale del cuarto y la encuentra con este hombre, con quien todavía no ha habido nada, se pone como loco, hay una pelea, y demás. Entonces todo ese tema se discutió también.

P: ¿Cuál era la solicitud de los hombres de más edad?

RM: La solicitud de los hombres de más edad era que las mujeres fueran fieles. Este es un ambiente urbano, y uno de los problemas que encontramos desde el principio en Entebbe es que el hombre regresa y después se va a la cantina a beber. La mujer, por su puesto, al quedarse abandonada en la casa también sale a otro lugar a beber y los hijos se quedan solos. En una de las obras de las mujeres se presentaba a un niño que se convertía en drogadicto, la niña se embarazaba y los padres tenían que resolver todos los problemas volviéndose a unir de nuevo.

P: Entonces, ¿cuál es su impresión general sobre “Stepping Stones”?

RM: ¿Sobre “Stepping Stones”? Es eficaz. Es una herramienta eficaz, manual. Un trabajo básico que inspira a las comunidades a considerar sus necesidades y a reunirse realmente para discutir sus problemas. Es realmente muy, muy útil para que las personas de la comunidad tomen el control de los asuntos que les incumben. Ha ayudado, ha cambiado a la comunidad de Masaka (en donde tuvimos nuestro primer taller) y creo que incluso en Entebbe también. Por ejemplo, una chica casada llegó al taller y dijo “voy a hacer la prueba”. Escuchó las soluciones que dieron algunas de sus compañeras a los problemas que ella tenía con su marido en la cama, etc. Hizo la prueba, y le resultó útil. Después se fue y probó el condón. Cuando le preguntó al marido, él le dijo “¿Eh?, ¿de dónde sacaste esto?”, y ella dijo: “de Stepping Stones” y el hombre dijo “yo había oído hablar del condón hace mucho tiempo, pero tenía miedo de decírtelo pues sabía que dirías que yo estaba durmiendo con otras. Esa es la razón por la que nunca compré un condón”. Entonces se fueron inmediatamente con su vecino que tenía condones, les dieron unos, los probaron y ahora los usan. Así, que esto es una manera de cambiar actitudes. Es muy bueno... Y puede funcionar en cualquier comunidad, pues permite a las gentes enfrentar su *propia* realidad individual, por lo que no está limitado a ningún contexto particular. Creo que se puede entrar a cualquier comunidad, ya sea de niños, ya sea de mujeres, ya sea de prisioneros, sea lo que sea, y les ayudará. Incluso si es europea, india, africana, o lo que sea.

Yo lo disfruto porque también me ayuda enormemente. Una cosa aprendí: nunca había escuchado a la gente. Me hizo comprender que mi capacidad para escuchar es mala, y me ha dado la oportunidad de ponerle atención a eso. Y como conductora es importante desarrollar mucho mi capacidad para escuchar. Me ayudó enormemente a mejorar mi relación con mi hijo. Ahora nos escuchamos mucho.

El cambio de perspectivas, el cambio de conductas

Esta entrevista con Rose Mbowe se llevó a cabo poco después del taller de capacitación que se llevó a cabo en Entebbe. Pero, como todos sabemos, la gente puede llenarse de buenas intenciones de cambio durante un taller, y después los grandes planes empiezan a desvanecerse. Una evaluación del taller está prevista para septiembre de 1997, y esperamos oír cuales fueron sus efectos de largo plazo.

Mientras tanto, regresamos a la comunidad por una tarde tres meses después de que el taller había concluido, a finales de julio de 1996. Y fue muy alentador escuchar la siguiente información que nos dieron treinta de los participantes del proyecto original que decidieron asistir a la reunión:

Durante esta sesión le pedimos a cada grupo que pensara tres cosas: qué cambios se habían dado en la comunidad desde el taller; si se reunían todavía como grupo y cómo lo hacían; y que nombraran 3 cambios importantes que les gustaría ver en su comunidad en el transcurso del próximo año. Por medio de dibujos que les ayudaron a discutir estas preguntas, cada grupo trabajó solo y después presentó sus ideas a todos. Sus ideas se muestran en la tabla del Apéndice.

Conclusión

Esta primera retroalimentación que tuvimos de la gente de Entebbe que había participado en el taller de “Stepping Stones” es muy alentadora, en cuanto a que sus comentarios están enfocados sobre todo a un cambio de perspectiva: una conciencia personal y de grupo de posibles maneras de comportarse que son distintas de las que habían tenido antes. Además, como tanto adultos como jóvenes, hombres y mujeres, habían participado de igual manera en el taller, no hubo la sensación de que las mujeres se aliaran entre ellas en contra de los hombres, o de que las necesidades de los jóvenes invalidaran a las de los adultos. Al contrario, ha habido un amplio desarrollo de la conciencia de la comunidad respecto a las necesidades de *los otros* de la misma comunidad. Y esto a su vez, hasta cierto grado, ha permitido un cambio real de conducta. Los cambios de actitud se han traducido en acción, como la pareja que ahora puede usar condones, como los hombres que ahora han decidido quedarse con una sola pareja, como las chicas que ahora son capaces de tener relaciones con chicos basadas en la amistad más que en el sexo. El hecho de que estas cuestiones, basadas en las necesidades de los miembros más vulnerables de la comunidad, y no sólo en las de los dirigentes, puedan ahora incluso ventilarse y discutirse en público es muy sorprendente. Y de manera recíproca, el mismo proceso de que estas distintas necesidades

se reconozcan y se acepten públicamente refuerza la posibilidad de un cambio de conducta en estas personas y en otros miembros de la comunidad.

Por supuesto, hay todavía mucho que podría cambiar en esta comunidad. Las chicas de entre 14 y 17 años, por ejemplo, todavía suenan como que van a ser todavía muy dependientes de los hombres para su bienestar económico, lo que podría ocasionar problemas si ellos no se ajustan a sus planes de cambio. Esto pone en relieve la importancia de reconocer que el cambio no ocurre de la noche a la mañana y que un taller de este tipo sólo debería verse como un pequeño principio en un proceso de cambio de largo plazo. Pero es importante para nosotros como promotores del desarrollo recoger estas ideas y trabajar con los miembros de la comunidad para permitir que traduzcan sus esperanzas en acciones. El ensayo para la realidad es una gran manera de empezar. Mantener esta realidad es el próximo desafío.

Reconocimientos

El taller de capacitación de Entebbee fue conducido por la profesora Rose Mbowe junto con Baron Oron. El taller fue financiado por Redd Barna Uganda y organizado por ACTIONAID Uganda. Queremos agradecer también a los miembros de la comunidad de Entebbee que participaron en el taller y en la reunión de seguimiento; y a Lauren Oliver que transcribió la entrevista con Rose Mbowe e hizo una edición preliminar de su contenido.

Apéndice

Taller de “Stepping Stones” en Entebbee, Uganda: Resultados de la sesión de seguimiento que se llevo a cabo tres meses después del taller, en julio de 1997.

GRUPO	¿QUÉ HA CAMBIADO?	¿TODAVÍA NOS REUNIMOS?	CAMBIOS QUE NOS GUSTARÍA VER DURANTE EL PRÓXIMO AÑO
Niñas de entre 10 y 13 años:	1. Ya no usamos minifaldas. 2. Ahora hay <i>amistad</i> entre los chicos y las chicas, no sexo. 3. Ahora ayudamos con gusto a nuestras tías o tutoras. Ahora tenemos una mejor relación con ellas.	Compartimos nuestras experiencias con otras compañeras de la escuela y les enseñamos algo de lo que hemos aprendido.	1. Queremos ver en el futuro que todas las chicas rechacen el dinero que les ofrecen los chicos. 2. Queremos ver que en el futuro todos los que aprendieron acerca del condón les enseñen a otros, que les enseñarán a otros. 3. Queremos ver que el marido le ayude a su esposa con su trabajo y ella a él y que entonces salgan a pasear juntos, para que todo mundo sepa que están casados.
Hombres mayores:	1. Ya hemos empezado a utilizar condones. 2. Les hemos enseñado a otros cómo utilizarlos. 3. Aunque hemos aprendido sobre los condones, hemos decidido ser fieles y trabajar juntos, apoyándonos mutuamente en nuestros matrimonios.	Nos reunimos una vez cada quince días desde el taller. Invitamos a otros hombres a la reunión, pero éstos no asisten regularmente.	1. Queremos que muchas más personas aprendan a utilizar los condones y a deshacerse bien de ellos, tirándolos en las letrinas. 2. Queremos que más personas se capaciten y que más personas se conviertan en instructores. 3. Para que en el futuro podamos ver al papá, a la mamá y a sus hijos juntos por las noches.
Hombres jóvenes:	1. Les enseñamos a nuestros amigos a utilizar el condón. 2. Otros jóvenes han aprendido a utilizarlos. 3. Nos negamos a beber cerveza en esos días.	Todos somos estudiantes. Formamos un grupo después del taller. Nos reunimos regularmente los fines de semana.	1. Queremos ver que todos los hombres planeen el futuro antes de morir, para que las esposas puedan tener una casa bonita para vivir. 2. Queremos ver que tengamos dinero para construir un hogar para nuestros padres. 3. Queremos estudiar mucho y obtener certificados.

Muchachas de entre 14 y 17 años:	1. Yo he dicho: “No, no quiero tener relaciones, estoy muy chica todavía”. 2. Yo he dicho: “No quiero tu dinero”. 3. Yo he dicho: “Tía, todavía no quiero casarme”.	Nunca más nos hemos reunido formalmente después del taller, pero ahora nos sentimos más cerca, incluso en la escuela. Pero compartimos consejos con otras chicas de la escuela.	1. Algunas de nosotras queremos terminar nuestros estudios y casarnos. 2. Algunas de nosotras queremos terminar nuestros estudios y conseguir un trabajo. 3. Algunas de nosotras queremos casarnos después de haber cumplido 18 años.
Mujeres mayores:	1. Tuvimos una reunión de “Entebbe United”: una reunión que tuvimos inmediatamente después del taller, para pensar acerca de cómo podíamos transmitir lo que habíamos aprendido a otras mujeres. 2. Fuimos a una aldea cercana, a 2.5 millas de distancia, donde organizamos un curso. Ahora mismo vamos a tener otra reunión allá sobre esto. 3. Creamos un grupo de mujeres con más o menos 31 mujeres.	Ver a la izquierda.	1. Tener más de estos talleres cerca de Entebbe. 2. Tener transporte para movernos por la zona, para poder organizarlos. 3. Tener más manuales en nuestra propia lengua; lograr hogares más estables, y reducir el número de huérfanos del SIDA.

LA TRANSFORMACIÓN DE LAS ACTITUDES HACIA LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES¹

La experiencia del proyecto Musasa

Sheelagh Stewart

“La violación es nada más y nada menos que un proceso consciente de intimidación por medio del cual todos los hombres mantienen a las mujeres en estado de temor”.

—Susan Brownmiller.²

“Chibaro significa verse obligado a hacer algo que uno realmente no quiere hacer, por alguien que es más fuerte que uno”.

—Un policía en el curso de capacitación de la ZRP, 1989.

El Proyecto Musasa es una organización no gubernamental que se creó para enfrentar los problemas de la violación y de la violencia doméstica en Zimbabwe. Su enfoque ha sido promover el cambio desde el interior de varias instituciones de la sociedad zimbabwense. En particular, los fundadores del Proyecto Musasa han trabajado de cerca con varias ramas de la Policía de la República de Zimbabwe (ZRP), para contribuir a la institucionalización de una respuesta efectiva a la violencia contra las mujeres.

Antecedentes

La idea del Proyecto Musasa empezó a principios de 1988, cuando yo y otras mujeres zimbabwenses, junto con Jill Taylor, una psicóloga, empezamos a discutir maneras

¹ Sheelagh Stewart (1996): “Changing Attitudes Toward Violence Against Women: The Musasa Project”, en: Sondra Zeidenstein y Kirsten Moore (comps.), *Learning About Sexuality: A Practical Beginning*, The Population Council, Nueva York, pp. 343-362.

² El conocido texto de Brownmiller sobre la violación se refiere a la existencia generalizada de lo que yo llamo “la cultura de la violación”. Algunos escritores estadounidenses contemporáneos han debatido la palabra *todos* en “todos los hombres”. De cualquier modo, no hay duda de que todas las mujeres temen a la violación (y con razón), y de que los cambios legales y sociales que paliarían esos temores no se han llevado a cabo de manera significativa, ni siquiera a un grado en el que el temor sea innecesario. Por lo tanto, yo abogo por la permanencia de la validez de la afirmación de Brownmiller.

posibles de enfrentar la violencia contra las mujeres, tal como se manifestaba en la sociedad zimbabwense. Nuestra meta inmediata era trabajar con el poder legislativo y con el sistema de procuración de justicia, para mitigar este problema. Nuestro trabajo empezó en serio cuando recibimos financiamiento en mayo de 1988 para realizar un proyecto piloto de 9 meses de duración, cuyo objetivo era establecer un modelo apropiado para un proyecto de seguimiento que trataría enérgicamente de cambiar actitudes comunes —en la población de Zimbabwe en general, y en la ZRP en particular— sobre la violencia contra las mujeres en Zimbabwe.

En un principio, Jill Taylor fue contratada de medio tiempo como la coordinadora del Proyecto de Orientación e Investigación sobre la Violencia contra las Mujeres, que era en aquel tiempo el nombre de Musasa, y yo trabajaba como voluntaria. Organizamos un curso de capacitación en técnicas de orientación y capacitación para 22 mujeres, que constituyeron el núcleo del proyecto. En 1989 decidimos rebautizar el proyecto como *Musasa*, que significa “albergue”³. El Proyecto Musasa tiene dos actividades principales: (1) Educación y asistencia públicas, que incluyen pláticas individuales con mujeres que han sido violadas, cursos de capacitación para las orientadoras de Musasa, y talleres para la ZRP y para representantes de otras agencias gubernamentales que tienen que ver con las violaciones y con la violencia; y (2) orientación (incluyendo asesoría legal) para las víctimas de violaciones, violencia doméstica e incesto.

Al momento de escribir esto, el Proyecto Musasa tiene 600 miembros, comités regionales descentralizados a lo largo y ancho del país (Musasa, 1994), y siete empleados asalariados de tiempo completo, incluyendo a una directora, una educadora, una abogada, un administrador - contador y personal de apoyo. Tan sólo en 1993, se dio orientación a 699 clientes.

El proyecto piloto

El proyecto piloto de Musasa fue un proceso interno que trató de determinar si había un problema con la violencia contra las mujeres en Zimbabwe, y, en caso afirmativo, de ver cuál era la mejor manera de abordarlo. Lo que hicimos fue entrevistar a más de setenta zimbabwenses que mostraban interés y preocupación por las violaciones y por la violencia doméstica, así como por las maneras apropiadas de enfrentar estos problemas. Entre los entrevistados hubo funcionarios del Ministerio de la Mujer, doctores, abogados, funcionarios de otras dependencias de gobierno, profesionales de la salud, académicos y miembros de la ZRP.

El proyecto piloto también incluyó sesiones de capacitación en las que se utilizó la investigación participativa bajo la forma de talleres y de “intercambios de capacitación”

³ “Lugar de descanso preferido por los viajeros cansados. Alojamiento temporal hecho por una familia, mientras construye su casa permanente”, de acuerdo con la definición de Match, 1993, 2).

para las orientadoras de Musasa y para los futuros instructores e instructoras. (En los talleres se usan métodos participativos de capacitación, es decir, se fomenta la implicación activa de los participantes a través de ejercicios de actuación, etc., pero involucran un menor grado de intercambio individual y tienen un plan más definido que los “intercambios de capacitación.”)⁴ Las contribuciones de los participantes en los intercambios de capacitación eran cruciales para determinar la naturaleza primordial del proyecto y para definir nuestro trabajo futuro con la ZRP⁵. Todos los entrevistados estaban dispuestos a hablar de la violencia doméstica, pero en verdad nadie quería abordar el tema de las violaciones. Al final del periodo piloto de nueve meses, todavía no habíamos visto si había una palabra en lengua shona para denominar la violación. Finalmente, en el último grupo de discusión, surgió la palabra *chibaro*.

Aparentemente, *chibaro* significa “violación” en shona. También es la palabra que describe el trabajo que los colonialistas imponían a la población local en lugar de impuestos, cuando la población no podía pagar en dinero. Esta definición nos dio una manera perfecta de introducir los temas de violación y de violencia doméstica en las sesiones de capacitación subsecuentes, gracias a su énfasis en el poder y en el abuso de poder. Es decir, en cualquier intento de cambiar las ideas y las actitudes con respecto a la violación y a la violencia contra las mujeres, es primordial entender que estas conductas implican un abuso de poder. El término *chibaro* es además algo que conlleva un sentimiento común, es decir, es algo que comparten hombres y mujeres, lo cual significa un puente para un mayor entendimiento y para un eventual cambio: Los hombres que violan a las mujeres no son diferentes de los gobiernos colonialistas que “violaron” a los zimbabwenses negros (explotaron su mano de obra). Casi todas las personas con las que he trabajado han podido establecer esta analogía, que se convirtió a partir de entonces en el punto de partida para el trabajo que hemos hecho sobre el tema de la violación.

La cultura de la violación

Con el fin de abordar el problema de la violencia contra las mujeres, los miembros del Proyecto Musasa nos pusimos a examinar y a entender la “cultura de la violación”, tal como existe en todo el mundo, y en particular en Zimbabwe.

⁴ La idea de los intercambios de capacitación era, por un lado, enseñar a los participantes cómo abordar las violaciones y la violencia doméstica, y, por otro, proveer un foro en el que los participantes pudieran aportar sus propias ideas y conocimientos —entre ellos y en beneficio de las instructoras— sobre estos temas en el contexto de Zimbabwe. Para permitir un intercambio de conocimientos y experiencias entre participantes e instructoras, la estructura de los intercambios de capacitación tiene recesos más prolongados, discusiones de grupo más extensivas, y mucho tiempo y estímulos para que se compartan las experiencias personales pertinentes.

⁵ Véase en Stewart (1992) una descripción a profundidad de cuándo y cómo se establecieron los vínculos entre la ZRP y Musasa, así como los detalles de los cursos de capacitación para la policía organizados por el Proyecto.

Un ejemplo interesante de esta convergencia entre la cultura universal de la violación y la local ocurrió cuando mostré *El Acusado* (una película estadounidense en la que una mujer es violada por varios hombres, mientras que otros hombres observan la escena con entusiasmo), al principio de un taller de cinco días sobre la violación y la violencia doméstica. En los cines de Zimbabwe suele reinar un ambiente interactivo, porque todo mundo participa, gritando ¡cuidado! o cosas por el estilo durante la proyección de las películas. En el taller, cuando ocurrió la escena de la violación colectiva, el público se identificó con los violadores aplaudiendo y gritando. A mí me pareció que este incidente ilustró una identificación profundamente arraigada y tal vez incluso universal con las ideas de a quién se viola y de quién es el culpable. El final de esta historia es un poco más alentador. Al final de la película, los participantes del curso estaban sumamente avergonzados por su “participación”, y el taller se convirtió en un excelente intercambio de ideas. En varios sentidos, esto se volvió la piedra angular del trabajo de Musasa a partir de ese momento: La creación de un espacio en el que la gente puede hablar libremente y cuestionar sus propias suposiciones desde adentro.

En Musasa, definimos a la cultura de la violación como un ambiente en el que las suposiciones y las actitudes tradicionales sobre hombres y mujeres alimentan discretamente una conducta que provoca o apoya la violación y la violencia doméstica. Estas suposiciones no se ponen en tela de juicio en una cultura de la violación, y penetran cada rincón de la sociedad, incluso los sistemas médico, judicial y jurídico. Estas actitudes están tan enraizadas y son tan insidiosas que la mayoría de la gente ni siquiera se da cuenta de cómo permite —e incluso a veces fomenta— que prospere la violencia contra las mujeres. El resultado es que las mujeres se sienten vulnerables y tienen miedo de los hombres —pero no saben por qué, o no siempre están conscientes de estos sentimientos—, y se culpan a sí mismas cuando son víctimas de un abuso. Además, sus atacantes, así como los que se supone que las *protegen* (es decir, los sistemas judicial y jurídico), también tienden a culparlas de ser víctimas.

La mayoría de los elementos de la cultura de la violación en el mundo siguen patrones reconocibles (por ejemplo, el culpar a la víctima de “mala” conducta, el invocar a las necesidades del hombre cuando sucede un abuso, o el aducir que la víctima estuvo de acuerdo en la actividad sexual u otro tipo de abuso). La mayoría de los sistemas jurídicos son cómplices de la cultura de la violación, ya que han establecido varios obstáculos para que se interponga una acción judicial exitosa en contra de los violadores (por ejemplo, el hecho de que se admita como argumento la historia sexual previa de la víctima⁶).

⁶ Estos impedimentos varían desde la regla del doble peligro (véase p. 165) hasta la prohibición de que se presenten cargos de violación al interior de un matrimonio, y han sido motivo de prolongadas discusiones en otros países (ver Commonwealth Secretariat, 1987).

La Cultura de la violación en Zimbabwe

La cultura de la violación suele mecerse sobre los dos pilares de las necesidades sexuales masculinas y el culpar a la víctima, pero la expresión particular de estos pilares en Zimbabwe está moldeada por la cultura y la historia de este país. Una de las facetas importantes de esta particularidad es el papel que desempeñaron las autoridades coloniales en la subyugación de las mujeres que estaban fuera de la economía monetaria y que eran por lo tanto revolucionarias potenciales. En esencia, yo diría que la Policía Británica del Sur de África permitió que la comunidad masculina negra “vigilara” a las mujeres negras imponiéndoles el miedo a la violación como una manera de controlar su movilidad y su autonomía. Vemos entonces que las actitudes y la conducta que se fomentaron durante el dominio colonial ayudaron a fomentar la cultura de la violación que existe hoy en día en Zimbabwe.

El culpar a la víctima

Una creencia frecuente es que las mujeres son violadas porque “lo piden”, tal como lo muestra el siguiente comentario:

“Yo puedo entender que las chicas que van a los nightclubs solas y en minifaldas sean violadas, pero yo iba con mi novio”.

—Mujer zimbabwense víctima de violación.

Esta afirmación demuestra que para una mujer es aterrador establecer el nexo entre un hombre trastornado en un callejón oscuro o una mujer en minifalda “mal portada” que “lo estaba pidiendo” y la idea de la violación como una forma institucionalizada de control sobre las mujeres. Es frecuente que las víctimas de violaciones busquen las evidencias que demuestren que ellas mismas contribuyeron al abuso, en parte porque esta es una creencia muy difundida, y en parte por lo aterradoras que son las implicaciones de una cultura generalizada de la violación.

En los numerosos talleres que hemos organizado, han surgido las siguientes razones de por qué son violadas las mujeres en Zimbabwe:

- Fuman.
- Se hicieron un peinado “permanente”.
- Caminan solas por la noche (y este es un país con una infraestructura de transporte deficiente, y en donde no es culturalmente aceptable que las mujeres anden en bicicleta).
- Viven solas (un eufemismo de ser prostitutas).
- Llevan minifalda.
- Llevan pantalones. (Durante la guerra por la liberación de Zimbabwe, varias de las “camaradas” llevaban pantalones, y esta actitud ante las mujeres que usan pantalones

en la actualidad es una muestra de cómo se ha devaluado ante los ojos de mucha gente su contribución en la lucha, de ser combatientes a ser simplemente simpatizantes y prostitutas.)

La prostitución

Una de las razones que se alega con mayor frecuencia para justificar una violación de una mujer en Zimbabwe es que “es prostituta”. En Zimbabwe, al igual que en muchas otras culturas, el uso de la palabra “prostituta” dice más del violador que de la mujer que éste ataca. Los tipos de mujeres que *no* son consideradas prostitutas son mucho menos que los tipos de las que *sí* son consideradas prostitutas. En términos generales, sólo las solteras que viven con sus padres y las casadas que viven con sus maridos *no* son prostitutas —aunque a ellas también se les puede poner esta etiqueta. Por lo general se cree que una mujer que quiere tener relaciones sexuales es una prostituta, mientras que una que no quiere tener relaciones es respetable. (Véase “ella estuvo de acuerdo”, p. 160).

En la sociedad zimbabwense, el ser “prostituta” implica ser totalmente marginalizada y excluida de todo tipo de apoyo, tanto social como material. Entonces, a pesar del hecho de que la prostitución nunca debería ser una justificación de la violación, esta etiqueta es un arma muy potente dentro del arsenal de la cultura de la violación. El aislamiento social es particularmente atroz en una cultura basada en las familias, los clanes y las comunidades, como es el caso de la cultura de Zimbabwe⁷.

El derecho de los hombres, la necesidad de los hombres y el abuso de poder

En Zimbabwe, así como en otras partes del mundo, la violación tiene una justificación de dos caras, que va más o menos así: (1) “Ella estaba fumando (usaba una minifalda, etc.) y yo no me hago responsable por mis acciones”; (2) “Mis instintos me dominaron y me vi obligado a tener relaciones con ella”.

“Los hombres necesitan sexo; se enferman si no tienen relaciones; entonces, si veo una mujer, no lo puedo evitar, necesito tener relaciones”.

—Participante de un taller para la ZRP.

En Zimbabwe hay un elemento adicional que complica la historia, tal como se sugirió antes: la historia de la explotación de la mano de obra negra por los colonialistas blancos.

⁷

Esta es una imagen tan deprimente de un control social sin escapatoria (sólo las prostitutas son violadas; por lo tanto, si tú fuiste violada, debes ser una prostituta; por lo tanto, estuviste de acuerdo; y, por lo tanto, no fue una violación), que vale la pena citar un ejemplo de uno de los juicios más avanzados en este ámbito en Zimbabwe. En un caso del tribunal de apelación, *El Estado versus Adam Bwanasi* (HC-B-28-87), el veredicto del juez fue que el hecho de que una mujer estuviera sola en un bar de noche no indicaba que fuera una prostituta; que, incluso si era prostituta, este hecho era irrelevante; y que “una prostituta en este tipo de circunstancias debería recibir el mismo trato que cualquier otro denunciante”.

“Envío a mi esposo a trabajar lejos. Luego vino esa noche y me dijo que mi trabajo nocturno era con él. Después de eso vino todos los días hasta que regresó mi esposo”.

—Jornalera zimbabwense que fue violada por su patrón y luego despedida.

Las mujeres negras han sido tradicionalmente las más vulnerables y a la vez las más amenazadoras en el esquema social colonialista: Las más vulnerables porque enfrentaban la doble opresión de raza y de sexo, pero también las más amenazadoras al orden colonialista porque operaban históricamente fuera de la economía monetaria y estaban por lo tanto fuera del control directo del sistema. Esta situación tuvo dos consecuencias: La violación frecuente de mujeres negras por hombres blancos, apoyada por la creencia de que las mujeres negras existían para servir a las necesidades de los hombres blancos; la negativa de la policía colonialista de tomar en serio las demandas de violación presentadas por las mujeres negras —ya sea en contra de hombres negros o blancos—, y la actitud de *laissez faire* de la misma policía, de dejar que la comunidad se hiciera cargo de sus propios problemas⁸.

El poder de las vírgenes

Los mitos sobre el poder de las vírgenes existen en gran número de culturas⁹ En Zimbabwe hay dos manifestaciones de esta idea. Una es los poderes curativos de una joven virgen para las enfermedades en general y para las enfermedades de transmisión sexual en particular. (Este mito ha tenido consecuencias atroces en el contexto del ritmo actual de propagación del virus del SIDA.) En el pasado reciente, cuando un hombre enfermo visitaba a un *ñanga* (curandero), éste solía prescribir como remedio que durmiera con una virgen. De igual modo, a los hombres que sufrían las consecuencias de la falta de lluvia o de una mala cosecha (o, en el contexto urbano, que tenían mala suerte en los negocios) se les recomendaba que durmieran con una virgen para mejorar su fortuna¹⁰.

⁸ Por lo general tampoco se tomaban en serio las denuncias presentadas por las mujeres blancas, a menos que estuvieran acusando a un hombre negro. Este fenómeno se describe, aunque en forma de ficción, en la novela de Harper Lee *Matar un Sinsonte* (*To Kill a Mockingbird*), en la que una mujer blanca casada acusa a un hombre negro inocente de violación. En realidad, era la acusadora la que trató sin éxito de seducir al hombre negro, y su padre la golpeó por ello (ver también Vogelmann, 1990).

⁹ El mito junguiano de la captura del unicornio se basa en el unicornio como símbolo de pureza y virginidad, al igual que en el uso de una virgen como la “carnada” que atrae al unicornio, que se somete y apoya su cabeza (y su cuerno) sobre el regazo de ella. Este mito está relacionado con los ritos de transición y la adquisición de fuerza. Y, desde cualquier punto de vista, el mensaje es claro: La doncella es la puerta, la ruta y el camino. No es nada por sí misma excepto bella transitoriamente, y el rito de transición para el hombre implica una pérdida para ella.

¹⁰ La Asociación de Curanderos Tradicionales de Zimbabwe (ZINATHA) niega que sus miembros hayan prescrito tal práctica y asegura que los culpables son curanderos sin registro.

La segunda es que, de acuerdo con los apostolés (una secta religiosa cristiana de Zimbabwe), el dormir con mujeres vírgenes acerca a los hombres a Dios, y el dormir con las hijas tiene un precedente bíblico.

“Cuando terminó me dijo que Dios sólo hizo a Adán y Eva, y que nosotros somos el resultado de que Adán se acostó con sus hijas, y es por esto que se acostó conmigo”.

—Mujer zimbabwense víctima de incesto.

Ella estuvo de acuerdo

“Las mujeres dicen ‘no’ cuando quieren decir ‘sí’”. Esta es la frase trillada más anticuada. Esta creencia es particularmente problemática cuando las líneas entre el sí y el no están borrosas —es decir, en situaciones en las que sí hay consentimiento por parte de la mujer. En Zimbabwe, esta falta de definición entre el sí y el no llega a su máximo, y las mujeres a veces dicen no cuando quieren decir sí, porque temen parecer unas “fáciles”¹¹. Ya hablamos de la definición de prostituta en Zimbabwe que lo abarca todo, y la mayoría de las mujeres zimbabwenses —posiblemente todas— temen que se les ponga esta etiqueta. El efecto de este temor en la conducta de las mujeres es que, incluso en una relación de respeto mutuo, cuando ambos quieren tener relaciones sexuales, una mujer generalmente dice no varias veces (a manera de un ritual), antes de que tenga lugar el coito. El decir que no es una muestra de respetabilidad y es una parte esencial de la relación, así como el uso de la fuerza (ritualizada), o al menos de la coerción, se considera como una prueba de hombría¹².

El legado colonialista: Un doble sistema judicial

Otro factor político-legal que ha contribuido a la confusión que rodea al “consentimiento” es el legado de un sistema doble de procuración de justicia, en el que había una jurisdicción colonialista manejada por los blancos que se encargaba de los delitos, y una jurisdicción tradicional, manejada por los jefes de las aldeas, que se encargaba de los daños. Los delitos, como el robo y el asesinato, son por lo general más serios que los

De cualquier modo, el hecho es que esta práctica subsiste (Taylor y Stewart, 1991; Stewart, 1992; Meursing *et al.*, 1993).

¹¹ Esto también sucede en otras partes del mundo. Por cierto que las campañas con el eslogan de “NO quiere decir que NO”, aunque son comprensibles, no dejan un margen para la complejidad de las normas culturales que rodean a los contactos sexuales. No estoy para nada sugiriendo que tales complejidades o normas culturales sean una excusa para la violación, sino más bien que si las mujeres que trabajan contra la violación no abren la discusión para tomar en cuenta la complejidad de las respuestas a una proposición o solicitud sexual (y en particular las respuestas que son específicas a las diferentes culturas), las víctimas de violación se encontrarán de nuevo culpándose a sí mismas por no dar mensajes suficientemente claros.

¹² Otra evidencia de este miedo a ser vista como prostituta es el uso de hierbas que se secan en la vagina; una vagina húmeda demuestra el deseo sexual e implica prostitución (Runganga, 1990; Meursing *et al.*, 1993).

daños, como la difamación. Mientras que los delitos pueden acarrear una sentencia de encarcelamiento o una multa que se paga al Estado, los daños se reparan generalmente por medio de un pago al individuo perjudicado. Los ataques sexuales pueden ser clasificados como “delitos”, como en el caso de una violación, o como “daños”, como en el caso de la “seducción” (véase Armstrong y Ncube, 1987). Durante las épocas del dominio colonialista, la seducción ocurría cuando un hombre que no podía pagar el *lobola* (el “precio de la novia” que debe pagar el novio a modo de dote) “seducía” a una mujer, por lo general con su consentimiento, pagaba daños nominales a su padre, y luego pagaba el *lobola* a lo largo de un cierto tiempo. Aunque esto resultaba más caro a la larga, este procedimiento de matrimonio le evitaba al novio la necesidad de pagar el *rusambo* (enganche, o cuota inicial) que normalmente había que pagar antes de que empezara la boda, y por lo tanto ponía el matrimonio al alcance de los hombres más jóvenes y con menos recursos.

Una consecuencia de esto es que muchas “violaciones” (relaciones sexuales sin el consentimiento de la mujer) se llamaban “seducciones”, por dos razones. En primer lugar, el pueblo quería manejar su propio sistema jurídico en la mayor medida posible, como parte de una resistencia generalizada al poder colonialista (con resultados desafortunados para las mujeres)¹³. En segundo lugar, en el caso de la seducción, el padre de la víctima era el que cobraba los daños, lo cual, por un lado, implicaba una fuerte tentación, y, por otro lado, parecía satisfacer los requisitos de la justicia local. Aquí, de nuevo, la mujer sufría severas consecuencias, pues bien podía acabar casándose con el hombre que la había violado. En el caso de violaciones, que eran de la incumbencia de la jurisdicción criminal colonialista, el violador iría a la cárcel, lo cual era por lo general visto como algo que no le hacía ningún bien a nadie.

Aunque en la actualidad el Estado se ocupa tanto de los delitos como de los daños, la historia reciente de Zimbabwe, en la que a la violación se le cambiaba el nombre por la más inocua seducción, ha exacerbado la confusión y ha contribuido a hacer aun más vaga la diferencia entre el sí y el no. La violación se ve como un acto de violencia sin consentimiento, mientras que la seducción —que generalmente es en los hechos lo mismo que una violación— se considera como una falta en la que el interés financiero del padre en su hija se ve vulnerado y a la que la mujer ha dado su consentimiento¹⁴.

¹³ Rwezaura (1985) ha observado un fenómeno similar en Tanzania y comenta: “El desarrollo y la transformación de la justicia tradicional durante el periodo colonial se caracterizaron por un proceso en el que la costumbre y la tradición se convirtieron en un medio utilizado por los líderes locales y las cabezas de familia para negociar con el estado colonial la conservación de una parte de su poder político en sus comunidades” (4).

¹⁴ Sin embargo, es importante hacer notar en el contexto de esta discusión que la noción de “consentimiento” bajo la ley africana tradicional es extremadamente problemática, porque, tal como lo señalan Armstrong y Ncube (1987), “los matrimonios realizados de acuerdo con la ley tradicional son frecuentemente matrimonios de grupo o familiares... La noción del consentimiento libre individual como tal pierde importancia ante los intereses más amplios de

Una estrategia para enfrentar la violación: El trabajo de Musasa con la ZRP

La estrategia inicial de Musasa para derribar la cultura de la violación de Zimbabwe fue tratar de institucionalizar una respuesta efectiva a la violación y a la violencia doméstica en las fuerzas policíacas y en varias ramas del sistema jurídico. El objetivo inicial del proyecto en este proceso era cambiar la manera en que los policías se comportaban en el ámbito profesional. Aunque era obvio que los policías eran una parte del problema de violencia contra las mujeres, porque trataban mal a las víctimas de violaciones y de violencia doméstica, también mostraban interés por enfrentar sus problemas en este renglón y por mejorar su manera de tratar esos casos. Durante el proyecto piloto, establecimos una excelente relación con los funcionarios de enlace con la comunidad de la ZRP. De otro modo, su respuesta al desarrollo subsecuente proyecto no hubiera sido tan positiva. Una vez que el Proyecto Musasa propiamente dicho se echó a andar, la ZRP siguió expresando interés en aprender cómo manejar los casos de violación y de violencia doméstica.

El contexto histórico de los cursos para la ZRP

Para entender el trabajo de Musasa con la ZRP, es necesario entender el contexto en el que éste se desarrolló. Zimbabwe obtuvo su independencia en 1980 y, en consecuencia, la ZRP se ha ido transformando de ser una herramienta estatal temida y odiada bajo el régimen de Smith a ser una fuerza que ha tratado de acercarse al pueblo a cuyo servicio está. Los funcionarios de enlace con la comunidad eran los encargados de cambiar esta imagen. Entonces, en términos generales, el Proyecto Musasa estaba trabajando en un ambiente en el que las propuestas de cambiar lo que existía en el régimen colonialista eran recibidas con los brazos abiertos. Más específicamente, este deseo de cambio significaba que era más fácil hacer referencia al paralelismo entre la opresión y el control de los hombres por parte del régimen de Rhodesia, por un lado, y la opresión y el control de las mujeres por parte de los hombres, por otro lado, tal como lo sugieren los dos sentidos de la palabra *chibaro*. Probablemente no es erróneo decir que hubo en Zimbabwe una apertura que nos permitió abordar las relaciones de poder que constituyen el principio básico subyacente de la violación, una coyuntura que probablemente no exista en ningún otro lugar.

Nuestra estrategia consistió en analizar el sistema jurídico, escogiendo niveles en los que tal sistema pudiera ser abordado, y en pasar después de un nivel del sistema al siguiente. Tal como se explicó arriba, el primer paso fue una serie de talleres, o cursos, dirigidos a los funcionarios de enlace con la comunidad de la ZRP. A partir de este grupo, nos dimos cuenta de que era importante capacitar al departamento de la Policía encargado de los delitos. Nuestra estrategia consistía en lograr que los funcionarios de enlace con la comunidad invitaran a los funcionarios de la sección de crímenes al siguiente taller. Sin

la alianza familiar”. Es decir, el grado del “consentimiento” real de una mujer con relación a cuestiones sexuales o de otra índole es cuestionable en una sociedad que no permite que la mujer tenga la última palabra sobre su propio destino.

embargo, muy pronto se vio que no tenía sentido dirigir nuestra atención únicamente a la ZRP, sin tomar en cuenta también a algunas partes del sistema judicial. Los propios funcionarios de la Policía se encargaron de invitar a algunos de los fiscales del Tribunal de Instancia de Harare al siguiente curso. Un resultado directo de esto fue un taller dirigido sobre todo a los fiscales superiores, facilitado por miembros de alto rango de la ZRP.

Los cursos de capacitación con la ZRP siempre comenzaban con una discusión de los problemas que enfrentaba la policía como institución organizada al enfrentar las violaciones. En estas discusiones se usaban generalmente ayudas visuales, y en particular organigramas que mostraban los lugares del sistema policiaco en los que la policía encontraba dificultades al estar enfrentando casos de violación, y que se usaban para iniciar las discusiones. Estas discusiones casi siempre mostraban áreas problemáticas comunes que se convirtieron en la base de discusiones más profundas, que a su vez desembocaron en acciones.

Los cursos de capacitación duraban normalmente 5 días: dos días sobre violación, dos sobre violencia doméstica, y un día de enlace con otras organizaciones comunitarias útiles. Cinco días es mucho tiempo para un taller, así que era esencial que las sesiones fueran entretenidas, interactivas y divertidas para todos (véase el Cuadro 1). Los comentarios controvertidos como “no se puede hablar de violación al interior del matrimonio” siempre se abrían a la discusión, y, con impulso y apoyo, surgían actitudes y opiniones alternativas. Otros temas controvertidos fueron las características que sí definen y las que no definen a una “prostituta”, así como las respuestas de los hombres ante mujeres que, según ellos, les dan “falsas esperanzas”.

El papel que desempeñaban las mujeres policías fue particularmente interesante en este contexto. Durante los primeros cursos, era raro que expresaran opiniones, y, si lo hacían, eran por lo general muy conservadoras y no veían con simpatía las posturas de otras mujeres de Zimbabwe. Con el paso del tiempo, esto empezó a cambiar, y a dos años de iniciado el proceso se empezó a notar una diferencia de género en las opiniones. Cuando se abordaba el tema de “a las mujeres les gusta ser golpeadas, porque si no, no se sienten amadas” —un tema frecuente de debate—, todas las mujeres y algunos de los hombres creían que las mujeres *no* consideraban que el golpear fuera una muestra de amor. Este tema condujo a menudo a discusiones interesantes en el receso, cuando alguno de los que sí creían que a las mujeres les gustaba ser golpeadas hacía un comentario como “¿así que de veras no te gusta que te golpeen?”

Las discusiones a la hora del receso y cuando se organizaban grupos pequeños se convirtieron muchas veces en experiencias de auto-descubrimiento, lo cual era uno de los objetivos clave del Proyecto Musasa, porque estas experiencias representaban el potencial de cambiar la conducta y las actitudes desde adentro. Mostraban que había un ambiente en el que los participantes se sentían con la libertad de cuestionar suposiciones y tradiciones vetustas asociadas con la cultura de la violación. Como se motivaba a los participantes a examinarse y criticarse a sí mismos, en contraste con soportar la crítica de los de afuera, se

Por lo general, las sesiones de los cursos de capacitación eran muy divertidas, y todos los participantes las disfrutaban enormemente. El intercambio siguiente muestra el tono y el contenido de los diálogos de Musasa con la policía:

Policía: Usted discúlpeme, pero ¿sabe usted lo que sucede cuando pone dos toros en un corral?

Instructora: No, ¿qué?

Policía: Se pelean. Usted no puede poner dos toros en un corral. Entonces, si su esposa está tratando de ser un toro, usted debe golpearla.

Instructora: ¿Nosotros tenemos dos toros en el *corral* de Zimbabwe?

Policía: No, sólo uno: El presidente.

Instructora: ¿Y nadie desafía a este toro?

Policía: No

Instructora: ¿Y le pega al vicepresidente?

Policía: ¡No! [Muchas risas, pero una cierta aceptación de la idea de que los hombres reales con autoridad real no necesitan golpear a nadie.]

Cuadro 1. Las sesiones de capacitación.

ponían menos a la defensiva y se abrían más a nuevas ideas, lo que hacía más posible un cambio en su conducta y en sus actitudes.

Nuestros resultados

El trabajo de Musasa con la policía empezó a provocar cambios en la manera en que la ZRP trataba a las víctimas de violación en las estaciones de policía y en los juicios de casos de violación. Un problema típico, por ejemplo, era que las denunciante en casos de violación solían retirar los cargos, lo que significaba que relativamente pocos casos se esclarecían. Por este motivo, los policías sentían que era más fácil no hacerle caso a la mujer cuando venía por primera vez que abrir un expediente que casi de seguro iba a ir en detrimento de sus índices de esclarecimiento de casos. La identificación de este problema abrió de inmediato las posibilidades de discutir por qué las mujeres retiraban sus casos. Como resultado de esto, casi todas las víctimas de violación hacen ahora su denuncia en una oficina separada, con mayor privacidad, y los policías las tratan con mucha más simpatía que antes de que empezara el proyecto (Meursing, 1993, 30).

El enfoque de Musasa —que fomentaba una relación de respeto y de cooperación mutuos con las fuerzas policiacas— permitió también que se acelerara el procedimiento que usaba la policía en los casos de violación. Cuando estábamos ayudando a una víctima de violación, hablábamos por teléfono a la Policía y pedíamos que se ocuparan del caso rápidamente. La respuesta de la policía a nuestras peticiones fue excelente.

Con el paso del tiempo, nuestra red de relaciones se extendió, y los policías que no seguían los nuevos procedimientos (es decir, ocuparse de los casos de violación con rapidez, dar privacidad a las declaraciones, y tratar a las víctimas con una mayor sensibilidad) empezaron a sentir los efectos de las quejas contra ellos. Poco a poco, este procedimiento más sensible para el manejo de los casos de violación se aplicó en todo el país. Al principio, estas mejoras sólo ayudaban a las mujeres que eran representadas por Musasa, pero una de las metas del proyecto ha sido ampliar esta sensibilidad a todas las mujeres.

Hay por supuesto otros problemas de intransigencia que han resultado muy difíciles de cambiar, tales como la definición legal de la violación en Zimbabwe (es decir, relaciones sexuales de un hombre con una mujer, sin su consentimiento) y la persistencia de la regla del doble peligro en nuestro país (la regla que permite que los jueces traten con suspicacia las evidencias presentadas por ciertas categorías de individuos, es decir, cómplices de un crimen, niños y denunciantes de sexo femenino en casos de carácter sexual). Sin embargo, después de enfrentar casos de este tipo en los que se han sentido impotentes ante un sistema legal que no pueden cambiar, los policías han formado grupos de trabajo con los fiscales para enfrentar estas cuestiones de intransigencia legal. Este tipo de diálogo entre los encargados de aplicar la ley y los abogados es significativo, y esperamos que ayude a que se den las reformas legales.

Un efecto imprevisto de este trabajo fue que los mismos policías se empezaron a sentir con las riendas en la mano para manejar de mejor manera los casos de violaciones y de violencia doméstica. A 18 meses de iniciado el proceso, durante una discusión de cuestiones legales en uno de los cursos de capacitación, bajo la conducción de un fiscal, varios policías se pusieron a vociferar, alegando que era necesario un cambio en la definición legal de la violación, para incluir un elemento de abuso de poder¹⁵. Parece que esta confianza en su postura y en su papel ha sido muy importante para que se mejore el trato hacia las víctimas de violaciones. Su nueva actitud se fortaleció con la publicación de un manual, distribuido por la ZRP, que señala claramente lo que las leyes dicen sobre la violación y cuáles son las mejores maneras de actuar en este contexto.

La estrategia cambiante de Musasa

Tal como se dijo antes, empezamos tratando de cambiar únicamente la conducta profesional de los policías. En los albores del proyecto, el cambio de conducta general parecía un objetivo inalcanzable. Por una razón: Hubiera implicado el cuestionar preceptos básicos sobre la situación de los hombres y de las mujeres en la sociedad zimbabwense, y nos parecía que esto era demasiado arriesgado, e incluso tal vez radical. En aquellos tiempos, delimitábamos con cuidado los diferentes temas y actuábamos ante ellos con cautela. Nos resistíamos a cuestionar la estructura de poder patriarcal que sustenta la

¹⁵ En cambio, los policías nunca aceptaron el tema de la violación al interior del matrimonio, a pesar de los esfuerzos de Musasa y de los debates acalorados que se dieron en los talleres.

violencia contra las mujeres. Sin embargo, recientemente, la estrategia de Musasa se ha vuelto mucho más radical, y se ha dirigido más directamente a poner en tela de juicio este sistema patriarcal tradicional. El Proyecto Musasa aborda hoy en día varias cuestiones de género directamente, a través de una serie de talleres de género con médicos, abogados maestros y otras personas interesadas, con el fin de concientizar a todos los elementos de la sociedad zimbabwense sobre “cómo opera el patriarcado al interior de todas las estructuras de nuestra sociedad” (Musasa, 1994, 12).

El proyecto también está asumiendo temas de mayor envergadura sobre la posición tradicional de las mujeres en la sociedad, como el derecho a poseer tierra y el pago del precio de la novia. Aunque aparentemente no está relacionado con la violencia doméstica, el hecho de que las mujeres no puedan ser propietarias de la tierra las hace dependientes del hombre, y esta dependencia a su vez las vuelve más vulnerables y hace que sea para ellas muy difícil o imposible dejar a un hombre que está abusando de ellas. De igual modo, la práctica del pago del *lobola*, tal como se explicó más atrás, “juega un papel decisivo en el control y en la violencia hacia las mujeres”, ya que “las mujeres se devalúan cuando se paga el *lobola* por ellas, porque se ven reducidas al equivalente de una mercancía” (Binks, 1994). Una vez que un hombre paga por una mujer, se siente con derecho de golpearla, ya que la “posee”.

Las enseñanzas

El éxito que ha tenido el Proyecto Musasa en mejorar el manejo de los casos de violación por la ZRP ha sido posible gracias a la exitosa institucionalización de las inquietudes y de los problemas relacionados con la violación en las fuerza policiacas y en varias ramas del sistema jurídico. En la parte final de este capítulo, voy a examinar la estrategia empleada por Musasa en términos generales, considerando qué elementos han sido exitosos y cuáles han sido problemáticos, y voy a desprender algunos principios generales que pueden ser útiles para otros activistas.

Pero antes voy a hacer una advertencia: El tan pregonado concepto de replicabilidad —la idea de que si un enfoque es válido va a funcionar en otras partes del mundo— tropieza con problemas en el caso de las violaciones y de la violencia doméstica. Si bien es claro que el enfoque de Musasa ha provocado cambios en la manera en que la ZRP trata los casos de violación y de violencia contra las mujeres, también es claro que el éxito dependió de una confluencia específica de los valores y de la historia, tanto en el país en general como al interior de las instituciones con las que trabajamos, como la policía. Una vez esclarecido este punto, voy a señalar algunos principios e ideas que han surgido del trabajo que se ha hecho:

1. *Es esencial conocer y entender el funcionamiento del sistema con el que uno se está involucrando.* Hay dos ejemplos para entender este punto: En primer lugar, nuestra idea preliminar de éxito con los funcionarios de enlace con la comunidad estaba fuera de lugar, puesto que éstos no tienen el poder de cambiar los procedimientos con los que la ZRP enfrenta los crímenes. Lo que sí pudieron hacer es establecer el vínculo con el

departamento criminal, que sí tiene la capacidad de hacer esos cambios. En segundo lugar, con un sistema tal como la ZRP, que tiene una división muy clara entre el rango más alto y el más bajo, es importante trabajar con todos los niveles: Tanto con los funcionarios de más alto rango como con los agentes en las estaciones de policía, que son los que de hecho reciben a las víctimas de violaciones.

2. *Es más fácil promover los cambios desde adentro del sistema que desde afuera.* El Proyecto Musasa trabajó con una parte del sistema —la ZRP— para que reconociera la necesidad de hacer un cambio y para que luego convocara a otras partes del sistema (los fiscales del sistema jurídico) para empezar a trabajar en cambios similares. Este enfoque permite cambios de amplio espectro que una pequeña organización como Musasa jamás podría lograr desde afuera del sistema.
3. *Hay que planear con cuidado los detalles de cada enfoque.* La capacitación de los abogados es muy diferente de la capacitación de los agentes de policía. Los abogados tienden a escuchar sólo a otros abogados, y la credibilidad —en términos de conocimiento de la ley— se debe establecer desde un principio. Una persona con un buen manejo de las leyes puede sugerir soluciones jurídicas innovadoras. Además, puede refutar ciertos mitos legales comunes, como la noción de que si no se aplicara la medida cautelar en los casos de violación, miles de hombres inocentes se estarían pudriendo detrás de las rejas, o la creencia de que las mujeres que presentan demandas por violación mienten probablemente¹⁶.
4. *Siempre hay resquicios en el sistema, y la búsqueda y la obstrucción de tales resquicios es una parte importante de cualquier estrategia para cambiar el sistema.* Las mujeres de Zimbabwe suelen caer a través de amplias “grietas” entre los doctores que no conocen la definición legal de la violación y los abogados que tienen que probar en el tribunal que tuvo lugar una violación.
5. *Estos mismos resquicios se pueden usar para promover mejoras en las prácticas de todas las partes del sistema.* Los fiscales pueden invitar a los doctores a los talleres, por ejemplo. Una vez que el proyecto está “dentro” de una parte del sistema, las posibilidades son ilimitadas.
6. *Hay límites para este tipo de cambio, y hay que reconocerlos.* El tipo de progreso que logró el Proyecto Musasa puede depender de la creencia por parte de la policía y de otros participantes de que el proyecto no representa ninguna amenaza al statu quo. Cuando las características políticas del activismo que lucha contra la violación salen a la luz, este tipo de cambio interno se puede volver imposible. Además, siempre hay el peligro de ser “coptados” en una relación “conveniente” en la que se hacen cambios

¹⁶ La réplica a este mito es que el mayor índice de declaraciones falsas se da en los casos de robo, por las consecuencias en cuanto a cobro de seguros, y que no hay nada que demuestre que las declaraciones falsas son más frecuentes en las violaciones que en cualquier otro tipo de crímenes.

superficiales pero sin llevar a cabo los cambios fundamentales que se requieren para liberar a las mujeres de la amenaza y del temor a la violación. Hay diferencias muy claras, por ejemplo, entre las estrategias que buscan proteger a las mujeres de la amenaza omnipresente de un ataque sexual y las estrategias que buscan eliminar la amenaza. Las estrategias que caen en la segunda categoría requieren un cambio radical y es poco probable que tengan éxito en el marco de los sistemas existentes.

7. *Esta es una ardua tarea*. En 1992, escribí que este tipo de trabajo “necesita una dosis sinfín de paciencia para enfrentar las muy arraigadas actitudes negativas sobre las mujeres y la cantilena interminable de bromas detestables de elogio a la violencia” (Stewart, 1992, 170). Esto sigue siendo cierto.

En conclusión, la estrategia del Proyecto Musasa ha podido cambiar con éxito la manera en que la policía trata los casos de violaciones y crear consciencia sobre las relaciones de poder y sobre sus efectos sobre la violencia contra las mujeres. Sin embargo, falta por ver en qué medida ha habido un cambio real en la “cultura de la violación”. Lo que sigue demostrando la experiencia de Musasa es que es posible, en ciertas circunstancias, trabajar efectivamente a través del sistema existente, para provocar cambios. Una observadora que estaba familiarizada con el proyecto resumió esto muy bien cuando dijo: “En el mejor de los casos, el sistema cambiará desde adentro; en el peor de los casos, hay un respiro al interior del cual las mujeres pueden tomar las riendas para que las cosas avancen”.

Bibliografía

- Armstrong, A. y W. Ncube (1987): *Women and Law in Southern Africa*, Zimbabwe Publishing House, Harare.
- Binks, M. (1994): “Violence against women”, en: *Taurai, Speak Out, Khulumani*, 3.
- Brownmiller, Susan (1993): *Against our Will: Men, Women and Rape*, Fawcett, Nueva York.
- Butegwa, F. (1993): “Limitations of the Human Rights Framework”, en: M. Schuler (comp.) *Claiming our Place: Working the Human Rights System to Women's Advantage*, Institute for Women, Law and Development, Washington, D.C.
- Chirume, L. (1989): *A study of the phenomenon of wife beating: Zimbabwe as a Case Study*, Tesis de licenciatura en derecho, University of Zimbabwe.
- Commonwealth Secretariat (1987): *Resource Manual on Violence against Women*, Londres.
- Cotton, A. (1993): *Proposal for Funding the Cambridge Female Education Trust — Educating girls to Secondary School Level in Zimbabwe*, manuscrito.
- MATCH International (1993): *End to Violence against Women: African Women's Initiatives*, Zimbabwe Electricity Supply Authority Training Centre, y: Musasa Project, Harare.
- Meursing, C. et al. (1993): *Child Sexual Abuse in Matabeleland*, Matabeleland AIDS Council, Bulawayo, Zimbabwe.
- Musasa (1994): *The Musasa Project, Sixth Annual Report, 1993-94*, Musasa Project, Harare.
- Njovana, E. (1993-94): “Gender-based Violence and Sexual Assault”, en: *African Women*, 8:17.
- Runganga, A. (1990): *The Use of Herbal and Non-herbal Agents in Sexual Intercourse by a Sample of Zimbabwean Women*, tesis de doctorado, University of Zimbabwe.

- Rwezaura, B. (1985): *Traditional Family Law and Change in Tanzania: A Study of the Kuria Social System*, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Schuller, M. (comp.) (1992): *Freedom from Violence: Women's Strategies from Around the World*, UNIFEM, Nueva York.
- (1993): *Claiming our Place: Working the Human Rights System to Women's Advantage*, Institute for Women, Law and Development, Washington, D.C.
- Stewart, Sheelagh (1992): "Working the System: Sensitizing the Police to the Plight of Women in Zimbabwe, en: Schuller, M. (comp): *Freedom from Violence, Women's Strategies from Around the World*, UNIFEM, Nueva York.
- Taylor, J. y S. Stewart (1989): *Musasa: A Project for Zimbabwe*, MATCH International, Ottawa.
- (1991): *Sexual and Domestic Violence: Help, Recovery and Action in Zimbabwe*, A. von Glehn y J. Taylor, en colaboración con: Women in Law in Southern Africa, Harare.
- Vogelman, L. (1990): *The Sexual Face of Violence*, Raven Press, Johannesburg.

ANIMADORES ADOLESCENTES¹

Barreras para mejorar la salud sexual de los adolescentes

Tilly Sellers y Martin Westerby²

Introducción

Hull, una ciudad en el Noreste de Inglaterra, tiene una alta tasa de embarazos en adolescentes de entre 13 y 16 años, en comparación con el resto de Gran Bretaña. Nadie sabe bien a bien por qué sucede esto, pero hay varias teorías. Algunos creen que las chicas se embarazan adrede para obtener una vivienda del gobierno. Otros dicen que los jóvenes no tienen las habilidades necesarias para tener acceso a la información y a los métodos anticonceptivos, o que los propios servicios no son adecuados para los menores de 16 años. Otro grupo cree que esta es una cuestión cultural y que el embarazo de las adolescentes es perfectamente aceptable en algunas partes de la ciudad, por lo cual continúa.

El gobierno británico está preocupado por los altos niveles de embarazo de adolescentes en Inglaterra, y se ha propuesto la meta de reducir este fenómeno en por lo menos la mitad. Lo que no está claro, sin embargo, es si el hecho de que las adolescentes se embaracen es un problema para alguien más. ¿Acaso los y las adolescentes de Hull, sus padres, otros profesionales y la gente de la comunidad en general ven esto como un problema? El objetivo de los profesionales en el área de salud comunitaria es que “las mujeres deben embarazarse por propia elección”. Tal vez el problema no radica en el embarazo de las adolescentes en sí, sino en la elección de este embarazo. Si las chicas no se están embarazando por propia elección, ¿cuáles son entonces las barreras para mejorar la salud sexual de los adolescentes?, ¿qué cambios son necesarios para aumentar el uso efectivo de anticonceptivos entre la población adolescente?, ¿qué métodos tenemos para averiguar esto?

Las investigaciones actuales indican que hay varios factores que pueden contribuir al embarazo de adolescentes: Por ejemplo, factores educativos, factores de desarrollo personal y de habilidades, factores psico-sociales, factores de la disposición y uso de los

¹ Tilly Sellers y Martin Westerby (1996): “Teenage Facilitators: Barriers to Improving Adolescent Sexual Health”, en: *PLA Notes*, núm. 25, IIED, pp. 77-80.

² Young People and Sexual Health Project, Department of Public Health Medicine, University of Hull, Cottingham Road, Hull HU6 7RX, Reino Unido.

servicios, y factores culturales (Peach *et al.*, 1994). También señalan que, sin un enfoque que involucre a varias agencias gubernamentales y a la “comunidad en su conjunto”, no es posible enfrentar estos factores efectivamente. La idea de la “comunidad en su conjunto” es explicada por Ashton y Seymour (1988), quienes dicen que la educación para la salud *“puede lograr su máxima contribución para la reducción del embarazo de adolescentes y de las enfermedades de transmisión sexual, sólo si forma parte de un programa integral basado en la comunidad y apoyado por políticas públicas abocadas a influir en el campo de la salud en general, y relacionadas con las actitudes sexuales y con la expresión de la sexualidad humana”*.

El departamento de salud regional (East Ridings Health Authority) está interesado en averiguar dos cosas relacionadas con el embarazo de adolescentes:

1. ¿Cuáles de los factores enumerados atrás son significativos en los lugares que tienen un mayor índice de embarazo de adolescentes?
2. ¿Cuál es la mejor manera de implementar el enfoque de “la comunidad en su conjunto” para enfrentar estos factores?

Una de las mayores preocupaciones del Departamento de Salud es la efectividad de los servicios que proporcionan información y atención a la salud sexual a los adolescentes. Tienen muchas ganas de saber qué cambios se necesitan, para hacer mejoras. Para tratar de responder algunas de estas preguntas, crearon el proyecto “Jóvenes y Salud Sexual”, qué está ubicado en el Departamento de Salud Pública de la Universidad de Hull.

El proyecto

El proyecto “Jóvenes y Salud Sexual” utiliza un enfoque participativo para involucrar a los jóvenes, a sus padres, a trabajadores y a la comunidad en general para:

- Identificar los factores que influyen en la manera en que los jóvenes toman decisiones en materia de salud sexual.
- Evaluar los servicios que proporcionan información y atención a la salud sexual a los adolescentes, incluyendo los servicios de educación y de atención a la juventud, así como los servicios sociales y las agencias comunitarias y voluntarias.
- Encontrar maneras de mejorar la salud sexual de los adolescentes.
- Planear y dar seguimiento a los cambios sugeridos.

Descubrimos que poca gente conocía, o entendía, el concepto del diagnóstico rural participativo (DRP). Nuestra primera tarea, por lo tanto, fue presentar el concepto de participación a varias personas clave. Entre estas personas se hallaban las que tenían que dar permiso a un grupo de muchachos menores de 16 años para que participaran en el proyecto (es decir, profesores, padres y promotores juveniles). Teníamos que lograr que entendieran que no haríamos preguntas personales, que la información pertenecería a los participantes, que todo se manejaría de manera confidencial, tanto con individuos como

con organizaciones, y que todos, sin importar la edad, el nivel educativo o las capacidades físicas, podían hacer contribuciones importantes. Lo que hicimos entonces fue organizar varias presentaciones de las herramientas de DRP y capacitar a los promotores, a los adolescentes y a los padres en este enfoque. Esto ha tenido una ventaja adicional: Tenemos ahora una reserva de animadores locales con diferentes antecedentes que están dispuestos a apoyar e incluso a trabajar en el proyecto. El curso de capacitación está en proceso de registro ante el sistema educativo nacional, lo que significa que los participantes, si así lo desean, pueden obtener un diploma acreditado.

Animadores adolescentes

Durante varios meses nos hemos estado reuniendo con un grupo de adolescentes de 15 años de edad (3 mujeres y 4 hombres) en sesiones de 2 horas. Los integrantes de este grupo fueron propuestos por los promotores y las promotoras juveniles locales, quienes los describieron como chicos problema que solían faltar a clases en sus escuelas. Después de una sesión de introducción en la que hicieron un mapa de la zona, el grupo tenía ganas de aprender más. Durante las primeras semanas el trabajo se enfocó a constituir un equipo y a aprender herramientas y técnicas básicas de DRP. Por razones legales, dos promotores juveniles también asistieron a las sesiones. Estos promotores estaban interesados en el DRP para su propio trabajo y fue un reto involucrarlos a ellos sin que dominaran al grupo. Si bien no hemos tenido mucho éxito en esto, sí los hemos motivado a desarrollar sus propias habilidades, y poco a poco se ha logrado un equilibrio adecuado. A continuación describiremos el trabajo que han realizado los adolescentes.

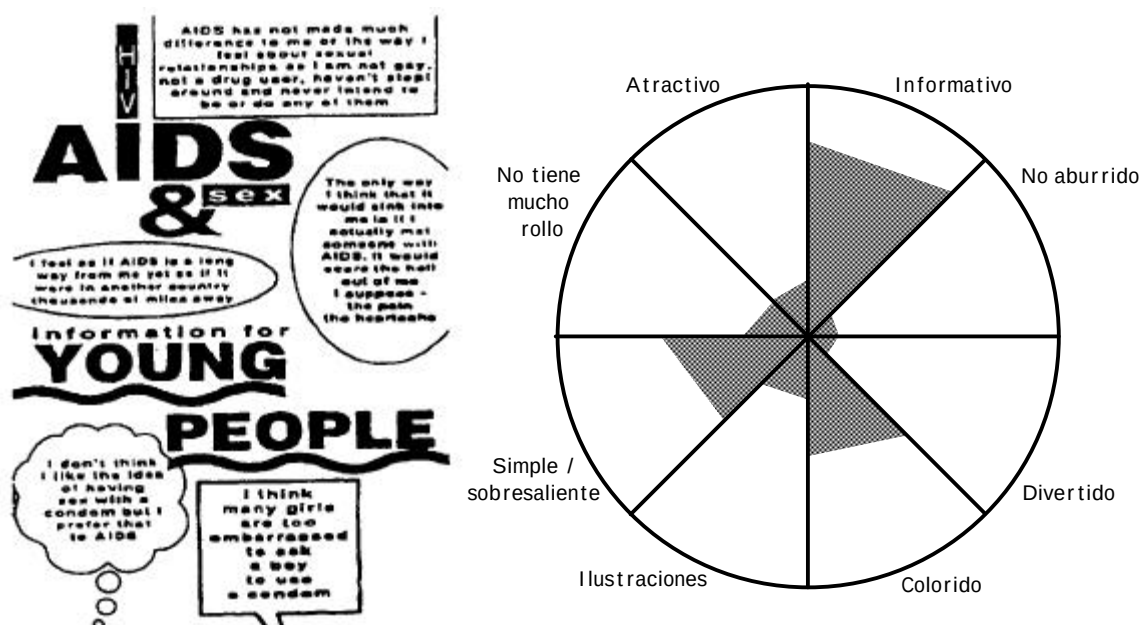


Ilustración 1. Evaluación de un folleto de información (izquierda) por medio del diagrama circular de evaluación (derecha).

Evaluación de folletos

Durante una sesión sobre el tema de las evaluaciones, buscamos maneras de evaluar los folletos de información sobre salud sexual, usando los criterios de los propios participantes (véase la Ilustración 1). Al principio, el grupo en su conjunto discutió qué cosas debía tener un folleto sobre salud sexual para que los jóvenes lo leyeran, lo disfrutaran y lo entendieran. Estos criterios se enumeraron en un pliego de papel.

Después el grupo se dividió en parejas, y cada pareja tomó un folleto al azar de un montón. Se dio a cada pareja una tarjeta con un círculo dibujado en el centro. Usando la técnica del diagrama circular de evaluación (descrita por Pretty *et al.*, 1995), dividieron el círculo en partes iguales, cada una de las cuales representaba uno de los criterios que se habían enumerado previamente. En cada uno de estos sectores circulares, las parejas colorearon un triángulo que era tanto más grande cuanto el folleto satisfacía el criterio correspondiente. Por último, pegaron el folleto a un lado de su diagrama de evaluación y presentaron su trabajo al resto del grupo. Salieron a la luz los siguientes comentarios: *“E uso de efectos tridimensionales en las letras es atractivo; todos los folletos tienen demasiado texto, y esta no es una manera adecuada para llegar a un público adolescente; la mayoría de los folletos son aburridos; las tiras cómicas y las “superestrellas” llamarían más la atención; ningún folleto es divertido; algunas ilustraciones no tienen que ver con el texto; las ilustraciones son demasiado clínicas, demasiado pequeñas y pasadas de moda; es bueno mostrar los pasos a seguir en el uso de anticonceptivos, siempre y cuando esto se haga de manera clara”*.

Desarrollo de herramientas

El grupo también se ha dedicado a desarrollar sus propias herramientas. En la primera sesión les pedimos que diseñaran herramientas que permitieran a otros muchachos expresar las inquietudes que despertaba en ellos la idea de ir a una clínica a pedir consejos sobre el uso de anticonceptivos.

Decidieron dividirse en dos grupos, uno de mujeres y otro de hombres. En cada grupo decidieron quién iba a desempeñar el papel de conductor, secretario y observador. Cuando terminaron de diseñar su actividad, la probaron con el otro grupo. A los hombres se les ocurrió la siguiente actividad: Hicieron un dibujo de la clínica en un pliego de papel y se lo dieron a los participantes (en este caso las chicas). Su conductor pidió a los participantes que dibujaran rayos alrededor de la clínica, y que en cada rayo escribieran o dibujaran las inquietudes de una adolescente cuando va a ir a una clínica de planeación familiar (véase la Ilustración 2).

Estos muchachos y muchachas van a seguir diseñando herramientas durante las próximas semanas. Su meta es recopilar información a partir de una amplia variedad de jóvenes y a partir de los promotores de salud sexual en su área, para hacer un video que responda preguntas como las que aparecen en la Ilustración 2. Les preocupa que muchos jóvenes no saben leer bien, y quisieran hacer también un casete para complementar los folletos de información sobre salud sexual. Hasta que se sientan seguros de sí mismos, vamos a fungir

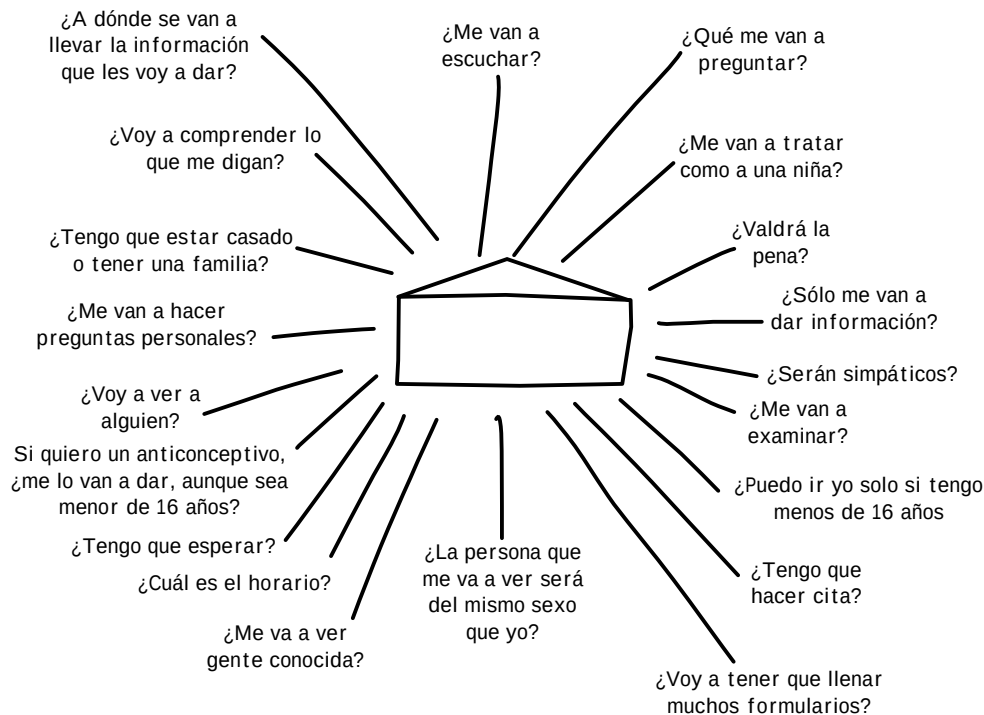


Ilustración 2. Las inquietudes de una adolescente cuando va a ir a una clínica de planeación familiar

de orientadores. Lo que ellos quieren es trabajar en las escuelas, en los clubes juveniles, en las calles en donde se reúnen los jóvenes, con jóvenes enfermos que reciben ayuda del Estado, con jóvenes de lento aprendizaje, con jóvenes con incapacidades físicas y, si se puede, con jóvenes en las cárceles.

Conclusiones: DRP con jóvenes en Gran Bretaña

El trabajo con adolescentes menores de 16 años requiere planeación, pero puede ser enormemente satisfactorio para todos los involucrados. A menudo se subestima la capacidad de los jóvenes para contribuir en la toma de decisiones, y este proceso puede reafirmar la confianza y la autoestima de algunos muchachos. El libro sobre jóvenes, ética e investigación social publicado por Barnardos nos ha sido muy útil con respecto a esto (Alderson, 1995).

Terminaremos enumerando algunas enseñanzas útiles que hemos aprendido en este proceso: Es necesario averiguar los antecedentes penales de los conductores e instructores; hay que dar a los maestros de las escuelas los detalles de las actividades con suficiente antelación, y en algunos casos se necesita la autorización de los padres; en las instituciones conviene que haya bastantes conductores para que se pueda trabajar simultáneamente con los adultos que están a cargo; la confidencialidad es primordial, y los jóvenes siempre deben poder decidir si participan o no. En la calle, los jóvenes pueden simplemente irse si

no les gusta la actividad. En las escuelas y en los clubes juveniles conviene que las actividades se realicen en un rincón durante un periodo de descanso, para que los participantes puedan acercarse o alejarse a su gusto. En una situación formal de salón de clases, les es difícil a los muchachos quedarse al margen.

Bibliografía

- Alderson, P. (1995): *Listening to Children - Children, Ethics and Social Research*, Barnardos, Essex, Reino Unido.
- Ashton, J. y H. Seymour (1988): *The New Public Health*, Open University Press, Milton Keynes, Reino Unido.
- Peach, E., J. Harris y E. Bielby (1994): *Teenage Pregnancy - A Community Issue: A Literature Review*, Nuffield Yorkshire Collaborating Centre for Health Services Research, Reino Unido.
- Pretty, J., I. Guijt, J. Thompson e I. Scoones (1995): *A Trainer's Guide for Participatory Learning and Action*, IIED Participatory Methodology Series, IIED, Londres, Reino Unido.

***- Sección D -
El uso de enfoques
participativos para la
evaluación***

LA EVALUACIÓN PARTICIPATIVA DE UN PROGRAMA DE UNA ONG¹

El programa de iniciativas comunitarias de la organización ugandesa TASO invita a una comunidad a participar en su evaluación intermedia

Lucy Antivelink, Andrew Abalio, Doreen Byateesa, Naome Gonahasa, Margaret Kabanda, Connie Kajura, Bernard Lukwago, John Mike, Mary Mwiri, Lucy Shilling, Peter Ssebhanja y Stephen Watuwa, junto con John Mwesigwa, Ben Osuga, Ros Cooper y Alice Welbourn

Introducción

En este artículo presentamos:

- A) un breve resumen de nuestro programa y de nuestra evaluación;
- B) la selección de los informantes para la evaluación;
- C) el proceso del trabajo de campo en el que se basó la evaluación;
- D) el uso de diagramas de flujo y de una matriz en el trabajo de campo;
- E) las enseñanzas que obtuvimos en esta evaluación;
- F) las conclusiones.

A) Un breve resumen de nuestro programa

La Organización de Apoyo a los enfermos de SIDA (*The AIDS Support Organisation*, TASO) es una organización no gubernamental ugandesa fundada en noviembre de 1987.

¹ Lucy Antivelink *et al.* (1996): A Participatory Approach to a Mid-term Review: The AIDS Support Organisation (TASO) Community-based Care Programme, Uganda. Este es un artículo original (publicado por primera vez en la versión original en inglés de este libro). El informe completo de esta evaluación, intitulado *Keeping the Fire Burning - the Community Story*, se puede adquirir en ACTIONAID. Favor de dirigirse a Helen Elsey para averiguar el precio. La dirección es: ACTIONAID, Hamlyn House, McDonald Road, London N19 5PG, Reino Unido. Tel. +44 171 281 4101; fax +44 171 263 7599. Correo electrónico: <helene@actionaid.org.uk>.

La misión de TASO es contribuir a un proceso de recuperación de las esperanzas y de mejoramiento de la calidad de vida de las personas y de las comunidades afectadas por la infección del VIH (el virus del SIDA) y por el SIDA. TASO contribuye a este proceso proveyendo cuatro servicios principales, a saber:

1. Orientación para portadores del VIH y enfermos de SIDA, y sus familias.
2. Atención clínica para los infectados, y atención a domicilio para los enfermos más graves.
3. Apoyo de trabajo social.
4. Fortalecimiento de las comunidades, a través del programa de Iniciativas Comunitarias de TASO (ICT).

El programa ICT se creó en septiembre de 1990, después de identificar la necesidad de involucrar a las comunidades en el manejo de sus propios asuntos relacionados con la prevención y la atención del VIH y del SIDA a nivel local. La enorme cantidad de gente que quería asistir a nuestros centros de atención se volvió insostenible. Asimismo, nos dimos cuenta de que estábamos creando sin querer una relación de dependencia, pues las personas se acercaban a nosotros en búsqueda de apoyo —ya sea por propia voluntad o porque otros las enviaban—, en vez de recibir ayuda de sus familias o vecinos en casa. El programa empezó en algunos sitios piloto alrededor de Kampala, la capital, y luego se repitió en otros. El 1994 recibimos más financiamiento de la agencia británica de cooperación (Overseas Development Agency, ODA), lo que nos permitió expandir el programa a otros 3 centros: Entebbe, Jinja y Mbale.

La meta del programa ICT ha sido desarrollar y apoyar las respuestas de las comunidades a la epidemia del SIDA.

El programa ha sido objeto de varias evaluaciones desde su inicio. La más importante tuvo lugar en octubre de 1994, justo antes del financiamiento de la ODA. A partir de ese momento, nuestros objetivos han sido:

1. Proporcionar educación sobre el SIDA e información adecuada y oportuna sobre la prevención de la infección por VIH y sobre la atención de enfermos de SIDA a los miembros de las comunidades.
2. Fomentar actitudes positivas y desarrollar la capacidad de las comunidades para manejar y atender a los portadores del VIH y a los enfermos de SIDA.
3. Estimular la sensibilidad de la comunidad y promover un cambio positivo de conducta dirigido hacia la disminución de la propagación del VIH.
4. Estimular y apoyar las respuestas comunitarias colectivas a las consecuencias socioeconómicas de la epidemia del SIDA.
5. Establecer un sistema que permita derivar a las personas que así lo requieran a los servicios que ofrecen TASO y otras organizaciones de apoyo.

6. Proporcionar apoyo técnico a los departamentos gubernamentales y ONGs que deseen integrar en sus programas al SIDA.

Nuestro enfoque inicial se basaba en tres suposiciones que considerábamos correctas. En primer lugar, pensábamos que era mejor entrar en contacto con las comunidades a partir de la administración municipal, es decir, a nivel de grupos de aldeas. Suponíamos que ese era un nivel suficientemente cercano a la base para permitir un trabajo efectivo. En segundo lugar, y en relación con lo anterior, esperábamos poder trabajar con varios municipios alrededor de cada centro, durante los tres años que duraría el programa. Con esto pretendíamos maximizar el alcance geográfico del trabajo. En tercer lugar, al interior de cada municipio, consideramos que era importante trabajar únicamente con grupos establecidos de gente de la comunidad, como los líderes o los portadores del VIH. Con esto pretendíamos asegurar que el programa fuera lo más sostenible posible, llegado el momento de nuestra partida. La evaluación intermedia que se describe más adelante nos mostró después que cada una de estas suposiciones tenía algunos peros, por lo que decidimos modificar el programa en consecuencia. En la sección E (p. 187) se describen los cambios que se decidieron. Empezaremos describiendo el proceso de evaluación.

En julio de 1996 llegamos a la mitad del periodo de financiamiento de la ODA. Era por lo tanto el momento de llevar a cabo la evaluación intermedia del progreso que habíamos alcanzado hasta ese momento en los tres centros. Quisimos que la evaluación fuera un proceso participativo, involucrando a los miembros de las comunidades en las que habíamos capacitado a “promotores comunitarios para la prevención y la atención del SIDA” (*Procompas*²) y establecido comités locales para supervisar y apoyar su trabajo. Entonces, cuando preparamos nuestra evaluación, pensamos detenidamente a quién queríamos entrevistar.

B) La selección de los informantes para la evaluación

Decidimos que el trabajo de campo duraría cuatro días. Nos pareció importante entrevistar a una muy amplia variedad de informantes. Pero al mismo tiempo queríamos maximizar las oportunidades de que los informantes hablaran abiertamente, en un ambiente de confianza, sin sentirse intimidados por los demás integrantes del grupo. Por esto decidimos realizar varias discusiones en grupos pequeños, todas en un mismo municipio. Seleccionamos a los grupos cuyos puntos de vista queríamos oír en base a un ejercicio que realizamos entre nosotros mismos *antes* del trabajo de campo.

Este proceso interno tuvo dos etapas. Al principio, nuestro conductor colocó un pliego de papel en el suelo y nos pidió que hiciéramos una lluvia de ideas para nombrar a todos los actores que tienen que ver con el programa ICT. Los actores que se mencionaron se enumeran a continuación:

² N. del T.: En inglés: ACWs, o *AIDS Community Workers*. En español, la sigla “Procompas” suena bastante bien.

Posteriormente, en la segunda etapa, nuestro conductor nos pidió que nos imagináramos que estábamos en un taller dentro de dos años. En este taller queríamos presentar los logros del programa ICT. El conductor nos pidió que decidiéramos quiénes podrían ser los más adecuados para exponer algo sobre lo maravilloso que había sido el programa ICT *para ellos*. Si el programa ICT realmente los había ayudado *a ellos*, sería claro para todos los presentes que realmente había tenido éxito. Hicimos una lluvia de ideas sobre esto y dibujamos círculos rojos alrededor de los actores que debían ser escogidos para tal presentación. Empezamos con los que creíamos que eran los más vulnerables en la comunidad, en función de la información que habíamos obtenido en el estudio que sirvió de punto de partida para el programa, a saber, que las mujeres y los jóvenes son los más vulnerables a la infección por VIH y a la pobreza.

Los actores:

Los pacientes	El equipo de la dirección	Estructuras comunitarias
Los miembros de los comités municipales de SIDA	médica del distrito	Secretarías
La gente de la comunidad	El director	Todos los que estamos aquí
Los líderes de la comunidad	Otras ONGs	Escuelas
Las mezquitas	Coordinadores del servicio de orientación	Grupos juveniles
La Unión de Madres	ODA	Orientadores
<i>Muno Mukabi</i> (grupos de auto-ayuda)	Familiares de los pacientes	Grupos <i>Malwa</i> (grupos de hombres, sobre todo mayores, que se reúnen informalmente para tomar bebidas alcohólicas)
Conductores de vehículos	Líderes cívicos	
Grupos de mujeres	Los <i>Procompas</i>	
	Iglesias	

Al final, decidimos entrevistar a trece grupos diferentes para nuestra evaluación. Todos serían de un mismo municipio, llamado Bulambuli (a media hora en auto de la ciudad de Mbale), con la excepción de un grupo de otras ONGs y de una señora de la oficina de la dirección médica del distrito, que estaban en Mbale.

Los grupos que entrevistamos:
Grupos FORMALES:

Portadores del VIH o enfermos de SIDA
 Miembros de los comités municipales de SIDA
 Líderes de la comunidad
Procompas
 Otras ONGs
 La oficina de la dirección médica del distrito

Grupos INFORMALES:

Mujeres mayores
 Cuidadores
 Líderes religiosos
 Hombres jóvenes
 Hombres mayores
 Mujeres jóvenes
 Miembros de los grupos *Malwa*

Es importante comentar que sólo los grupos de la columna izquierda se reconocían a sí mismos de manera formal como grupos con miembros específicos que se reunían con regularidad. Los grupos en la columna de la derecha se reunieron como tales por primera vez para la realización de esta evaluación. De hecho, como resultado de esto, sucedieron dos cosas interesantes: En primer lugar, los cuidadores que se reunieron con nosotros comentaron: “Todos somos vecinos y todos estamos cuidando a gente enferma: No nos habíamos dado cuenta antes de que teníamos esto en común. Tal vez deberíamos formar un grupo para reunirnos y compartir nuestros problemas”. De manera similar, los hombres jóvenes dijeron: “Estos *Procompas* que vienen y se ponen a hablar con nosotros no saben nada de lo que a nosotros nos preocupa. ¿Por qué no formamos nuestro propio grupo sobre el SIDA; lo podríamos llamar ‘Club Buyobo de Jóvenes contra el SIDA’.” Esperamos entonces que nuestra evaluación haya podido motivar de algún modo a algunos miembros de la comunidad con intereses comunes a formar grupos y a desarrollar con esto estructuras de apoyo mutuo por sí solos.

C) El proceso

C.1 El calendario

El trabajo de campo duró cuatro días, organizados de la siguiente manera:

1. Primer día:
 - ASAMBLEA COMUNITARIA
 - Portadores del VIH o enfermos de SIDA
 - Miembros de los comités municipales de SIDA
 - *Procompas*
 - Líderes de la comunidad
2. Segundo día:
 - Mujeres mayores
 - Grupo *Malwa*
 - Mujeres jóvenes estudiantes
 - Cuidadores
3. Tercer día:
 - Líderes religiosos
 - Hombres mayores
 - Hombres jóvenes
 - Otras ONGs
 - La oficina de la dirección médica del distrito
4. Cuarto día:
 - ASAMBLEA COMUNITARIA de retroalimentación

C.2 Introducción a nuestras actividades, y las preguntas que hicimos

En la asamblea comunitaria del primer día, presentamos la evaluación y preguntamos a los presentes si estaban de acuerdo en reunirse con nosotros en grupos pequeños, de acuerdo con las categorías enumeradas arriba. Tan pronto estuvieron de acuerdo, nos dividimos y empezamos el trabajo de grupo. En cada grupo hicimos cuatro preguntas:

1. ¿Qué es lo bueno de Bulambuli?
2. ¿Qué problemas enfrentan ustedes en Bulambuli?

Estas primeras dos preguntas se exploraron por medio de diagramas de flujo.

3. Digan 3 cambios importantes que les gustaría que sucedieran en los próximos dos años.
4. ¿Cómo creen que se pueden lograr estos cambios?

Estas dos últimas preguntas se abordaron por medio de la matriz de cambios significativos, que es un nuevo tipo de diagrama que inventamos para esta evaluación. Más adelante, en la sección D (p. 184), se discuten los diagramas que utilizamos.

Cada entrevista cubrió las mismas 4 preguntas y utilizó el mismo tipo de diagramas para plasmar las respuestas. Cada entrevista duró entre 2 y 3 horas.

C.3 Los equipos

Cada equipo encargado de entrevistar a un grupo estaba compuesto de 3 personas: Un conductor, un secretario y un observador.

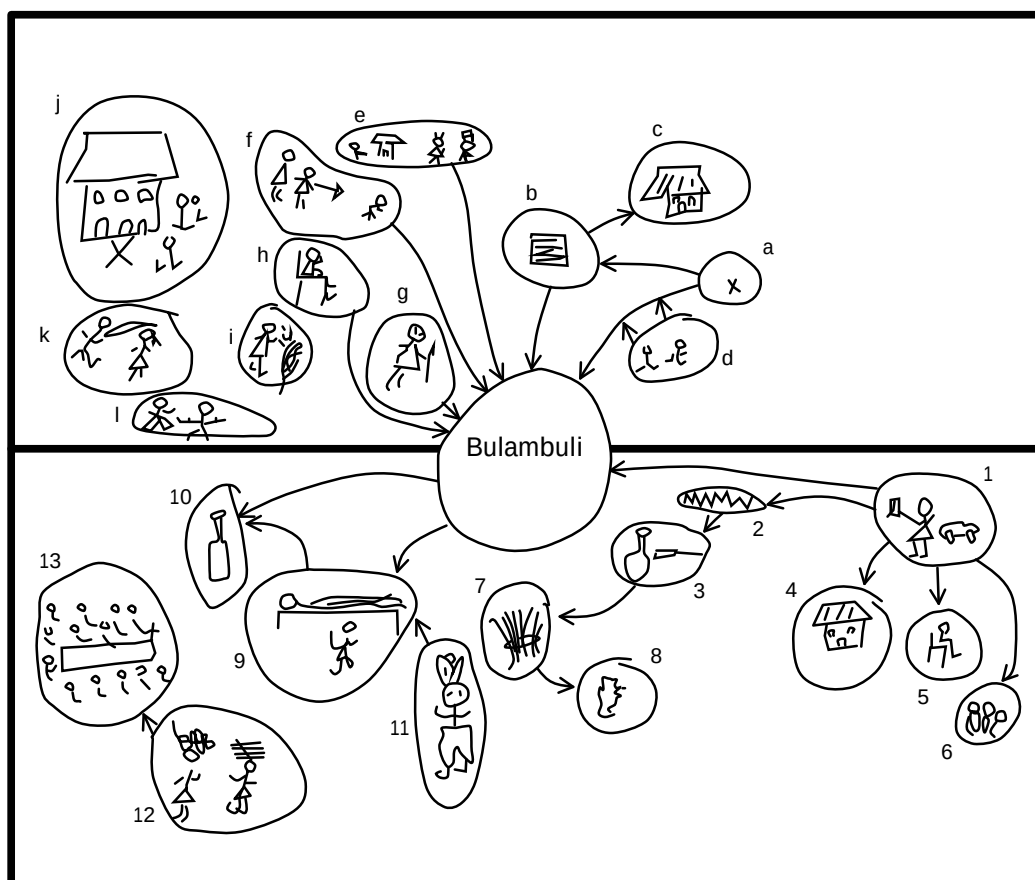
El *conductor* era el encargado de hacer las preguntas y de guiar el proceso de la entrevista. El *secretario* copiaba los dibujos que se hacían y escribía lo que comentaban los entrevistados. El *observador* tomaba notas de la composición del grupo y de los niveles de participación. La composición de nuestros equipos cambiaba cada vez, para tratar de que hubiera una correspondencia con la identidad de los grupos que estábamos entrevistando. Por ejemplo, las muchachas fueron entrevistadas por 3 promotoras de TASO y los promotores de TASO más jóvenes se encargaron de entrevistar al grupo de hombres jóvenes. Sin embargo, no siempre logramos esta correspondencia, en parte porque era necesario que al menos un miembro de cada equipo hablara la lengua *Lumasaba* con fluidez.

C.4 La asamblea comunitaria final

Una hora antes de la asamblea comunitaria final, todos los diagramas que habían hecho los 13 grupos se colocaron en los muros del salón de reuniones. Dos o tres de los *bulambulinos* que habían participado en cada grupo se pusieron a un lado de los diagramas que había hecho su grupo y daban explicaciones sobre su contenido a la gente que se acercaba a ver. De este modo, toda la comunidad podía ver y oír los puntos de vista de otros y compararlos con los suyos. Cuando comenzó la asamblea propiamente dicha, un representante de cada grupo pasó al frente y presentó al público uno de los diagramas que

había hecho su grupo. Entonces fueron los habitantes del lugar quienes presentaron los resultados, y no el personal de TASO. Las exposiciones que más llamaron la atención fueron la de la mujer de 65 años del grupo de cuidadores, que señaló que sus familias estaban sufriendo hambruna, por la falta de tiempo para ocuparse de sus cultivos; la de las estudiantes, para quienes lo más importante era tener mejores escuelas, hospitales y carreteras (y el SIDA no ocupaba un lugar muy destacado entre sus preocupaciones), y la de la señora del grupo de portadores del VIH, que habló abiertamente acerca de su experiencia de vivir de manera positiva con el VIH, y acerca de las necesidades que tienen ella y otras personas de la comunidad. A todos los presentes les pareció muy bien este proceso de compartir las experiencias que salieron a la luz en la evaluación: Fue una retroalimentación inmediata, que permitió preguntas y respuestas directas y un diálogo entre la gente del lugar, así como entre ellos y nosotros. También nos permitió a nosotros identificar de manera mucho más clara los retos que enfrentan los diferentes sectores de la comunidad, así como las maneras en que podrían apoyarse a sí mismos y a los demás.

D) Los diagramas que utilizamos



RETOS

- a. Muerte
- b. Falta de dinero o de ingreso
- c. Falta de presupuesto del hospital
- d. Huérfanos
- e. Pérdida de propiedad para la viuda
- f. Estigma a las viudas
- g. Los ancianos se quedan sin ayuda
- h. Preocupaciones
- i. Hambruna en los hogares
- j. Los huérfanos no van a la escuela
- k. Falta de aprecio por parte de los pacientes
- l. Rechazo de algunos pacientes

LOGROS

1. Información y concientización
2. Más tiempo de vida para los enfermos de SIDA
3. Tratamiento
4. Pruebas de laboratorio
5. Cambio de conducta
6. Estabilidad familiar
7. Ayuda material
8. Orientación
9. Habilidades para el cuidado de los enfermos
10. Habilidades para alimentar a los enfermos
11. Los vecinos visitan a los enfermos
12. Apoyo en caso de muerte
13. Duelo

Ilustración 1. Diagrama de flujo de impacto. Logros y retos para el grupo de cuidadores. Comunidad Bulambuli, Uganda.

D.1 Diagramas de flujo de impacto

Estos son los diagramas que utilizamos para hacer las primeras dos preguntas. El ejemplo que se muestra en la Ilustración 1 fue hecho por el grupo de cuidadores, compuesto por 10 mujeres y un hombre, la mayoría de ellos con edades de entre 25 y 45 años. En este diagrama, utilizaron una mitad del papel para mostrar los aspectos positivos de sus vidas y el trabajo del proyecto, y la otra mitad para mostrar los retos que enfrentan (los letreros fueron añadidos después por los entrevistadores, para que el dibujo se pueda entender).

Estos diagramas permiten un mayor entendimiento por parte tanto de los creadores como de las demás personas, pues saltan a la vista los vínculos entre los diferentes aspectos de las vidas de las personas. En ellos se incluyen cosas físicas, materiales y psico-sociales, así

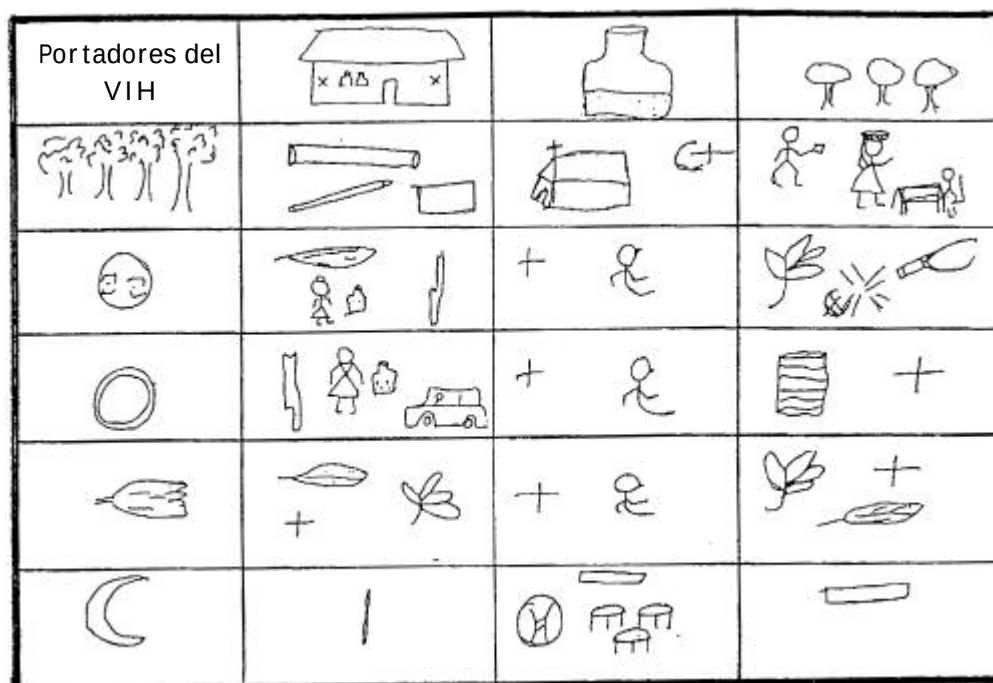


Ilustración 2a. Cambios significativos esperados por el grupo de portadores del VIH, en Bulambulu (ver explicación en la Ilustración 2b).

como sus efectos combinados en el bienestar de la gente. Los cuidadores expusieron por medio de este diagrama sus temores, no sólo sobre la hambruna, sino también sobre su vulnerabilidad legal y social como futuros viudos o viudas y sobre la falta de apoyo para los huérfanos. Este diagrama y su presentación provocaron conmoción entre el público.

D.2 El diagrama de cambios significativos

Este es, como dijimos antes, un nuevo tipo de diagrama que inventamos específicamente para esta evaluación. Queríamos averiguar qué cambios querían ver los entrevistados en

sus propias comunidades. Al mismo tiempo, queríamos ayudarlos a pensar qué podían hacer ellos mismos y los demás para lograr estos cambios. Primero les pedimos a los miembros de cada grupo que identificaran tres cambios significativos que les gustaría ver en su propia comunidad dentro de dos años. Después para cada uno de los tres cambios sugeridos, preguntamos cosas específicas sobre quién, cómo y a partir de cuándo podría lograrlo. La Ilustración 2a es un ejemplo de este tipo de diagrama, dibujado por el grupo de portadores del VIH. Fue interesante para nosotros ver que a la gente con el VIH le preocupaba el acceso a agua potable segura. Esta no era una necesidad que hubiéramos reconocido antes, y este ejercicio nos permitió darnos una idea de cómo podía ser satisfecha.

La Tabla 1 es una guía para el ejercicio de los cambios significativos esperados, mostrando el tipo de información que hay que poner en cada cuadro.

En este ejercicio, un grupo decide cuáles son los tres cambios significativos que les gustaría que sucedieran en sus vidas en el transcurso de los próximos dos años. Y después llena una por una las tres columnas, describiendo cómo cree que se puede lograr cada cambio.

Este diagrama resultó ser una herramienta muy útil de planeación y de análisis, que permitió que cada grupo centrara su atención en lo que le gustaría que sucediera, y en cómo sus propios miembros se podrían involucrar para ello. Además, la asamblea comunitaria final permitió que los miembros de los grupos vieran los cambios que *otros* grupos habían deseado, así como las coincidencias y diferencias entre sus preocupaciones y las de los demás.

16: La evaluación participativa de un programa de una ONG

Portadores del VIH (el virus del SIDA)	CAMBIO SIGNIFICATIVO 1: CREAR UNA CLÍNICA	CAMBIO SIGNIFICATIVO 2: DESCUBRIR UN REMEDIO CONTRA EL SIDA	CAMBIO SIGNIFICATIVO 3: CONSEGUIR UNA FUENTE DE AGUA LIMPIA
Comunidad Bulambuli	- Formar un grupo, contribuir con dinero - Donar un terreno para la construcción - Generar recursos por medio de actividades productivas - Solicitar apoyo adicional	Rezcos persistentes	- Contribuir con dinero - Solicitar al gobierno apoyo adicional - Mejorar una fuente de agua existente
TASO	- Proveer materiales - Llevar a cabo la construcción - Suministrar medicinas y personal médico	- Colaboración con investigadores y científicos - Seguir divulgando el modelo de una actitud positiva para vivir con el SIDA	- Dar dinero - Dar materiales - Dar consejos - Llevar a cabo la construcción
Ministerio de Salud	- Llevar a cabo la construcción - Suministrar medicinas y personal - Proporcionar alojamiento y transporte para el personal médico	- Colaboración con investigadores y científicos - Intensificar los mensajes preventivos	- Enviar a promotores o extensionistas de salud a las aldeas - Solicitar apoyo al Ministerio de Desarrollo Hidráulico
Administración del Distrito	- Proveer materiales - Proveer dinero - Colaborar con el Ministerio de Salud	- Colaboración - Actitudes positivas	- Retener un porcentaje de impuestos para sistemas de agua potable - Colaborar con el Ministerio de Salud - Proveer materiales
¿Cuándo?	1 AÑO	3-6 meses / lo más pronto posible	6 meses

Ilustración 2b. Cambios significativos esperados por el grupo de portadores del VIH en Bulambulu (explicación de la Ilustración 2a).

E) Las enseñanzas que obtuvimos en esta evaluación

Lucy Shillingi escribe:

Como resultado de nuestro trabajo de campo en Bulambuli y de las discusiones que tuvimos en las sesiones nocturnas, aprendimos las siguientes lecciones:

E.1 Otras necesidades

El VIH y el SIDA no es lo único que preocupa a la comunidad. El grupo de portadores del VIH, por ejemplo, mencionaron una fuente de agua limpia como uno de los cambios significativos que les gustaría ver en los próximos dos años. Los hombres mayores mencionaron una reducción de la pobreza entre los suyos. Los hombres jóvenes hablaron de la necesidad de desarrollar actividades que generen ingresos. Para las mujeres jóvenes, lo importante es la construcción de caminos y escuelas. Necesitamos colaborar más con otras organizaciones que tienen una mayor capacidad de ocuparse de esas inquietudes de la gente, ya que es claro que están fuera de nuestra incumbencia.

Nombre del grupo	Cambio significativo 1, en un dibujo.	Cambio significativo 2, en un dibujo	Cambio significativo 3, en un dibujo
¿Qué podemos hacer <i>nosotros</i> ? Un dibujo de nosotros	Dibujo de lo que nosotros, los miembros del grupo, podemos hacer, para ayudar a que se logre el cambio 1	Dibujo de lo que nosotros, los miembros del grupo, podemos hacer, para ayudar a que se logre el cambio 2	Dibujo de lo que nosotros, los miembros del grupo, podemos hacer, para ayudar a que se logre el cambio 3
¿Qué pueden hacer <i>los otros</i> ? Dibujo de otras personas específicas, p. ej. nuestros líderes o maridos.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 1.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 2.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 3.
¿Qué pueden hacer <i>los otros</i> ? Dibujo de otras personas específicas, p. ej. jóvenes, etc.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 1.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 2.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 3.
¿Qué pueden hacer <i>los otros</i> ? Dibujo de otras personas específicas, p. ej. ONGs, gobierno, etc.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 1.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 2.	Dibujo de lo que nosotros pensamos que estos otros pueden hacer, para que se logre el cambio 3.
¿Cuándo deberían iniciarse estas actividades para lograr este cambio? Dibujo de algo que represente el tiempo, p. ej. un sol, un reloj, etc.	Dibujo de cuándo deberían empezar estas actividades, p. ej. un cultivo que se da en tres meses, o un cultivo que se da en 6 meses para ayudar a que se logre el cambio 1.	Dibujo de cuándo deberían empezar estas actividades, p. ej. un cultivo que se da en tres meses, o un cultivo que se da en 6 meses para ayudar a que se logre el cambio 2.	Dibujo de cuándo deberían empezar estas actividades, p. ej. un cultivo que se da en tres meses, o un cultivo que se da en 6 meses para ayudar a que se logre el cambio 3.

Tabla 1. Guía para el ejercicio de los cambios significativos esperados.

E.2 Las necesidades de los demás

Las estructuras existentes no representan a toda la gente de las aldeas. Por ejemplo, los líderes de las aldeas, los comités locales, los *Procompas* y los comités municipales de SIDA no representan adecuadamente las necesidades de los jóvenes de la comunidad. Tenemos que buscar maneras de identificar y ocuparnos de las necesidades de los habitantes más vulnerables de la comunidad, a través de canales diferentes de las estructuras sociales establecidas. Esto significa que tenemos que encontrar maneras de motivar la formación y el desarrollo de nuevos grupo, de manera que sea posible ayudar a los miembros más vulnerables de la comunidad a apoyarse unos a otros.

E.3 Los tiempos

Se necesita mucho tiempo para hacer trabajo comunitario. Se necesita tiempo para hacer diagnósticos de necesidades, para entender las necesidades de la comunidad, para la ejecución, para desarrollar apropiación y sustentabilidad. Hemos estado tratando de lograr demasiado en muy poco tiempo. Tenemos que darnos el tiempo suficiente para lograr nuestros objetivos adecuadamente, y para hacerlos más “específicos, medibles, alcanzables, realistas y confinados en el tiempo”³.

E.4 Sustentabilidad

Cuestiones de motivación, de trabajo voluntario y de sustentabilidad: Tenemos que aprender más sobre cómo apoyar el trabajo voluntario en la comunidad. En Bulambuli capacitamos a 28 *Procompas*, pero el 30% ha desertado. Tenemos que ver cómo podemos desarrollar la capacidad de la gente para seguir con su entusiasmo inicial.

E.5 Cosas inesperadas

Varias cosas inesperadas han surgido, incluyendo cuestiones de género, de atención de los huérfanos, de edad y legales. Por ejemplo, a los esposos de las pacientes no les gusta que los *Procompas* de sexo masculino visten a sus esposas en casa. Los *Procompas* también son rechazados por los jóvenes, a quienes no les gusta que vengan los mayores a decirles lo que deben hacer en cuestiones sexuales. Las cuidadoras ya están sufriendo escasez de alimentos, por culpa del tiempo que tienen que dedicar al cuidado de los enfermos en vez de las labores agrícolas. Temen también que cuando mueran sus maridos perderán sus casas y pertenencias. Les preocupa también que los huérfanos no reciban comida, ropa y educación. Esto de nuevo plantea la pregunta de con quién puede colaborar TASO, para enfrentar estas cosas.

³ En inglés: *Specific, Measurable, Attainable, Realistic and Time-bound*, con siglas *SMART*, que a su vez significa “inteligente, agudo, acertado”.

E.6 Colaboración con otras personas e instituciones

Es claro que esto es algo que debemos empezar a hacer en mayor medida. Debe darse a diferentes niveles:

- a nivel de la comunidad,
- a nivel de otras ONGs, de instituciones gubernamentales y de otras iniciativas,
- y también a nivel individual.

Debemos incluir en la estrategia de TASO las maneras de trabajar con otras personas y grupos significativos, y todo el personal debe entender en qué consiste esto.

E.7 Nuevos planes

Necesitamos por lo tanto replantear el programa comunitario, para ocuparnos de estas cuestiones en nuestro trabajo. Decidimos revisar la meta y los objetivos del programa, para reflejar este cambio de orientación y los cambios organizativos consecuentes.

F) Conclusión

La experiencia de la utilización del diagnóstico rural participativo en este ejercicio de evaluación nos lleva a concluir lo siguiente:

- El DRP es muy revelador, pero NO es una vía rápida.
- El trabajo con grupos separados nos ha enseñado mucho sobre sus diferentes perspectivas y necesidades.
- Este método permitió la participación de más gente de la comunidad.
- La asamblea comunitaria final permitió que hubiera una retroalimentación y un aprendizaje mutuo.
- Aprendimos cuánto ignoramos. Es decir, aprendimos que sabíamos mucho sobre las necesidades de la gente con la que hablamos más frecuentemente, como los *Procompas* y los líderes de las comunidades, pero que sabíamos mucho menos acerca de las inquietudes de la gente que normalmente no consultamos, como los jóvenes.

Doreen Byateesa escribe:

En esta evaluación se utilizaron métodos de DRP, es decir, los diagramas de flujo y la matriz de cambios significativos (ésta última se diseñó específicamente para este ejercicio). Todas las actividades se llevaron a cabo por medio del diálogo semi-estructurado. El carácter participativo de los métodos permitió que hubiera discusiones libres al interior de los grupos. Fue un proceso de aprendizaje para ambas partes, y sobre todo para algunos miembros de la comunidad que no sabían leer ni escribir y que vieron que con dibujos podían muy bien expresar sus ideas. El hecho de que se compartieran los resultados inmediatamente, y de que los propios miembros de los grupos estuvieran a

cargo de la retroalimentación fue excelente, tanto para la comunidad como para TASO. La gente del lugar prestó mucha atención a las exposiciones de los diferentes grupos.

Para el equipo a cargo de la evaluación, las dinámicas comunitarias y de grupo representaron también un aprendizaje muy valioso, especialmente para los que no hacen trabajo de campo. En este proceso el equipo aprendió muchas habilidades que van a ser útiles para la ejecución de proyectos en el futuro.

El equipo de evaluación estuvo compuesto por representantes de ODA / BDDEA⁴ y por personal de TASO. La implicación de los proveedores de financiamiento durante el proceso de evaluación fue un signo positivo, que muestra las buenas relaciones entre TASO y la ODA. Cuando se expuso esta experiencia en un taller con otras ONGs, motivó un gran interés. La ODA ha mostrado un gran nivel de flexibilidad. De hecho, si los demás proveedores de fondos de TASO tuvieran esta misma flexibilidad, el trabajo de nuestra organización sería mucho más fluido.

Por último, hemos decidido aprender más sobre el diagnóstico rural participativo (DRP), para incorporarlo en nuestro trabajo. Hemos establecido contacto con otras organizaciones que están usando el DRP en Uganda, como parte de su trabajo de promoción. Estamos ahora capacitando a nuestro personal en su uso y esperamos que mejore nuestra comprensión de cómo podemos mejorar nuestro trabajo con individuos y comunidades en el futuro, para ayudarlos a analizar, expresar y satisfacer sus necesidades.

Agradecimientos: Gracias a la gente del municipio de Bulambuli, distrito de Mbale, Uganda, que aceptó amablemente participar en esta evaluación, así como a la ODA y a la BDDEA, por su apoyo en el financiamiento de este programa y de la evaluación participativa.

⁴ British Development Division East Africa.

INFORMACIÓN ADICIONAL

A continuación reproducimos la lista de referencias de libros, videos, etc. que aparece en el paquete de *Stepping Stones (Pasos en el Camino)*, con algunos añadidos. El propio paquete *Stepping Stones* se describe en sección aparte.

(Si quieres pedir un video, recuerda que debes especificar el formato: NTSC, PAL o SECAM).

A. Referencias con énfasis en el SIDA

1. ACP Uganda, TASO, UNICEF, WHO (1992): *Living with AIDS in the Community, A Book to Help People Make the Best of Life*. Disponible en: Global Programme on AIDS, WHO, 1211 Ginebra 27, Suiza. 57 páginas. Costo: gratis.
 2. *AIDS Action*, boletín publicado y distribuido por: AHRTAG, 29-35 Farringdon Road, Londres EC1M 3JB, Reino Unido. Costo: gratis para países en desarrollo. Se publica cuatro veces al año.
 3. *AIDS Health Promotion Exchange*, boletín publicado y distribuido por: Department of Information and Documentation, Royal Tropical Institute, Mauritskade 63, 1092 AD Amsterdam, Países Bajos. Costo: gratis para países en desarrollo.
 4. Arid Lands Information Network (1993 y 1994): *AIDS is Our Problem*, en seis partes. Disponible en: ALIN, Casier Postal 3, Dakar-Fann, Senegal. Costo: £1 cada uno, £6 el paquete completo.
 5. Gill Gordon (1991): *Unmasking AIDS*, IPPF, Un video y dos manuales. Disponibles en: IPPF Distribution Unit, PO Box 759, Inner Circle, Regent's Park, Londres NW1 4LQ, Reino Unido. Video: 43 minutos. Manuales 99 y 75 páginas. Costo: £20 para países en desarrollo.
 6. Gill Gordon y Tony Klouda (1988): *Talking AIDS*, Macmillan e IPPF. Disponible en: International Planned Parenthood Federation. PO Box 759, Inner Circle, Regent's Park, Londres NW1 4LQ, Reino Unido. 98 páginas. Costo: £2.
 7. Wences Msuya, Mustafa Kudrati, Rakesh Rajani y Heiner Grosskurth (1993): *Life First! A practical guide for people with HIV/AIDS and their families*, AMREF Tanzania y Kuleana. Disponible en: AMREF, PO Box 1482, Mwanza, Tanzania. 81 páginas. Costo: no especificado.
 8. *PLA Notes No. 23: Participatory Approaches to HIV/AIDS Programmes: Semi-Special Issue*, International Institute for Environment and Development, junio de 1995. Disponible en: IIED, 3 Endsleigh Street, Londres WC1H 0DD, Reino Unido. Costo: gratis para países en desarrollo.
-

9. Fiona Robinson (1994): *A Training Manual for HIV and AIDS Information and Communication*, FACT. Disponible en: FACT, PO Box 970, Mutare, Zimbabwe. 231 páginas. Costo: Z\$250 (dólares zimbabwenses).
10. *Strategies for Hope*. Una serie de libros y videos para promover un pensamiento informado, una actitud positiva y una acción práctica. Se puede pedir un folleto con mayor información a: TALC, PO Box 49. St. Albans, Herts. AL1 5TX, Reino Unido. Costos: variable.
11. The AIDS Support Organisation, *TASO Community Initiatives Training Manual*. Disponible en: TASO, PO 10443, Kampala, Uganda. Aprox.160 páginas. Costo: no especificado.
12. WHO (1993): *The AIDS Home-based Care Handbook*, WHO. Disponible en: Global Programme on AIDS, WHO, 1211 Ginebra 27, Suiza. 178 páginas. Costo: gratis para países en desarrollo.
13. Marge Berer, con Sunanda Ray (1993): *Women and HIV/AIDS: an International Resource Book*, Pandora, 1993. Disponible en: AHRTAG, 29-35 Farringdon Road, Londres EC1M 3JB, Reino Unido. 383 páginas. Costo: £14.99.
14. *WorldAIDS magazine*. Disponible en: The PANOS Institute, 9 White Lion Street, Londres N1 9PD, Reino Unido. Costo: gratis para países en desarrollo.
15. Lynch y Gordon (1991): *Activities to Explore: Using Drama in AIDS and Family Planning Work*, IPPF, 99 páginas.
16. Jaya Shreedhar y Anthony Colaco (1996): *Broadening the Front: NGO responses to HIV and AIDS in India*, núm. 11 de la serie *Strategies for Hope*, ACTIONAID, Reino Unido.
17. Small World Productions: *The Orphan Generation: A video about community-based care and support for children orphaned by AIDS*, ACTIONAID Uganda
18. Bernard Joinet y Théodore Mugolola (1994): *La Flotille de l'Espoir*. Disponible en: Séjours Catholique, París. Traducción al inglés: *The Fleet of Hope*.

B. Referencias con énfasis en las habilidades de comunicación y en la resolución de conflictos

1. Dale Chandler, Celine Gilbert y Andreas Fuglesang (1994): *Walking and Talking in the Village. A Guide to Training in Basic Communication Skills*, Redd Barna. Disponible en: Redd Barna, Regional Office Africa, G.P.O 12018, Kampala, Uganda. 80 páginas. Costo: gratis.
2. Fabio Dallape y Celine Gilbert (1993): *Children's Participation in Action Research*. Curso de capacitación para instructores, parte 1, ENDA-Zimbabwe, PO Box 3492, Harare, Zimbabwe y ENDA-Jeunesse Action, B.P. 3370 Dakar, Senegal. 58 páginas. Costo: no especificado.

3. Fabio Dallape y Celine Gilbert (1993): *Children and the Urban Crisis - Options for the Future*. Curso de capacitación para instructores, parte 2, ENDA-Zimbabwe, PO Box 3492, Harare, Zimbabwe y ENDA-Jeunesse Action, B.P. 3370 Dakar, Senegal, 1993. 67 páginas. Costo: no especificado.
4. Nic Fine y Fiona Macbeth (1992): *Fireworks*, Youth Work Press. Disponible en: YWP, 17-23 Albion Street, Leicester LE1 6GD. Reino Unido. 100 páginas. Costo: £7.95.
5. Nic Fine y Fiona Macbeth (1992): *Playing with fire: Training for the Creative Use of Conflict*, Youth Work Press. Disponible en: YWP, 17-23 Albion Street, Leicester LE1 6GD. Reino Unido. 174 páginas. Costo: £14.95.
6. Anne Hope y Sally Timmel (1984): *Training for Transformation. A Handbook for Community Workers*, 3 vols., Mambo Press, 1984. PO Box 779, Gweru, Zimbabwe. 147, 131 y 182 páginas. Costo: no especificado.
7. Quaker Peace Centre (1992): *South African Handbook of Education for Peace*, QPC. Disponible en: QPC, 3 Rye Road, Mowbray 7700, Sudáfrica. 280 páginas. Costo: 55 Rand (aprox. US\$18).
8. Jill Taylor y Sheelagh Stewart (1991): *Sexual and Domestic Violence: Help, Recovery and Action in Zimbabwe*, A. von Glehn y J. Taylor, en colaboración con: Women and Law in Southern Africa. Disponible en: PO Box UA 171, Union Avenue, Harare, Zimbabwe. 312 páginas. Costo: no especificado.

C. Referencias con énfasis en la salud sexual y reproductiva

1. *Challenges*: Boletín de salud sexual y reproductiva, IPPF. Disponible en: IPPF Distribution Unit, PO Box 759, Inner Circle, Regent's Park, Londres NW1 4LQ, Reino Unido. Costo: gratis para promotores de planeación familiar y áreas afines en países en desarrollo.
2. Development Through Self-Reliance (1993): *More Time*, DTSR. Video filmado en Zimbabwe sobre las consecuencias de las relaciones sexuales entre adolescentes en el contexto del SIDA. Disponible en: DTSR, 9650 Santiago Road, Columbia, MD 21045, EUA. 90 minutos. Costo: US\$59.00. Favor de especificar el formato de video que se requiere.
3. Gill Gordon (1995): *Training Material for the Sexual Health Project*, IPPF. Disponible en: IPPF Distribution Unit, PO Box 759, Inner Circle, Regent's Park, Londres NW1 4LQ, Reino Unido. 50 páginas. Costo: no especificado.
4. Gill Gordon y Peter Gordon (1992): *Counselling and Sexuality: a Video-Based Training Resource*, International Planned Parenthood Federation. 1 manual, 140 páginas y 4 videos, 32 minutos, 44 minutos, 43 minutos y 31 minutos. Disponible en: IPPF Distribution Unit, PO Box 759, Inner Circle, Regent's Park, Londres NW1

- 4LQ, Reino Unido. Costo: para países en desarrollo £50/US\$100 para el paquete completo (incluye envío).
5. Janie Hampton (1987): *Healthy Living, Healthy Loving*, Macmillan. Disponible en: TALC, PO Box 49, St. Albans, Hertfordshire, AL1 5TX, Reino Unido. 180 páginas. Costo: £5.
 6. Janie Hampton (1991): *Healthy Mothers, Happy Babies*, Macmillan. Disponible en: TALC, PO Box 49, St. Albans, Hertfordshire, AL1 5TX, Reino Unido. 150 páginas. Costo: £3.80.
 7. *Health Action*, boletín, AHRTAG. El número 10 (1994) está dedicado a la salud sexual. Disponible en: AHRTAG, 29-35 Farringdon Road, Londres EC1M 3JB, Reino Unido. Costo: gratis para países en desarrollo.
 8. *Passages*, boletín. Disponible en: Advocates for Youth, Suite 210, 25 Vermont Ave NW, Washington. DC 20006, EUA. Costo: gratis para ONGs y organizaciones nacionales de países en desarrollo.
 9. WIN (1987): *The Childbirth Picture Book/Flipchart*, Women's International Network. Un libro (disponible en inglés, francés, español, somalí y árabe), y un rotafolio (disponible en inglés y francés). Disponibles en: WIN, 187 Grant Street, Lexington, MA 02140, EUA. Costo: libro: US\$7 más US\$4 para el envío (precio reducido para ejemplares de muestra); rotafolio: US\$25 más US\$7 para el envío.
 10. Sondra Zeidenstein y Kirsten Moore (comps.) (1995): *Learning About Sexuality, a Practical Beginning*, Population Council. Disponible en: The Population Council, 1 Dag Hammarskjold Plaza, New York, NY 10017. Costo: aprox. US\$18.
 11. Nkhama y Shah (1996): *Listening to Voices: Participatory Approaches to Adolescent Sexual and Reproductive Health in Peri-urban Lusaka*, CARE.

D. Referencias con énfasis en el diagnóstico rural participativo (incluyendo el uso de técnicas visuales)

1. IIED, *Participatory Learning and Action (PLA) Notes* (antes *RRA Notes*). Revista, IIED. Disponible en: IIED, 3 Endsleigh Street, Londres WC1H 0DD, Reino Unido. Costo: gratis para países en desarrollo.
2. Jules Pretty, Irene Guijt, John Thompson e Ian Scoones (1995): *A Trainer's Guide for Participatory Learning and Action*, un libro de la serie *Participatory Methodologies*, Sustainable Agriculture Programme, IIED. Disponible en: IIED, 3 Endsleigh Street, Londres WC1H 0DD, Reino Unido. Costo: no especificado. Disponible en Español en: <http://desarrollo.nur.edu>
3. *RRA Notes No. 16* (1992): Número especial dedicado a las aplicaciones en cuestiones de salud. International Institute for Environment and Development. Disponible en:

IIED, 3 Endsleigh Street, Londres WC1H ODD, Reino Unido. 115 páginas. Costo: gratis para países en desarrollo.

E. Referencias con énfasis en la capacitación sobre cuestiones de género y en el análisis de otras necesidades diferentes al interior de las comunidades

1. Irene Guijt: *Questions of Difference: PRA, Gender and Environment*, Manual y cuatro videos, Sustainable Agriculture Programme, IIED. Disponible en: IIED, 3 Endsleigh Street, Londres WC1H ODD, Reino Unido. Costo: no especificado.
2. *RRA Notes No. 15* (1992): Número especial dedicado a las aplicaciones de la técnica de la clasificación de niveles de riqueza, International Institute for Environment and Development. Disponible en: IIED, 3 Endsleigh Street, Londres WC1H ODD, Reino Unido. 78 páginas. Costo: gratis para países en desarrollo.
3. Suzanne Williams, con Janet Seed y Adelina Mwau (1994): *The OXFAM Gender Training Manual*, OXFAM. Disponible en: OXFAM, 274 Banbury Road, Oxford OX2 7DZ, Reino Unido. 634 páginas. Costo: £30.

F. El paquete *Stepping Stones*

Stepping Stones, el primer paquete de capacitación de la serie *Strategies for Hope* (“estrategias para la esperanza”), aborda cuestiones relacionadas con el VIH y el SIDA, cuestiones de género, y habilidades de comunicación y de relaciones humanas. Está diseñado para ser utilizado en los proyectos existentes de prevención del SIDA y en proyectos de desarrollo general que tengan el propósito de introducir un componente sobre el SIDA.

La información que aquí se presenta es un breve resumen de *Stepping Stones*, para ayudarte a ver si es adecuado para tus necesidades, y de qué modo puedes desarrollar las capacidades de tu propia organización para hacer un mejor uso del paquete.

Stepping Stones, que significa en inglés las piedras que se colocan para cruzar un arroyo, un pantano, etc., surgió de una necesidad de hacer frente a la vulnerabilidad de las mujeres y de los jóvenes en la toma de decisiones acerca del comportamiento sexual. Estos materiales permiten a las personas explorar la gran variedad de cuestiones que afectan su salud sexual — incluyendo los roles de género, el dinero, el uso del alcohol, las prácticas tradicionales, las actitudes hacia el sexo, las actitudes hacia la muerte y sus propias personalidades.

El paquete consiste en un manual de 240 páginas para instructores, y un videocasete para ser usado en los talleres, que contiene 15 cortos de 5 minutos cada uno (ver Ilustración 1). Se presentan instrucciones detalladas de cómo hacer un taller de aproximadamente 60 horas en dieciocho sesiones en un periodo de entre 10 y 12 semanas. La mayoría de las sesiones están programadas para grupos pequeños de entre 10 y 20 personas de la misma

edad y sexo. Hay unas cuantas sesiones en las que todos se reúnen. Los participantes pueden ver el video en distintas sesiones del taller.

El paquete está diseñado para permitir a mujeres y a hombres de todas las edades explorar sus necesidades psicológicas, sexuales y sociales, analizar las barreras de comunicación que enfrentan, y practicar distintas formas de manejar sus relaciones. El taller pretende permitir que los individuos, sus compañeros y sus comunidades cambien de comportamiento — individual y colectivamente — mediante la discusión y los ejercicios de actuación que se dan en las distintas sesiones de *Stepping Stones*.

El paquete está diseñado para utilizarse en las comunidades del África subsahariana. Sin embargo, también se puede adaptar para su uso en cualquier lugar del mundo. Está previsto para que lo aplique un equipo de gente competente — idealmente dos hombres y dos mujeres — que trabajen con grupos en proyectos de desarrollo de pequeña escala. Recomendamos por lo tanto que los que quieran organizar un taller pidan el paquete completo: cuatro ejemplares del manual y un videocasete. Los instructores experimentados pueden usar el material directamente. Los menos experimentados preferirán tal vez solicitar un manual y un video para echarles una ojeada, y buscar un curso para familiarizarse con el paquete.

Todas las sesiones utilizan un enfoque participativo de educación de adultos a través de discusiones compartidas. Todos los ejercicios están basados en las propias experiencias de la gente. La actuación y los ejercicios de dibujo permiten que *todos* participen. No se necesita que las personas sepan leer y escribir. Los participantes discuten sus experiencias, las actúan, las analizan, consideran distintas alternativas y después hacen un ensayo general todos juntos en un grupo en el que se sientan seguros y apoyados. La gente se siente segura porque la mayor parte de las sesiones son en grupos de su propio sexo y edad.

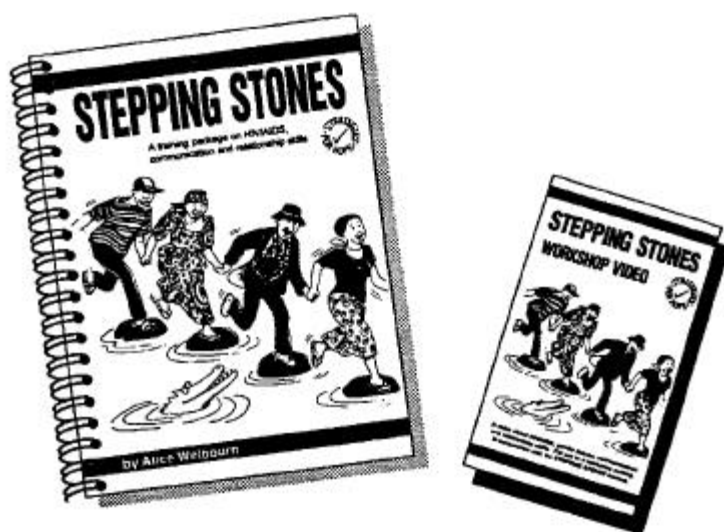


Ilustración 1. El libro y el video del paquete *Stepping Stones* (versiones en inglés).

En la región de Uganda en donde se llevó a cabo el primer taller, la comunidad reconoció los siguientes cambios 16 meses más tarde:

- menos pleitos en las parejas y un mejor reparto de los gastos domésticos;
- menos golpizas a las esposas;
- una disminución del consumo de alcohol;
- un incremento sostenido en el uso de condones;
- un mayor respeto a la voluntad de los que habían muerto, en cuanto a sus esposas e hijos;
- un mayor respeto mutuo entre hombres y mujeres jóvenes;
- una mayor capacidad de las mujeres para discutir cuestiones sexuales con sus hijos;
- un incremento en la autoestima de las mujeres jóvenes;
- decisiones para empezar nuevos negocios tanto de hombres como de mujeres jóvenes;
- mejores relaciones entre otros miembros de la comunidad que habían escuchado acerca del taller por medio de los participantes;
- reuniones constantes de todos los grupos (excepto de los hombres mayores) y también con otros miembros de la comunidad.

Los materiales de *Stepping Stones* son distribuidos por:

TALC, PO Box 49, St Albans, Herts, AL1 5TX, Reino Unido

Tel: +44 1727-853869, Fax: +44 1727 846852

Correo electrónico talculuk@btinternet.com

Sitio Web para pedidos e información: www.stratshope.org

Actualmente, el manual está disponible en inglés y francés, y el video en inglés, francés, swahili y luganda. También tenemos una traducción del manual al portugués, que fue hecha por grupos en Mozambique, y esperamos que algún grupo en Latinoamérica haga una traducción al español. Si te interesa contactar a otros usuarios en tu región, escríbele a la coordinadora del proyecto de capacitación y adaptación *Stepping Stones*:

Sue Holden, c/o ActionAid

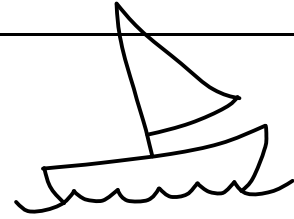
Archway, London, N19 5PG, Reino Unido

Tel: +44 171 2814101, Fax: +44 171 2637599

Correo electrónico: sueh@actionaid.org.uk

Sitio Web: www.stratshope.org

CUESTIONARIO



Ayúdanos a mejorar esta publicación

Este documento fue editado por un pequeño grupo de personas, y estamos conscientes de que podría ser mejor. En particular, son muchos los artículos escritos por autores de países del Norte, y pocos del Sur. De hecho, solo uno viene de Latinoamérica! Te pedimos dos cosas:

1. **Dinos lo que piensas** de este documento, regresando este cuestionario. Tu opinión nos servirá para eliminar los artículos que son menos útiles y así mejorar la siguiente edición.
2. **Por favor envíanos artículos** que crees que puedan ser interesantes en el tema del uso de enfoques participativos en el trabajo de promoción de la salud sexual. Tal vez podamos incluirlos en la siguiente edición.

Favor de enviar tanto los cuestionarios como las propuestas de artículos a:

Andrea Cornwall
Institute of Development Studies
University of Sussex
Brighton BN1 9RE, Reino Unido

Tel: +44 1273 606 261
Fax: +44 1273 621 202
Correo electrónico:
a.cornwall@ids.ac.uk

El IDS ha publicado otros paquetes de información (en inglés) sobre desarrollo rural participativo (DRP) y salud; DRP y género; DRP con niños y niñas, y otros temas. Si quieres más datos, dirígete a Patta Scott-Villiers a la misma dirección y mismos teléfonos (correo electrónico: p.scott-villiers@ids.ac.uk).

Tu nombre: _____

Tu organización: _____

Dirección: _____

Tu organización trabaja en cuestiones de:

☐ SIDA / VIH solamente

☐ desarrollo en general

☐ otras áreas: _____

(Para las siguientes preguntas, por favor siga con tu respuesta al reverso si así lo deseas – ¡nos interesa tu opinión!)

Índice

De los artículos de este libro, he leído:	todos 5	mayoría 4	la mitad 3	algunos 2	ninguno 1
En general, la lectura ha sido:	muy fácil 5	4	regular 3	2	muy difícil 1
En general, los artículos son	muy importantes 5	4	3	2	irrelevantes 1
En términos generales, este libro es:	muy útil 5	4	3	2	inútil 1

¿Qué artículos te han parecido más útiles? (entre 0 y 5):

Número de artículo y título

¿Por qué te pareció útil? (¿o por qué te gustó?)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Qué artículos te han parecido menos útiles? (entre 0 y 5):

Número de artículo y título

¿Por qué no te pareció útil? (¿o por qué no te gustó?)

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Cómo podríamos mejorar la edición de este documento?

¿Qué otros comentarios tienes con respecto a este documento? (siga atrás si quieres)

© ¡Gracias!