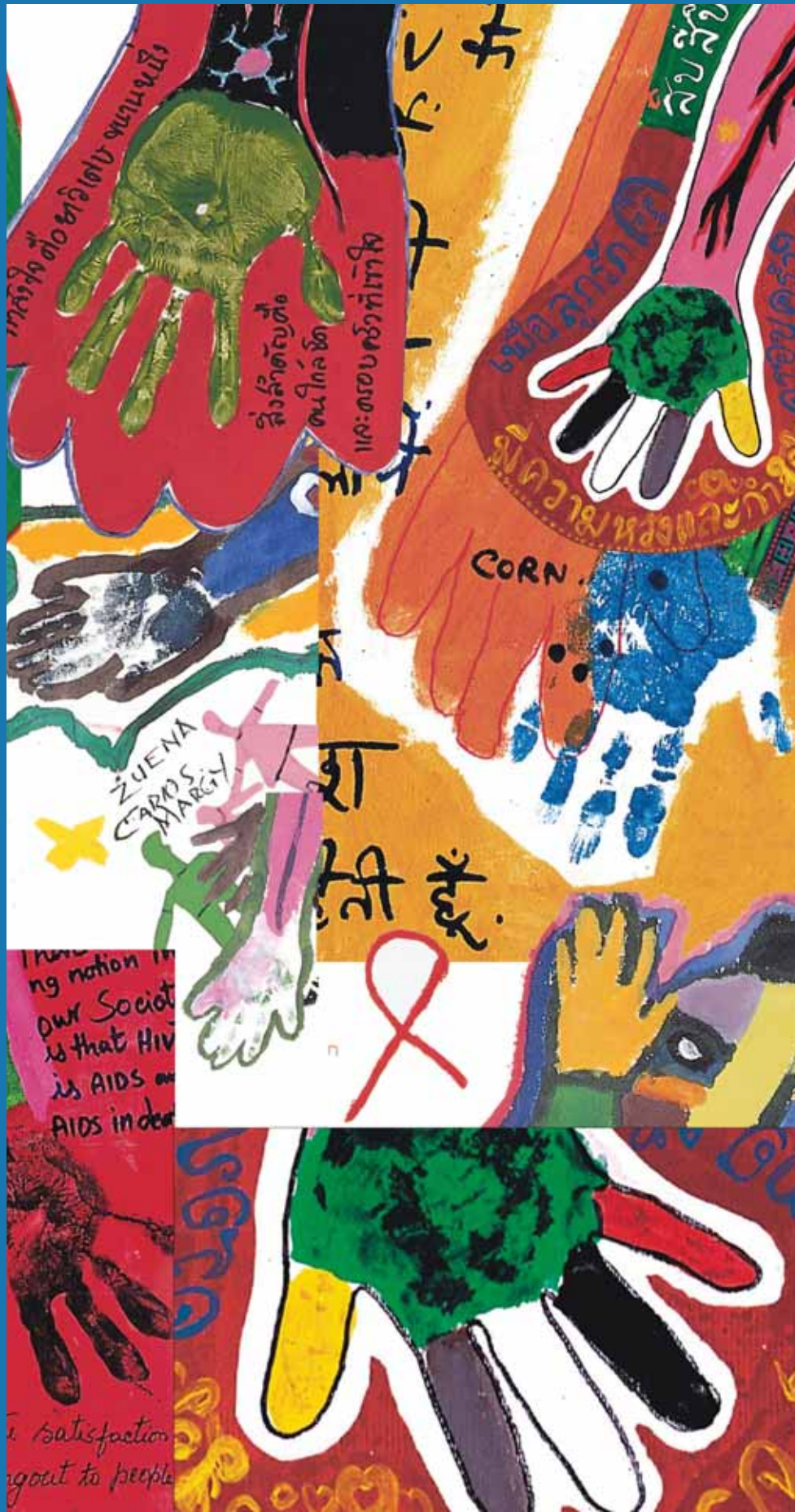




ENGENDERHEALTH



International Community of
Women Living with HIV and AIDS



Salud sexual y reproductiva para mujeres y niñas adolescentes con VIH:

Manual para capacitadores y gerentes de programas

www.engenderhealth.org
www.icw.org

Salud sexual y
reproductiva para
mujeres y
niñas adolescentes
con VIH:

**Manual para capacitadores y
gerentes de programas**



© 2006 EngenderHealth. Derechos reservados.

EngenderHealth
440 Ninth Avenue
Nueva York, NY 10001 U.S.A.
Teléfono: (212)561-8000
Fax: (212)561-8067
Correo-e: info@engenderhealth.org

Cita sugerida:

EngenderHealth e International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW). 2006. *Salud sexual y reproductiva para mujeres y niñas adolescentes con VIH. Manual para capacitadores y gerentes de programa.* Nueva York y Londres.

Carátula: The Trust for Indigenous Culture and Health (TICAH)



La carátula es un collage de manos de mujeres con VIH de Asia y África, que como parte de un proyecto que está en marcha intitulado “Nuestros cuerpos positivos: mapeo de nuestro tratamiento, compartiendo nuestras estrategias”, pintaron mapas de cuerpos. TICAH, cuya sede se ubica en Nairobi, Kenia, comparte mapas de cuerpos, historias de tratamientos, historias de muertes y estrategias de nutrición y herbolarias como parte de su proyecto “Escuchar a quienes lo viven”. TICAH busca influir en las políticas y programas sobre sida para que respondan mejor a los deseos, necesidades, poder y realidades de las mujeres. En esta labor, TICAH está vinculado con Point of View (India) y con grupos que apoyan a mujeres y niños en India, Tailandia y Kenia. A los interesados en información adicional, TICAH les invita a visitar su sitio en internet (www.ticahealth.org) o escribir a: listening@ticahealth.org.



Contenido

Agradecimientos	v
Abreviaturas y acrónimos	vii
Prólogo	ix
Introducción al currículum de capacitación	xiii
Sesión 1: Panorama general	1
Sesión 2: Información básica sobre el VIH y el sida	5
Sesión 3: Exploración de las creencias, valores y actitudes sobre el VIH y el sida	7
Sesión 4: Habilidades y enfoques básicos para la consejería	11
Sesión 5: Vulnerabilidad de la salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas adolescentes con VIH	17
Sesión 6: Abordando el estigma y la discriminación en torno al VIH/sida en las unidades de atención a la salud	25
Sesión 7: Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas adolescentes con VIH	33
Sesión 8: Apoyo a la toma de decisiones informada e voluntaria de las clientes	37
Sesión 9: Aspectos éticos de la consejería	41
Sesión 10: Brindar apoyo psicosocial para un diagnóstico positivo	45
Sesión 11: Revelación del VIH	49
Sesión 12: Abordando la sexualidad con las mujeres y niñas adolescentes con VIH	55
Sesión 13: Mejoramiento de la percepción de riesgo de la cliente	61
Sesión 14: Sexualidad adolescente, embarazo y VIH/sida	67
Sesión 15: Consejería sobre salud sexual y reproductiva para niñas adolescentes con VIH	71
Sesión 16: Atención integral en SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH	77
Sesión 17: Necesidades de planificación familiar de mujeres y niñas adolescentes con VIH (incluyendo protección dual, embarazo y maternidad sin riesgos)	81
Sesión 18: Consejería integrada en SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH	85
Sesión 19: Clausura	91
Apéndices	
Apéndice A: Muestra de una agenda de capacitación de cuatro días	95
Apéndice B: Cuestionarios de los exámenes previo y posterior	97

Apéndice C: Materiales para participantes	105
Apéndice D: Formulario de evaluación del participante	167
Apéndice E: Recursos adicionales	171
Apéndice F: Hojas de datos de SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH	173
Apéndice G: Planeación de intervenciones programáticas vinculando SSR con VIH/sida	191

Agradecimientos

EngenderHealth y la International Community of Women Living with HIV/AIDS, ICW quisieran agradecer las contribuciones hechas a este manual por Emma Bell y Paul Perchal, sus autores originales; y extender su agradecimiento a: EngenderHealth, ICW y a los Ministerios de Salud de Brasil, Etiopía y Ucrania (países en donde se realizó el proyecto original que dio origen a este manual), por su apoyo y orientación constantes, incluyendo a Sharone Beatty, Silvani Arruda, Dra. Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos, Márcia Santana, Dr. Beyerberu Assefa, Dr. Ephrem Kassay, Yengusnesh Taddese, Dra. Oksana Babenko, Dr. Chayka Volodymyr, Dra. Galyna Adamova, Alice Welbourn, Promise Mthembu, Luisa Orza y Fiona Hale; a Susan Rhodes, Dr. Damián Wohlfahrt, Sharone Beatty, Silvani Arruda, Dr. Beyerberu Assefa y Dr. Oksana Babenko, Dr. Lynn Collins, Dra. Jane Cottingham y Dr. Manjula Lusti-Navasimhan, por haber revisado versiones preliminares de este manual; y a Sharone Beatty, Silvani Arruda, Adriana Gómez, Marcos Nascimento, Narda Nery Tebet, Márcia Santana, Dr. Beyerberu Assefa, Dr. Ephrem Kassaye, Yengusnesh Taddesse, Dra. Oksana Babenko, Valentona Kvashenko y Dra. Galyna Adamova por su colaboración para realizar las pruebas de campo.

Reconocemos especialmente a las siguientes redes de personas con VIH (PV) en cada país, por su apoyo constante y participación para desarrollar el manual y ponerlo a prueba en el campo: Club Svitanok/Ukrainian Network of PLHIV, Ucrania; Pela Vidda, Níteroi, Brasil; Mekdim Ethiopia National Association, Etiopía, y Dawn of Hope, Persons Living with HIV Association, Etiopía.

De igual modo, extendemos nuestro agradecimiento al Trust for Indigenous Culture and Health, TICAH, por permitirnos usar la imagen que aparece en la carátula. Este collage muestra las manos de mujeres con VIH de Asia y África, quienes pintaron mapas de cuerpos como parte de un programa de TICAH que está en marcha intitulado: “Nuestros cuerpos positivos: mapeo de nuestro tratamiento, compartiendo nuestras estrategias”.

Diana Quick-Groh editó el manuscrito, Cassandra Cook tuvo a su cargo el diseño y composición del manual y Michael Klitsch fue responsable del proceso general de edición y producción. Guillermina Herrera tuvo a su cargo la traducción al español del manual.

Abreviaturas y acrónimos

AP	atención prenatal
AR	antiretroviral
AZT	azidotimidina (zidovudine)
CCC	comunicación para el cambio de comportamiento
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CPV	consejería y prueba voluntaria
CETE	construcción de entendimiento mutuo, exploración, toma de decisión y ejecución de la decisión
DIU	dispositivo intrauterino
EPI	enfermedad pélvica inflamatoria
FHI	Family Health International
FIV	fertilización in vitro
HSH	hombres que tienen sexo con hombres
ICP	interacción cliente-proveedor
ICW	International Community of Women Living with HIV/AIDS
IEC	información, educación y comunicación
IO	infección oportunista
IPPF	International Planned Parenthood Federation
ITR	infección del tracto reproductivo
ITS	infección de transmisión sexual
MELA	método de amenorrea de la lactancia
NPS	norma para la prestación de los servicios
NVP	nevirapina
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
PAE	píldora anticonceptiva de emergencia
PF	planificación familiar
PI	prevención de la infección
PPE	profilaxis postexposición
PT	parteras tradicionales
PTMHV	prevención de la transmisión madre-hijo (del VIH)
PV	personas con VIH
RCP	reacción en cadena de polimerasa
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SR	salud reproductiva
SSR	salud sexual y reproductiva
TAR	terapia antiretroviral
TARAA	terapia antiretroviral altamente activa
TB	tuberculosis
TMHV	transmisión madre-hijo (del VIH)
UDI	usuario de drogas inyectables
UNAIDS	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	virus de inmunodeficiencia humana
VPH	virus del papiloma humano

Los derechos sexuales y reproductivos se aplican a todos los individuos, independientemente de su condición respecto al VIH. Sin embargo, los derechos de las mujeres y niñas adolescentes con VIH no suelen reconocerse o no son prioritarios. La inequidad de género y algunas prácticas sociales y culturales suelen restringir estrechamente, y a veces controlar las decisiones que las mujeres y niñas adolescentes pueden tomar en relación con sus opciones sexuales y reproductivas. Debido a la pobreza, al estigma relacionado con el VIH y a la discriminación, el acceso a la información y los servicios que de forma crítica requieren las mujeres y niñas adolescentes con VIH se ven gravemente limitados, con consecuencias extremas.

Los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) para mujeres y niñas adolescentes con VIH son limitados en términos de su alcance, acceso y calidad—cuando de hecho existen. Esto obedece en parte a la baja prioridad de tales servicios—lo que es evidencia misma de la inequidad de género y del estigma y la discriminación contra las personas con VIH—y también a las deficiencias en la prestación de los servicios de salud y a las barreras legales y de políticas que limitan el acceso a la atención.

Algunos ejemplos de las conexiones entre el VIH, la SSR, los derechos y las inequidades de género se mencionan a continuación; ilustran por qué razones los derechos sexuales y reproductivos son particularmente importantes para las mujeres y niñas adolescentes con VIH, sus parejas y familias:

- el VIH se transmite principalmente cuando se tienen relaciones sexuales;
- la prueba del VIH suele realizarse en los servicios de SSR (por ejemplo, en las clínicas para la atención prenatal, del aborto y de las infecciones de transmisión sexual [ITS]);
- las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres incrementan su vulnerabilidad a la infección por el VIH, y su condición respecto del VIH aumenta la vulnerabilidad para que sus derechos sexuales y reproductivos sean violados;
- las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH incrementan el impacto del virus sobre ellas;
- las violaciones tienen un impacto directo sobre el acceso de hombres y mujeres a los servicios relacionados con el VIH, sobre sus experiencias y también sobre su habilidad para usar la información y servicios que se les brindan para mejorar su bienestar;
- la calidad y forma de las pruebas, el tratamiento y los servicios de atención pueden resultar en mayores violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y varones con VIH (por ejemplo, presionando a una mujer a hacerse la prueba con su pareja cuando ello puede llegar a exacerbar la violencia doméstica);
- las inequidades sociales y en la prestación de servicios de salud interactúan con el estigma y la discriminación que rodean al VIH y al sida;
- las desigualdades de género y de otro tipo hacen más difícil que se reconozcan los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y hombres con VIH;
- la violencia de género incrementa la vulnerabilidad de las mujeres y niñas para que se les transmita el VIH;

- las niñas adolescentes casi nunca tienen acceso a servicios de SSR de calidad y amigables para la juventud; las probabilidades de ser objeto de estigma y discriminación son mayores entre quienes son seropositivas

A través del Programa de Acción adoptado en 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), y en sus revisiones subsecuentes,¹ la comunidad internacional ha manifestado claramente y respaldado ampliamente el derecho de las personas a acceder a los servicios de SSR, a tomar sus propias decisiones en relación con la atención en SSR y a poseer la información necesaria que les permita tomar esas decisiones. Sin embargo, muchos países carecen todavía de políticas y programas para proteger los derechos de los individuos con VIH, o para que se tomen en consideración las necesidades específicas de las personas que viven con sida.

Al alcanzarse y preservarse los derechos de las mujeres y niñas adolescentes con VIH se habrá de contribuir a asegurar que los servicios de SSR tienen la calidad y el alcance apropiados, y que a ellos pueden acudir todas aquellas personas que los requieran. Los servicios de SSR necesitan ser integrales y vincularse con una gama de servicios, incluyendo los de planificación familiar, atención materna, prevención de la transmisión madre-hijo del VIH (PTMHV), consejería y prueba voluntaria (CPV) del VIH, consejería de calidad, servicios para prevenir la violencia de género, consejería e información sobre salud sexual, e igualmente atención ginecológica incluyendo examen y tratamiento de ITS; examen y tratamiento de cáncer cervical; opciones de fecundidad; aborto en los casos en que sea legal; atención postaborto y servicios psicosociales. Los trabajadores sanitarios requieren de capacitación y apoyo para eliminar el estigma y la discriminación que se originan en el centro de salud, y para prestar una atención de calidad, segura y compasiva para las mujeres con VIH. En términos generales, se requiere de mayor conciencia sobre el más amplio contexto social de las problemáticas que afectan la sexualidad, la salud sexual, el acceso a la atención y la confidencialidad.

La estrecha relación entre la SSR y una mejor prevención, tratamiento y atención al VIH/sida, y su papel para contribuir al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio son ahora ampliamente reconocidos.² Los retos para la SSR y el VIH/sida comparten las mismas causas de raíz, que incluyen la pobreza, la inequidad de género, la marginación y el estigma.³ Por lo tanto, si se asegura el acceso a servicios de SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH se está contribuyendo por igual a una respuesta global eficaz contra el VIH y a la reducción de la pobreza y la inequidad de género.

¹ CIPD. 1994. *Programme of Action*. Consulta del 7 de septiembre de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm; las revisiones subsecuentes de la CIPD incluyen CIPD+5, consulta del 7 de septiembre de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=276, e ICPD+10, consulta del 7 de septiembre de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=226.

² UNFPA. Sin fecha. *Millenium Development Goals and reproductive health*. Nueva York. Consulta del 23 de junio de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/icpd/mdgs-rh.htm.

³ UNFPA. Sin fecha. *Linking HIV/AIDS with sexual and reproductive health*. Consulta del 23 de junio de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/hiv/linking.htm.

En fecha reciente, la comunidad internacional fue impulsada e intensificar estos vínculos a nivel de políticas y programas. Específicamente, las convincentes indicaciones de la disposición de las comunidades que trabajan en SSR y en VIH/sida para adoptar este enfoque sinérgico incluyen el New York Call to Commitment: Linking HIV/AIDS and sexual and reproductive health (“Llamado de Nueva York al compromiso: vinculando el VIH/sida con la salud sexual y reproductiva”);⁴ el Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children (“Llamado a la acción de Glion sobre planificación familiar y VIH/sida en mujeres y niños”);⁵ y el Call to action: Towards an HIV-free and AIDS-free generation (“Llamado a la acción: hacia una generación libre del VIH y del sida”),⁶ emitido a raíz de las reuniones celebradas en diciembre de 2005 en Abuja, Nigeria.

En tanto que el New York call to commitment aborda todas las áreas potenciales de convergencia entre la SSR y el VIH, el Glion call to action se enfoca a los nexos entre planificación familiar y SSR, y principalmente a la PTMH en relación con el VIH/sida. La consulta de Glion fue una iniciativa que marcó un hito para identificar un área prioritaria para vincular la SSR con el VIH/sida, al recomendar que la manera más eficaz para reducir la proporción de criaturas que se vuelven seropositivas es previniendo la infección primaria por el VIH en mujeres, lo mismo que los embarazos no deseados entre mujeres con VIH.

El compromiso de la comunidad internacional y de los gobiernos nacionales para integrar en los servicios de salud materno-infantil intervenciones para la PTMH, e igualmente para fortalecer los vínculos con otros programas de salud, incluyendo varios de SSR y programas de atención, apoyo y tratamiento del VIH, tuvieron un eco reciente en el Call to action: Towards an HIV-free and AIDS-free generation. El llamado a la acción de Abuja (diciembre de 2005), señala que “los programas integrales de PTMH deben incluir estrategias para prevenir la transmisión del VIH a mujeres, ofrecer atención en salud reproductiva a mujeres con VIH; prevenir la transmisión del VIH durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto; y minimizar la transmisión del VIH a través de prácticas infantiles más seguras”.⁷

Si bien la ayuda a mujeres con VIH para prevenir embarazos no deseados se ha reconocido como estrategia clave de la PTMH,⁸ el foco de la atención se ha dirigido a los niños. Cuando se incluye como componente de la atención integral en SSR a la mujer con VIH, y respetando el derecho a tomar decisiones sobre su fecundidad sin ser coaccionada, la prevención de embarazos no deseados debe tomar en cuenta los deseos y preocupaciones de la madre y no sólo

⁴ UNFPA. 2004. *New York Call to Commitment: Linking HIV/AIDS and sexual and reproductive health*. Junio 7 de 2004. Consulta del 31 de agosto de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=195&filterListType=1.

⁵ UNFPA. 2004. *Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children*, Glion, mayo 3-5, 2004. Consulta del 31 de agosto de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=199&filterListType=1.

⁶ UNFPA. 2005. *Call to action: Towards an HIV-free and AIDS-free generation*. Informe del Foro Global de Socios de Alto Nivel sobre Prevención de la Transmisión Madre-Hijo, Abuja, Nigeria, diciembre 3, 2005. Consulta del 31 de agosto de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=259&filterListType=1.

⁷ Ibid.

⁸ Los autores, junto con el resto de la comunidad internacional, reconocen que una respuesta efectiva para la PTMH requiere de un enfoque de cuatro vías, mucho más integral, que abarque prevenir la infección por el VIH en niñas y mujeres; prevenir embarazos no deseados en mujeres que viven con el VIH, reducir la transmisión madre-hijo mediante el uso de drogas antiretrovirales, partos más seguros y consejería para la alimentación del bebé; y brindar atención, tratamiento y apoyo a mujeres que viven con el VIH y a sus familias.

los del bebé que no ha nacido. En este manual de capacitación y programación, la definición holística de salud reproductiva y su perspectiva de una atención integral en SSR son centrales a la discusión respecto a los servicios de SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH. En vez de una orientación programática y de políticas sobre SSR de las personas con VIH, las recomendaciones clínicas de este manual se basan en el trabajo conjunto de UNFPA y la OMS intitulado *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings* (“Salud sexual y reproductiva de mujeres con VIH/sida: norma sobre atención, tratamiento y apoyo para mujeres con VIH/sida y sus hijos en localidades con recursos limitados”),⁹ y en un trabajo de la OMS intitulado *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (“Criterio médico de elegibilidad para uso de anticonceptivos”).¹⁰

El presente manual está diseñado para ofrecer información y la estructura para una capacitación de cuatro días y para un taller de planeación de dos días, que permitirá a los gerentes de programas y trabajadores sanitarios de localidades con recursos limitados, brindar atención integral y de calidad evitando emitir juicios críticos, y apoyar a mujeres y niñas adolescentes con VIH en el contexto local. El manual insta también al compromiso de los varones y, al mismo tiempo, promueve un enfoque holístico para la consejería y la planeación programática integrada en SSR que vincule los servicios de SSR con los del VIH/sida.

El manual se basa en las percepciones y la comprensión de las problemáticas de SSR de las mujeres y niñas adolescentes con VIH, que han compartido estas mismas mujeres y niñas, sus parejas masculinas, trabajadores de la salud, diseñadores de políticas y líderes de la comunidad. Dicha comprensión fue resultado de una investigación cualitativa que realizaron EngenderHealth y UNFPA en Brasil, Etiopía y Ucrania. El manual fue probado en campo con gerentes de programas de SSR y VIH/sida en esos mismos países; la retroalimentación de las pruebas de campo fue incorporada en el presente documento.

⁹ UNFPA y Organización Mundial de la Salud. 2006. *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Ginebra. Consulta del 31 de agosto de 2006 en el sitio: www.ufpa.org/publications/detail.cfm?ID=297&filterListType=1.

¹⁰ WHO. 2004. *Medical eligibility criteria for contraceptive use, third edition*. Ginebra. Consulta del 7 de septiembre de 2006 en el sitio: www.who.int/reproductive-health/publications/mec/.

Introducción al currículum de capacitación

Panorama general

La necesidad de este curso

En años recientes, la comunidad internacional ha ampliado su enfoque para tomar una perspectiva holística de la salud sexual y reproductiva (SSR), en la cual la prestación de servicios de SSR se vincula con los servicios del VIH/sida. Como resultado de ese cambio, surge la necesidad de un adiestramiento que prepare a los trabajadores de la salud para:

- ver a la cliente como una persona íntegra, con una gama de necesidades de SSR interrelacionadas que incluyen información, ayuda para la toma de decisiones y apoyo emocional;
- abordar temas sensibles en torno a la sexualidad sintiéndose más cómodos;
- apoyar y proteger los derechos sexuales y reproductivos de la cliente;
- tener un acceso más fácil a los recursos que cubren diversos servicios de SSR.

Este currículum pretende satisfacer esas necesidades de capacitación de maneras diversas y únicas:

- introduciendo el concepto de “consejería integral en SSR”;
- adaptando los esquemas de consejería de los campos de la SSR y el VIH/sida para ayudar a los trabajadores de la salud a evaluar y abordar eficazmente las necesidades integrales de SSR de las mujeres y niñas adolescentes con VIH.

Meta y objetivos

La meta de esta capacitación es permitir que los trabajadores de la salud se apliquen a las necesidades de SSR de mujeres y niñas adolescentes con VIH ofreciendo servicios integrales de SSR dentro de la unidad en la que prestan sus servicios.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) ha identificado las siguientes áreas nucleares de un paquete integral de SSR:¹¹

- servicios de planificación familiar (PF)/espaciamiento de nacimientos;
- atención prenatal, atención calificada durante el parto y atención postnatal;
- manejo de complicaciones y emergencias obstétricas y neonatales;
- manejo de complicaciones derivadas del aborto y prestación de atención postaborto;
- prevención y tratamiento de infecciones del tracto reproductivo (ITR) y de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/sida;
- diagnóstico temprano y tratamiento del cáncer de seno y de cánceres del tracto reproductivo (en hombres y mujeres);

¹¹ UNFPA. Sin fecha. *Reproductive health services: Offering essential elements*. Consulta del 23 de junio de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/rh/services.htm

- promoción, educación y apoyo a la lactancia materna exclusiva;¹²
- prevención y tratamiento adecuado de la subfecundidad y la esterilidad;
- disuasión activa de prácticas dañinas, como la mutilación genital femenina;
- SSR de las/os adolescentes;
- prevención y manejo de la violencia de género.

Los objetivos generales de este currículum son asegurar que al culminar la capacitación los participantes poseerán los conocimientos, actitudes y destrezas necesarias para llevar a cabo las siguientes tareas clave en relación con las áreas nucleares antes mencionadas:

- ayudar a que las clientes evalúen sus necesidades a partir de la gama de servicios de SSR, de información y apoyo emocional;
- ofrecer información y servicios apropiados tanto a la edad de la cliente como a sus necesidades y a los problemas que se hayan identificado;
- ayudar a las clientes a que tomen ellas mismas decisiones voluntarias e informadas;
- contribuir para que las clientes desarrollen las habilidades requeridas para llevar adelante tales decisiones.

El fundamento: ¿por qué los servicios integrales de SSR?

Típicamente, las clientes buscan servicios de SSR para atender un problema o necesidad particular—por ejemplo, planificación familiar (PF), una ITS, un aborto (en aquellos casos en que es legal) y atención postaborto, o algún aspecto de atención a la salud materna; por otra parte, los trabajadores de la salud responden usualmente a una necesidad o problema en particular. Sin embargo, las personas que viven con VIH pueden tener otras necesidades o preocupaciones que contribuyen a su problema original pero que el proveedor de servicios no identifica ni aborda nunca. Al no abocarse a tales necesidades, los trabajadores de la salud pueden dejar escapar oportunidades clave para mejorar la condición general de salud de las clientes. Este problema de oportunidades perdidas es especialmente preocupante en los servicios de SSR, por las consecuencias potencialmente riesgosas para la vida que representan los embarazos, las ITS y el sida, al igual que el estigma social ligado al VIH y al sida, y el malestar que muchas de las clientes y los proveedores experimentan para discutir estos temas.

Al considerar una perspectiva más amplia y vincular las necesidades o problemas inmediatos de las mujeres o niñas adolescente con VIH con su condición general de salud, esta capacitación puede contribuir a que los trabajadores sanitarios ayuden a las clientes a prevenir problemas potenciales de SSR. Al enfocarse a la cliente como una persona integral y considerar los factores internos y externos de la unidad de salud, los trabajadores tendrán mejores posibilidades de evaluar y satisfacer las necesidades de la cliente. Esto ayudará a que las mujeres y niñas adolescentes con VIH puedan tomar y llevar adelante decisiones de manera más eficaz.

¹² En virtud de que el VIH puede transmitirse a través de la leche materna, las normas sobre alimentación infantil para mujeres con VIH son distintas de las que se aplican a mujeres seronegativas. Consulte la siguiente referencia para conocer cómo difieren entre ellas: UNFPA. 2003. *HIV and infant feeding: Framework for priority action*. Nueva York. Consulta del 23 de junio de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=156&fileterList-Type=1.

El enfoque de la capacitación

En este currículum la consejería se presenta como una habilidad general de la prestación de servicios que se relaciona con todas las áreas de la SSR. Se subrayan las necesidades integrales de la cliente, sus derechos y cómo el proceso de toma de decisiones se ve influido por una combinación de factores socioculturales, económicos, personales y de prestación de los servicios.

Este currículum esencial se propone como complemento a los módulos de un día enfocados a las preocupaciones específicas y necesidades de consejería de clientes que buscan servicios particulares. Los módulos se pueden trabajar inmediatamente después del currículum esencial o posteriormente. Es posible brindar entrenamiento adicional y más profundo—por sí mismo o de manera conjunta con el curso de habilidades básicas—en relación con áreas sustantivas, acudiendo a otra curricula desarrollada por EngenderHealth, la International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), UNFPA y otras organizaciones. (Para una lista de tales recursos, ver el Apéndice E, p. 171).

Participantes y capacitadores del curso

Este currículum puede emplearse para capacitar a toda persona que trabaje en las áreas de la SSR y el VIH/sida. El término trabajadores de la salud o trabajadores sanitarios se emplea aquí para referirse al personal que presta atención clínica, consejería y otros servicios de apoyo en la unidad o como parte de servicios de alcance comunitario. Para este taller intensivo se requiere un equipo de dos capacitadores como mínimo; en tanto que uno de ellos facilita una sesión, el/los otro/s puede/n registrar la información en el rotafolios, vigilar los tiempos, ayudar a que la discusión se mantenga en consonancia con los objetivos de la sesión, vigilar el trabajo de los grupos pequeños y actuar en la demostración de las dramatizaciones.

Es esencial que los capacitadores posean una vasta experiencia, ya sea en consejería o de entrenamiento en consejería. En virtud de que esta capacitación se refiere a “vincular” diferentes áreas de los servicios, el historial de los capacitadores debe complementarse entre sí y (tanto como sea posible) y representar la gama de servicios que la capacitación abarcará.

Este manual se diseñó para ser usado por capacitadores hábiles y experimentados; si bien contiene información para guiarlos durante un taller y ayudarles a tomar decisiones que intensifiquen la experiencia del aprendizaje, supone que los capacitadores comprenden los conceptos del aprendizaje de adultos y conocen el empleo de una variedad de métodos y técnicas de capacitación participativa, y cómo adaptar materiales para satisfacer las necesidades de los participantes.

Nota: Es muy probable que entre quienes participen en la capacitación existan personas con VIH, o que sospechen tener el virus o que tengan (o hayan tenido) amigos o parientes con esa condición. Es importante tener este hecho presente y ser sensibles a él conforme la capacitación avanza.

Cómo usar este currículum

Formato

Este currículum consta de:

- una introducción para los capacitadores
- guías detalladas de las sesiones
- apéndices con materiales de capacitación y herramientas programáticas adicionales.

En el currículum, las guías para las sesiones constan de los siguientes componentes básicos:

1. **Objetivos**—Son los comportamientos concretos y sujetos de medición que los participantes deberían adoptar al concluir cada sesión. Sientan las bases para la evaluación inmediata de resultados y/o las subsecuentes evaluaciones de seguimiento del entrenamiento.
2. **Tiempo**—Es una guía de la duración anticipada de la sesión.
3. **Materiales**—Comprende una lista de los materiales necesarios para llevar a cabo cada sesión.
4. **Preparación anticipada**—Son los pasos preparatorios que los capacitadores deben completar antes de realizar la sesión.
5. **Ideas clave para transmitir**—Se trata de un resumen de los puntos relevantes que los participantes deben retener de cada sesión. (Estos puntos se deben comunicar durante la sesión; los capacitadores pueden acudir a ellos para concluir cada sesión).
6. **Pasos de la capacitación**—Son instrucciones detalladas que orientan al capacitador sobre el modo de realizar las actividades.
7. **Notas para el capacitador/Opciones para la capacitación**—Se trata de sugerencias adicionales sobre cómo llevar a cabo las actividades.
8. **Material para participantes**—Estos materiales se preparan para uso de los participantes y se encuentran en el Apéndice C de este manual.
9. **Recursos del capacitador**—Algunas de las sesiones tienen materiales, tablas o figuras adicionales para uso del capacitador.

Los apéndices contienen materiales explicativos y herramientas que ayudarán a los capacitadores a conducir las actividades de entrenamiento del modo más eficaz posible; sirven también para que se asegure la realización del seguimiento sobre cómo diseñar intervenciones programáticas que vinculen la SSR con el VIH/sida. Los apéndices son:

- **Apéndice A: Muestra de una agenda de capacitación de cuatro días.** Los capacitadores pueden adaptar esta agenda a las necesidades de los participantes.
- **Apéndice B: Cuestionarios de los exámenes previo y posterior.** Esta auto-evaluación está diseñada para administrarse al principio y al concluir el taller. Cuando se administra al inicio, los capacitadores pueden acudir a sus resultados para adaptar la capacitación al nivel de conocimientos y experiencia del grupo que participa. Cuando se administra tanto al inicio como el término del taller, los capacitadores pueden usar la encuesta para medir qué tanto se modificaron los conocimientos y actitudes de los participantes en el transcurso de la actividad.

- **Apéndice C: Materiales para participantes.** Estos materiales tienen el doble propósito de ofrecer a los participantes información que requerirán para completar algunas de las actividades de capacitación, y asimismo material de referencia sobre tópicos clave. Al comenzar la capacitación se pueden distribuir copias de todos los recursos a manera de guía, o bien distribuir un material en especial al concluir la sesión correspondiente.
- **Apéndice D: Formato de evaluación del participante.** Los capacitadores deben reproducir, distribuir y recoger las copias de este formato al concluir la capacitación.
- **Apéndice E: Recursos adicionales.** Este apéndice contiene una lista de sitios en internet y currícula que está disponible con EngenderHealth, ICW, UNFPA y otras organizaciones.
- **Apéndice F: Hojas de datos de SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH.** Este apéndice es una colección de materiales adaptados de ICW, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNFPA.
- **Apéndice G: Planeación de intervenciones programáticas vinculando la SSR con el VIH/sida.** Este apéndice ofrece actividades para gerentes de programa y trabajadores sanitarios, para ayudarles a planear y diseñar intervenciones de SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH; se incluyen hojas de trabajo y herramientas relacionadas para explorar más ampliamente las necesidades de su clínica y cómo pueden satisfacerse en el proceso de planeación.

Preparación para los capacitadores

Se recomienda que los capacitadores revisen la totalidad del recurso de capacitación (incluyendo los materiales y otra documentación complementaria) para darse una idea del tipos de sesiones que se ofrecen y comprender el propósito, contenido y enfoque de la guía de capacitación. Los capacitadores podrán elegir entonces las áreas del contenido y las actividades que son más adecuadas a las necesidades de quienes participan en el entrenamiento.

A continuación deberán reunirse con los gerentes de programa de la institución que solicita o patrocina la capacitación. En la unidad de servicios de salud, los gerentes que solicitaron la capacitación deberán estar conscientes de sus metas, objetivos y de la audiencia propuesta. De forma conjunta, capacitadores y gerentes deberán definir el propósito de la capacitación y confirmar el tiempo que se ha comprometido para la actividad.

Durante esta visita, los capacitadores deben:

- identificar las áreas específicas de SSR y los grupos comunitarios o poblaciones de clientes sobre las que se hará énfasis durante la capacitación;
- identificar y programar módulos de seguimiento o contenidos de capacitación más profundos que puedan satisfacer de mejor manera las necesidades de adiestramiento y de prestación de servicios de los participantes;
- acordar los pasos para el seguimiento del entrenamiento, asignando tiempos y responsabilidades (por ejemplo, a los capacitadores o a los supervisores de programa);
- identificar a los trabajadores de la salud que serán incluidos, de manera que se cubra una muestra representativa de habilidades y servicios;

- identificar cuáles gerentes o administradores de programa asistirán a las capacitaciones o planear un taller independiente para abordar sus necesidades específicas. (No es necesario que los supervisores o gerentes o administradores asistan a todas las sesiones);
- identificar a los gerentes de programa y al personal que asistirá al taller de planeación con duración de dos días (descrito en el Apéndice G, p. 191).

Previa la realización del taller, trate de visitar la unidad de servicios. Los capacitadores deberán asegurar que antes del entrenamiento poseen total comprensión de los antecedentes de los participantes (incluyendo el entrenamiento previo en consejería que puedan haber recibido), sus tareas y necesidades de capacitación. Se recomienda que los capacitadores observen a los participantes mientras realizan sus labores, tomando nota de la situación que guarda en la actualidad en la unidad la prestación de servicios de SSR y VIH/sida. Además, los capacitadores deberán charlar con los participantes acerca de su experiencia en la prestación de servicios de SSR y VIH/sida, planteando preguntas específicas relacionadas con su nivel de conocimientos y actitudes.

Capacidad de adaptación intercultural

El presente manual está destinado para una gran variedad de escenarios culturales. Por ello, exhortamos a los capacitadores a adaptar las sesiones—incluyendo los estudios de caso y las sugerencias para las dramatizaciones o psicodramas—a fin de reflejar las necesidades de los participantes y las normas del contexto local. Estas adaptaciones pudieran ser tan sencillas como cambiar los nombres de los personajes en los estudios de caso, o tan complejas como desarrollar nuevas sugerencias para las dramatizaciones, o incluso idear nuevos ejercicios.

Género y VIH/sida

Este manual de capacitación reconoce que las inequidades entre hombres y mujeres, a la par de las normas que rigen el comportamiento sexual de ambos, afectan la SSR de las mujeres y niñas adolescentes con VIH. Además, el currículum explora cómo es que las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con VIH ejercen un impacto sobre su habilidad para acceder a la atención, tratamiento y apoyo. Forma parte integral del presente manual una filosofía de conjunto para empoderar a las mujeres y promover el compromiso de los hombres para reducir las barreras sociales, de género, culturales, económicas y legales para una atención eficaz a la SSR de las mujeres y niñas adolescentes con VIH.

Objetivos

- Dé la bienvenida oficial a todos los participantes. Preséntelos y haga lo propio con el o los invitados y los capacitadores.
- Describa el propósito de la capacitación y la agenda.
- Establezca un conjunto de “reglas” o “normas” que acordará con el grupo y que regirán los trabajos.
- Explore las expectativas de los participantes.
- Administre el cuestionario del examen previo.

Tiempo

90 minutos

Materiales

- copias de la agenda diaria
- un rotafolio que muestre la agenda diaria (opcional)
- copias de la agenda para los cuatro días (Apéndice A, con las adaptaciones para la capacitación actual a fin de satisfacer las necesidades de los participantes)
- copias del cuestionario para el examen previo (Apéndice B)

Preparación anticipada

1. Cualquier ponente invitado debe ser informado en detalle y con anticipación sobre el propósito de la capacitación para que tenga suficientemente claro el tema de su intervención en la apertura y la duración de su presentación.
2. Prepare y reproduzca para todos los invitados y participantes la agenda para los cuatro días de la capacitación. Es conveniente, asimismo, que durante todo el día la agenda esté visible en una hoja de rotafolios pegada en la pared. Puede ser preferible no incluir horarios exactos para las actividades a fin de que los capacitadores dispongan de una cierta flexibilidad.
3. Prepare y reproduzca el cuestionario para el examen previo según el número de participantes que conformen el grupo.

Ideas clave para transmitir

- Todas las personas que acuden a esta capacitación poseen una experiencia que es valiosa para el proceso. Si bien pretendemos suministrar y revisar alguna información y habilidades, estos cuatro días constituirán un proceso interactivo durante el cual aprenderemos no sólo de los capacitadores sino también unos de los otros.

- El VIH y el sida nos afectan a todos en la comunidad. Es altamente probable que entre los capacitadores, los participantes, sus amigos y familias existan personas con VIH. Es importante tener presente este hecho en el transcurso de la capacitación. Cualquiera persona que elija identificarse como seropositiva es libre de hacerlo. Reitere que el espacio es seguro y que todo lo que aquí se trate es confidencial; de ahí que una revelación de este tipo no deba salir del ámbito del grupo.
- El propósito general de la capacitación es preparar a los participantes para que brinden servicios de SSR a mujeres y niñas adolescentes con VIH de una manera eficaz, cómoda y centrada en la cliente. Esto lo haremos compartiendo información, realizando dramatizaciones y a través de algunas actividades en grupos pequeños y ampliados creando un entorno de aprendizaje interactivo. Cada día se edificará en base a los otros, de modo que el compromiso de asistir los cuatro días es vital.
- Al enfocarnos en la cliente como una persona con derechos, y al considerar factores internos y externos a la unidad de salud, incluyendo dinámicas de género, los trabajadores de la salud tendrán mejores posibilidades de evaluar y satisfacer las necesidades de las clientes.

Pasos de la capacitación

1. Un representante de la organización local “anfitriona” inaugura formalmente el taller dando la bienvenida a los participantes, explicando el objetivo del entrenamiento y presentando a los capacitadores.
2. A continuación, los capacitadores recorren el salón pidiendo a cada participante mencionar brevemente su nombre, el de su clínica, su puesto, los años que ha trabajado en este campo y una cosa (enfátice este punto y cíñase a la solicitud de que sea una sola cosa) que espera obtener de su participación en esta actividad. Registre las ideas en una hoja de rotafolios y procure fijarla. (Puede referirse de nuevo a esta lista durante la sesión de clausura el último día).
3. Un capacitador ofrecerá un panorama general del entrenamiento revisando las metas y objetivos globales del taller. (Para mayor referencia, vea la Introducción, páginas xiii–xviii, con los objetivos de la capacitación y antecedentes del por qué de este currículum. Los comentarios del capacitador pueden extraerse de aquí, dependiendo de los antecedentes e intereses de los participantes). Los capacitadores pueden entonces distribuir la agenda para el Día 1 y revisarla con los participantes. Responda a cualquier pregunta que surja sobre el programa del día o de los cuatro días.
4. Establezca un conjunto de reglas o normas de grupo acordadas con los participantes. Un capacitador puede preguntar si alguien del grupo ha asistido a algún taller previamente y, en caso afirmativo, si con ese motivo se desarrollaron reglas o normas grupales al iniciarse la actividad. Si así fue, pida a ese participante explicar el propósito de tales reglas. Si no es el caso, explique al grupo por qué se establecen:
 - para crear un entorno seguro para el aprendizaje de todos los involucrados;
 - para tener expectativas escritas del modo como el grupo trabajará durante la capacitación;
 - para ayudar a facilitar que los objetivos de la capacitación se alcancen.

5. Pida al grupo que en una lluvia de ideas aporten algunas reglas y anótelas en el rotafolios; las que se sugieren incluyen:
 - mostrar respeto, especialmente cuando surjan diferencias de opinión;
 - que una sola persona a la vez hable para que todos escuchen lo que cada quien tiene que decir;
 - evitar conversaciones paralelas que distraen a las personas impidiendo escuchar lo que alguien más está expresando;
 - comenzar y terminar a tiempo;
 - iniciar sus intervenciones con la palabra “yo” al expresar una opinión. Por ejemplo, se debe intentar decir: “yo creo...” en vez de: “todos creemos...”;
 - en la medida de lo posible, participar plena y equitativamente. Mencione el derecho de los participantes a “pasar” (esto es, si en algún momento una persona se siente incómoda, puede elegir “pasar” y no participar en la discusión);
 - prometer confidencialidad. (Aunque este punto se comentará durante la sesión introductoria, es buena idea que aparezca en la lista de las reglas que regirán el trabajo grupal);
 - divertirse. (Este aspecto es importante: haga saber a los participantes que aunque los temas que se analizarán son muy serios, las tareas se llevarán a cabo de manera dinámica por lo que se espera que el trabajo conjunto se disfrute);
 - existe el derecho a equivocarse y a reconocer los errores.
6. Distribuya el examen previo (que aparece en el Apéndice B, p. 97) mencionando brevemente sus distintas secciones; averigüe si los participantes tienen preguntas. Asigne 30 minutos para que los participantes contesten el examen verificando el tiempo a los 10 y 20 minutos. (En las pruebas de campo de este currículum, algunos participantes no fueron capaces de terminar el examen previo en los 30 minutos asignados; pero en el examen posterior lo hicieron oportunamente).
7. Después de recolectar los exámenes previos, explique que las calificaciones se anunciarán al día siguiente. Usted no revisará los exámenes; lo que sucederá es que durante el taller se cubrirá toda la información necesaria para contestar las preguntas. Los exámenes previos se devolverán al concluir la capacitación, una vez que los participantes hayan completado el examen posterior, con lo que podrán comparar su puntuación antes y después del taller.

Objetivos

Al término de la sesión los participantes serán capaces de:

- explicar las tendencias de transmisión del VIH/sida en el contexto local y sus implicaciones para las mujeres, sus hijos y sus parejas;
- describir la información básica sobre transmisión del VIH y la progresión de la enfermedad del VIH.

Tiempo

30 minutos

Materiales

- Material para participantes 2.1: Información básica sobre VIH y sida, p. 106
- papel para rotafolios
- marcadores
- cinta *masking*
- una colección de antecedentes sobre la situación del VIH y el sida en la localidad

Preparación anticipada

1. **Importante:** Antes de estructurar este ejercicio, los capacitadores necesitarán evaluar el nivel de conocimientos del grupo participante respecto del VIH, el sida y las ITS. De igual modo, necesitarán suministrar a los participantes información objetiva sobre las tendencias y patrones relacionados con el VIH, el sida y las ITS en el contexto local (en particular los que atañen a las mujeres y niñas adolescentes) provenientes de fuentes también locales, tales como los ministerios de salud, organizaciones de la sociedad civil que trabajan en sida y otros grupos, sobre prevalencia de VIH/ITS y comportamientos de riesgo/actitudes relacionadas con VIH/ITS. La información puede obtenerse, asimismo, de sitios como los de UNAIDS (www.unaids.org), la Organización Mundial de la Salud (www.who.org) y UNFPA (www.unfpa.org).
2. En la medida de lo posible, los participantes deben recibir estos antecedentes una semana antes del inicio del taller, como mínimo, para que puedan familiarizarse con los datos. Si esto no fuera posible, suministre esta información a los participantes al comenzar el taller solicitándoles que la revisen en su tiempo libre.
3. Reproduzca la información sobre VIH e ITS de las fuentes que haya identificado y entregue una copia a cada participante.

Ideas clave para transmitir

- La información sobre VIH y sida está sujeta a cambios a medida que los científicos descubren nuevos detalles sobre los procesos de infección y tratamiento. Como trabajadores de la salud, es importante que se mantengan actualizados para que puedan responder de la manera más precisa posible a los cuestionamientos de las clientes.
- Es esencial que los trabajadores sanitarios comprendan los conceptos clave acerca del VIH, el sida, la transmisión general del VIH, la transmisión específica del VIH en mujeres, la transmisión madre-hijo del VIH (TMHV), el importante vínculo entre VIH y otras ITS y la progresión de la enfermedad del VIH.
- Es importante que los trabajadores comprendan los patrones locales de transmisión del VIH y las ITS, y cómo pueden afectar directamente a las mujeres, a sus hijos y sus parejas.
- La práctica sobre cómo comunicar información objetiva acerca de la transmisión y prevención de VIH/ITS puede contribuir a que los trabajadores de la salud se sientan más cómodos cuando interactúen con esas clientes en torno a dichas problemáticas reforzando, al mismo tiempo, comportamientos de búsqueda de la salud.
- Apoderarse de la información básica sobre transmisión y progresión del VIH ayudará a los trabajadores sanitarios a comprender los fundamentos para brindar servicios integrales de SSR y VIH/sida.

Pasos de la capacitación

Actividad A. Presentación (30 minutos)

1. Informe a los participantes que les suministrará alguna información básica sobre transmisión del VIH y progresión de la enfermedad del VIH.
2. Haga una presentación breve sobre los datos básicos del VIH y el sida. Cubra los puntos del Material para participantes 2.1. Información básica sobre VIH y sida, p. 106.
3. Entregue a cada participante una copia de la información sobre la situación local del VIH y las ITS.
4. Ofrezca a los participantes un resumen de los puntos clave para transmitir.

Consideraciones para el facilitador/Opción de capacitación

Si es posible y apropiado, invite a un experto en VIH, sida e ITS para dar una presentación breve sobre información básica.

Si el grupo tiene un buen conocimiento sobre VIH y sida, considere llevar a cabo una sesión para romper el hielo, o un juego para reforzar aquello que los participantes ya saben. Por ejemplo, revise los Materiales para participantes y formule entre siete y diez preguntas para que los participantes las contesten. Ofrezca un pequeño premio al participante que conteste mejor cada pregunta.

Objetivos

Al término de la sesión los participante serán capaces de:

- describir sus creencias y valores en relación con una gama de temas potencialmente sensibles relacionados con el VIH y el sida;
- compartir la diversidad de opiniones al interior del grupo;
- demostrar que están conscientes de qué tanto sus propias creencias/valores influyen sobre sus actitudes en relación con el VIH y el sida, y cómo tales actitudes pueden tener un impacto en su trabajo;
- explicar maneras para poder mantenerse neutrales en su interacción con las clientes, aun si sus creencias y valores difieren de los de ellas.

Tiempo

90 minutos

Materiales

- papel de rotafolios
- marcadores
- cinta *masking*

Preparación anticipada

1. Prepare dos pliegos de papel de rotafolios; escriba en uno de ellos “De acuerdo”, y en el otro “En desacuerdo”.
2. Coloque los pliegos con los letreros “De acuerdo” y “En desacuerdo” en lados opuestos del salón, o en un muro grande pero suficientemente separados entre sí.
3. Seleccione entre cuatro y seis expresiones de la lista de creencias para estimular la discusión (ver ejemplos en los Recursos del capacitador 3.1, p. 10, al final de esta sesión) y/o elabore nuevas expresiones, dependiendo de las necesidades e intereses particulares del grupo que se está capacitando.
4. Arregle el salón para que haya un espacio abierto suficientemente amplio que permita que los participantes se reúnan cerca de los pliegos con los letreros “De acuerdo” y “En desacuerdo”

Ideas clave para transmitir

- Cualquier persona puede contagiarse del VIH; por ello, no debemos suponer que alguien sea o no seropositivo/a.

- Las personas con VIH tienen derecho a tomar sus propias decisiones reproductivas, libres de coacción.
- Las personas con VIH tienen derecho a una vida sexual segura y satisfactoria y a la gama completa de servicios de SSR.
- Las precauciones estándar o universales¹³ constituyen la mejor manera de prevenir la transmisión del VIH en una clínica de salud, y pueden ayudar a disminuir los temores de los trabajadores sanitarios y las clientes en relación con la transmisión del VIH.
- Hacer la prueba del VIH a una persona sin su consentimiento, retener los resultados o no brindarle consejería adecuada antes y después del examen es faltar a la ética. (La sesión 11 se refiere a temas de revelación del VIH).
- Los trabajadores de la salud tienen la obligación profesional de mantener un punto de vista objetivo, de no juzgar a sus clientes y de evitar que sus creencias personales, valores y actitudes constituyan barreras para la prestación de una atención de calidad y compasiva a clientes con VIH o a quienes se perciba que sean seropositivas o en riesgo de serlo.
- No existe justificación para solicitar a quienes piden trabajo o a trabajadores que revelen su condición de VIH, o requerirles que se practiquen una prueba del VIH. La Organización Internacional del Trabajo, que co-patrocina a UNAIDS, señala en su Código de Prácticas que: “En el espíritu del trabajo decente y del respeto a los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas o afectadas por el VIH/sida, no debe existir discriminación alguna contra los trabajadores en base a su condición de seropositivos, sea ésta real o percibida.”¹⁴

Pasos de la capacitación

Actividad A. Actividad del grupo ampliado (45 minutos)

1. Explique que este ejercicio ayudará a comprender los puntos de vista que difieren de los propios, y a considerar cómo es que las creencias y actitudes respecto del VIH y el sida pueden afectar el modo como tratamos a nuestras clientes. Señale que para los fines de este ejercicio no existen respuestas “correctas” o “erróneas” y que todos tenemos derecho a tener opiniones propias. Sin embargo, tal y como se enfatizará en este taller, los trabajadores sanitarios son responsables de asegurar que estas creencias y actitudes no quebrantan los derechos de las clientas ni comprometen la prestación de una atención de calidad. Este ejercicio ayudará a revelar la gama de las distintas perspectivas.
2. Solicite a los participantes reunirse en el centro del área abierta del salón. Dirija su atención al papel que tiene escritos los letreros “De acuerdo” y “En desacuerdo”.
3. Explique que leerá una serie de expresiones sobre ciertos valores. Después de que haya leído en voz alta cada expresión, los participantes decidirán si están de acuerdo o no con

¹³ Las precauciones estándar o universales son medidas sencillas de control de la infección que reducen el riesgo de transmisión de patógenos de origen sanguíneo mediante la exposición a la sangre o a los fluidos corporales entre pacientes y trabajadores de la salud. Bajo el principio de la “precaución universal”, la sangre y los fluidos corporales de todas las personas deben ser consideradas como infectados por el VIH, sin importar la condición conocida o supuesta de la persona (OMS. 2006. Universal precautions, including injection safety. Ginebra. Consulta del 24 de septiembre de 2006 en el sitio: www.who.int/hiv/topic/precautions/universal/en/).

¹⁴ Oficina Internacional del Trabajo. 2001. An ILO code of practice on HIV/AIDS and the world of work. Geneva. Consultado el 26 de junio de 2006 en: www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/codelanguage.htm.

ella. Quienes estén de acuerdo se moverán hacia donde se ubica el letrero “De acuerdo”; quienes no lo estén se moverán cerca del letrero “En desacuerdo”. Informe a los participantes que si en el curso de la actividad escuchan algo que los haga cambiar de opinión, pueden trasladarse de un área del salón a otra.

4. Lea una de las expresiones en voz alta. Pida a los participantes moverse al área apropiada del salón, según la opinión que la expresión les merezca. Invite a uno o dos de los participantes a que expliquen desde su ubicación (cerca de los letreros “De acuerdo” o “En desacuerdo”) las razones de haber elegido posicionarse en donde están.
5. El capacitador debe mantenerse neutral evitando ofrecer interpretaciones que pudieran influir sobre las preferencias de los participantes. Sin embargo, el capacitador puede compartir algunos datos objetivos para aclarar ciertos temas, según se requiera. Después de escuchar cada una de las posturas en voz de un representante, dé a los participantes la opción de cambiar de lugar si lo desean. Cuando los participantes se muevan, pregúnteles qué fue lo que los incitó a cambiarse.
6. Repita este proceso hasta que haya formulado todas las expresiones que desee que el grupo considere.

Actividad B. Discusión (15 minutos)

1. Pida a los participantes retomar sus lugares para un análisis grupal. Facilite una discusión para explorar más profundamente las diferencias de opinión y de valores con base en las siguientes preguntas:

(Nota: Si el tiempo de que se dispone es limitado, asigne prioridades a las preguntas que usará).

- ¿Cómo se sintió durante este ejercicio? ¿Qué le pareció?
- ¿Le sorprendieron algunas de las opiniones o valores que se expresaron?
- ¿Cuáles afirmaciones fueron las más controvertidas? ¿Por qué?
- ¿Cómo puede explicar las diferencias que existen entre los individuos que conforman este grupo?
- ¿Qué sintió cuando otras personas expresaron valores y creencias que usted comparte? ¿Y qué sucedió con las que fueron diferentes a las suyas?
- ¿Cree usted que en su clínica una cliente con VIH tendría una opinión diferente acerca de estos temas?
- ¿Considera que en su clínica un empleado con VIH tendría una opinión distinta acerca de estos temas?
- ¿Por qué es importante explorar estas problemáticas?
- ¿Cómo pueden las actitudes y creencias afectar el comportamiento de usted con una cliente o su trato con ella?
- ¿Cómo es que los temores y prejuicios contra las personas con VIH, o hacia quienes se percibe que son seropositivas o en riesgo de serlo, influyen sobre nuestras
- ¿De qué manera podemos evitar que nuestras propias creencias y actitudes influyan negativamente en nuestro trabajo?
- ¿Cómo puede usted abordar algunas de estas difíciles problemáticas en su unidad de salud?

2. Ofrezca a los participantes un resumen de las ideas esenciales para transmitir.

Seleccione entre cuatro y seis expresiones de creencias (de la siguiente lista de opciones) para estimular la discusión.

- Es lícito aislar en una sala aparte a los pacientes con VIH.
- Las pacientes con VIH deben ser tratadas igual que otros pacientes.
- Como es poco lo que podemos hacer por una paciente con sida, es mejor invertir el tiempo y los limitados recursos en pacientes con enfermedades que pueden tratarse.
- Es lícito revelar la condición de VIH de una paciente a su pareja o a sus parientes cercanos.
- Un trabajador sanitario debe tener mucho más cuidado con las lesiones por pinchazos de agujas y con otras exposiciones potenciales cuando está en contacto con una cliente que es trabajadora sexual, que cuando lo está con una mujer monógama que está casada.
- El personal de salud debe practicarse de manera rutinaria la prueba del VIH para evitar transmitir el virus a las clientes.
- El personal de salud debe tener derecho a negarse a prestar los servicios si los materiales que se requieren para aplicar las precauciones universales no están disponibles.
- El personal con VIH debería dar a conocer a sus colegas su condición de serpositivo/a.
- A los médicos y enfermeras con VIH no se les debe permitir atender a pacientes.
- Una mujer con VIH no debería tener bebés.
- Quienes adquieren el VIH por vía sexual merecen haberse contagiado en virtud de su comportamiento.
- Las personas que adquieren el VIH por inyectarse drogas ilegales merecen haberse contagiado en virtud de su comportamiento.
- Si un trabajador sanitario teme que una paciente le transmita el VIH debería tener la opción de no ver a esa paciente.
- Si la prueba del VIH está disponible, los trabajadores de la salud tienen derecho a que sus pacientes se hagan esa prueba para saber conocer la condición de las pacientes que tratan.
- Si una mujer llega diciendo que usa drogas, usted debe esperar que tenga el VIH.
- Es correcto referirse en voz alta a la condición de VIH de una persona, estando al alcance del oído de otras/os clientes y trabajadores salud en la clínica.
- Si una mujer con VIH ya tiene cuatro hijos se le debe esterilizar.

Objetivos

Al término de la sesión los participantes serán capaces de:

- describir las habilidades de comunicación básicas de un consejero eficaz;
- describir el CETE, un marco de trabajo para la consejería integral en SSR;
- identificar los elementos de este marco de trabajo que ya están poniendo en práctica, los que requieren de una mayor capacitación y los que encontrarían barreras para ponerse en práctica en sus lugares de trabajo ;
- explicar la importancia de aplicar marcos conceptuales en la consejería según la situación única de cada paciente;
- explicar la importancia de abordar el contexto para la toma de decisiones en la consejería integral en SSR;
- describir de qué modo la consejería integral en SSR apoya la toma de decisiones voluntaria e informada por parte de las clientes.

Tiempo

90 minutos

Materiales

- papel para rotafolios
- marcadores
- cinta *masking*
- Material para participantes 4.1: Habilidades de comunicación de un consejero eficaz, p. 108
- Material para participantes 4.2: Panorama del modelo de consejería CETE, p. 111

Preparación anticipada

1. Prepare un rotafolios con la siguiente definición de la consejería integrada en SSR:
La consejería integrada en SSR es una interacción de dos vías entre una cliente y un trabajador de la salud, a fin de evaluar y abocarse a las necesidades generales de SSR de la cliente, sus conocimientos y preocupaciones, independientemente del servicio de salud en el que trabaje o del servicio que la cliente haya solicitado
2. Prepare un pliego de papel de rotafolios con las tres preguntas para las tablas del marco de trabajo CETE (ver Actividad B, Paso 1).
3. Prepare cuatro pliegos de papel de rotafolios, uno para cada fase del CETE, que muestre sus pasos; incluya columnas para marcar el estado actual de ese paso (Actividad B, Paso 2). Ver el Recurso del capacitador 4.1: Etapas del CETE, p. 14.

Ideas clave para transmitir

- El marco de trabajo CETE (que significa Construcción de entendimiento mutuo, Exploración, Toma de Decisiones y Ejecución de la Decisión), es útil para la consejería integral en SSR. Enfatiza la responsabilidad de la cliente para tomar una decisión y llevarla a cabo; ofrece una guía para considerar las relaciones sexuales de la cliente y su contexto; y aborda los retos a los que una cliente puede enfrentarse al llevar adelante la decisión ofreciendo el desarrollo de habilidades para ayudarla a enfrentar tales retos.
- El CETE constituye un marco de trabajo útil, sin que ello signifique que se le deba observar al pie de la letra o en un orden secuencial durante una sesión de consejería. Los marcos de trabajo pueden ser útiles a los trabajadores sanitarios al ofrecerles una estructura para hablar con la cliente y evitar que se pasen por alto pasos importantes.
- Sea cual fuere el marco que se use para la consejería, es importante personalizar las sesiones. Al individualizar la discusión y aplicarla a la situación específica de la cliente, usted puede ayudarla a percibir su propio riesgo y vulnerabilidad evitando que pueda pensar que el embarazo no deseado o el VIH y el sida “son cosas que les suceden a otras personas”.
- Durante la consejería centrada en la cliente, evite agobiarla con información innecesaria. Para hacerlo, debe examinar primero la situación de la cliente y después ajustar la sesión para satisfacer sus necesidades y las de su pareja.
- Comprender y explorar el contexto de las decisiones es crítico para ayudar a que la cliente determine su riesgo y vulnerabilidad, y para que tome decisiones realistas sobre sus necesidades de SSR. Lo anterior incluye, asimismo, anticipar resultados de las decisiones; esto es, si una decisión (por ejemplo, sugerir el uso del condón a la pareja) podría desencadenar la violencia.

Pasos de la capacitación

Actividad A. Lluvia de ideas/discusión (20 minutos)

1. Pida a los participantes mencionar el mayor número posible de habilidades de comunicación de un buen consejero. Anote sus sugerencias en papel de rotafolios. Al cabo de 10 minutos, revise brevemente las habilidades de comunicación de un buen consejero—Material para participantes 4.1, p. 108—anotando en el rotafolios cuáles habilidades son las que el grupo ha identificado y destacando aquéllas que el grupo no ha mencionado.
2. Divida a los participantes en cuatro grupos. (Si para hacerlo requiere que los participantes cambien de lugar, pídale llevar consigo sus manuales, cuadernos, lápices o plumas).
3. Presente el ejercicio indicando a los participantes que van a examinar un marco de trabajo de la consejería para integrar la PF, la sexualidad, la prevención del VIH y las ITS, su tratamiento y atención, el cuidado de la salud materna, la atención postaborto, la consejería y otros.
4. Enfatice que en toda consejería la cliente es más importante que el marco de trabajo. Durante los siguientes ejercicios y discusiones, los participantes deben tener en mente que los marcos de trabajo pueden ser útiles para los proveedores de salud al proporcionarles una

estructura para interactuar con la cliente evitando que se pasen por alto pasos importantes. Sin embargo, el marco es bueno sólo si les permite atender las necesidades y preocupaciones únicas de cada cliente en particular.

5. Refiera al Material para participantes 4.2, p. 111, y solicite que busquen la descripción del CETE. Revise brevemente las fases y pasos. Mencione que el marco CETE está diseñado para servicios integrados de SSR porque:
 - subraya los derechos y responsabilidades de la cliente para tomar una decisión y llevarla a cabo;
 - ofrece orientación para tomar en cuenta las relaciones sexuales de la cliente y su contexto;
 - se aboca a los retos a los que una cliente puede enfrentarse para llevar adelante esta decisión y ofrece el desarrollo de destrezas para ayudarle a ir al encuentro de esos retos.
6. Pegue la hoja de papel rotafolios con la definición de consejería integrada en SSR y pregunte a los participantes si están de acuerdo con ella, o si tienen sugerencias o desean agregar algo para que la definición quede más clara.

Actividad B. Actividad en grupos pequeños (20 minutos)

1. Para una tarea en grupos pequeños, fije una hoja de papel rotafolios con las preguntas siguientes. Explique que cada grupo considerará una fase del CETE y responderá a varias preguntas en relación con cada paso.
 - ¿Cuáles pasos ya está realizando en su consejería?
 - ¿Cuáles pasos requerirían de capacitación adicional, ya sea en términos de conocimientos o destrezas, o para que los trabajadores sanitarios se sientan más cómodos? (Para los pasos que ya se están llevando a cabo, una capacitación adicional pudiera resultar útil).
 - ¿Cuáles pasos representarían un reto para ponerse en vigor y por qué?
2. Asigne una fase del CETE a cada uno de los cuatro grupos y distribuya las hojas de papel rotafolios preparadas por separado para este fin (ver abajo).
3. Pida a los participantes referirse a la versión más detallada del CETE que está incluida en sus materiales y que les permitirá comprender mejor cada paso.
4. Explique que para cada paso deben revisar la descripción que aparece en el Material para participantes 4.2, considerar estas preguntas y verificar en la tabla las que aplican a su lugar de trabajo. Pudiera ocurrir que para algunos pasos marquen más de una opción—o las tres. Si dentro del grupo existen opiniones diversas, puede anotar un signo de interrogación en el cuadro correspondiente.
5. Pida que cada grupo elija a dos miembros: uno para completar la tabla a nombre del grupo, y otro para informar sobre la actividad grupal.
6. Cada grupo dispondrá de 15 minutos para completar su tarea. Verifique rápidamente que las instrucciones fueron comprendidas. Si algunos terminan antes, pueden proseguir con las otras fases del CETE y comentar entre sí sus respuestas.

4.1 Recurso del capacitador

Etapas del CETE

Etapas del CETE	Ya se está haciendo	Se requiere capacitación	Retos previstos
Construcción de entendimiento mutuo			
1. Dar la bienvenida a la cliente			
2. Hacer las presentaciones			
3. Introducir el tema de la sexualidad			
4. Asegurar la confidencialidad			
Exploración			
1. Explorar las necesidades de SSR de la cliente, incluyendo su salud sexual, riesgos, contexto y circunstancias			
2. Evaluar el conocimiento de la cliente y darle la información que requiera			
3. Ayudar a la cliente a percibir o determinar sus intenciones reproductivas y sus riesgos de ITS o de reinfección del VIH			
Toma de decisiones			
1. Identificar qué decisiones tiene que tomar la cliente			
2. Identificar las opciones de la cliente y sus limitaciones en cada decisión			
3. Sopesar los beneficios, desventajas, limitaciones y consecuencias de cada decisión			
4. Animar a la cliente para que tome su propia decisión, reconociendo las limitaciones que quedan fuera de su alcance			
Ejecución de la decisión			
1. Elaborar un plan concreto y específico para llevar adelante la decisión			
2. Identificar las habilidades que se requerirán por parte de la cliente			
3. Practicar las habilidades que sean necesarias con la ayuda del proveedor			
4. Hacer un plan de seguimiento			

Actividad C. Plenaria/Discusión (50 minutos)

1. Comenzando con la “construcción de entendimiento mutuo”, pida a cada relator fijar el papel de rotafolios de su grupo correspondiente a la fase del CETE asignada y explicar sus hallazgos. Si hay información faltante, solicite una breve explicación. Pida también una explicación sucinta (de cinco minutos) acerca de los “retos” (20 minutos en total para los cuatro grupos).
2. Pregunte a los participantes qué fue lo que aprendieron con este ejercicio (5 minutos).
3. Facilite una discusión planteando las siguientes preguntas (15 minutos).
 - Cómo es que este marco conceptual asegura que la consejería se centra en la cliente?
 - En términos generales, ¿cuánto tiempo invierten los trabajadores sanitarios de su clínica para dar consejería a cada cliente? ¿Cree usted que este marco de trabajo contribuye para que los proveedores de los servicios trabajen dentro de este lapso? ¿Cree que este marco permite a los proveedores ahorrar tiempo? Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo es que ocurre? Si es negativa, ¿por qué no?
 - ¿De qué modo este marco de trabajo aborda el “contexto” de las decisiones de la cliente?
 - ¿Cómo es que este marco de trabajo asegura la toma de decisiones informada y voluntaria por parte de la cliente?
4. Pregunte a los participantes si tienen comentarios o preguntas adicionales.
5. Recalque que pasarán el resto del taller desarrollando y practicando habilidades de consejería, abordando los retos de las actitudes de los trabajadores de la salud en la consejería integrada en SSR e identificando información clave necesaria en cada área de prestación de los servicios.
6. Ofrezca al grupo un resumen de las ideas esenciales para transmitir.

Notas para el capacitador/Opciones de entrenamiento

Los participantes deben advertir que ya están llevando a cabo muchos de los pasos de la consejería integral en SSR. Los pasos respecto de los cuales sientan que requieren de mayor capacitación pueden estar más allá del ámbito de este taller. Sin embargo, los capacitadores pueden compartir estos retos anticipados con los supervisores de los participantes o con los gerentes de programa (quienes pueden estar participando en este taller o en una orientación por separado), y ello puede formar parte del seguimiento a la presente capacitación.

Objetivos

Al término de la sesión los participantes serán capaces de:

- definir los términos sexo, género, sexualidad, salud sexual y salud reproductiva;
- explicar la diferencia entre sexo y género;
- nombrar y explicar un mínimo de tres causas y consecuencias de problemas de SSR de mujeres y niñas adolescentes con VIH en etapas diversas de su vida;
- describir los factores biológicos, sociales, culturales, económicos, de género y políticos que hacen que la SSR de las mujeres y niñas adolescentes con VIH sea más vulnerable en distintas etapas de su vida.

Tiempo

90 minutos

Materiales

- papel para rotafolios
- marcadores
- cinta *masking*
- hojas de papel o tarjetas de 21.5 x 28 cms.
- dos blocks de 7.5 x 10 cms. de papel autoadhesivo (conocido como post-it), si pueden conseguirse—uno en color rosa y otro azul pálido
- Material para participantes 5.1: Conceptos y definiciones clave de salud sexual y reproductiva (SSR), p. 115

Preparación anticipada

1. En pliegos separados de papel de rotafolios, anote:
 - Sexo
 - Género
 - Salud reproductiva
 - Salud sexual
 - Derechos sexuales y reproductivos
2. En hojas de papel o tarjetas de 21.5 x 28 cms. escriba cada uno de los siguientes grupos de edad:
 - infantes y niñas jóvenes (0–9)
 - niñas adolescentes (10–14)
 - mujeres jóvenes (15–24)

- mujeres adultas (25–40)
- mujeres mayores (más de 40)

Con la cinta fije los pliegos de papel en la pared, en una fila. Deje espacio suficiente entre cada uno para que los participantes puedan pegar sus respuestas bajo cada categoría.

3. Escriba las siguientes preguntas en pliegos separados del papel de rotafolios:

- ¿A qué tipo de problemas de SSR se enfrentan las mujeres y niñas adolescentes con VIH en esta etapa de su vida?
- ¿Cuáles son los factores subyacentes, de naturaleza biológica, social, cultural, de género y políticas que contribuyen a los problemas de SSR de las mujeres y niñas adolescentes con VIH?
- ¿Cuáles son las consecuencias de estos problemas para las mujeres y niñas adolescentes con VIH?

Ideas clave para transmitir

- Las definiciones de salud sexual y salud reproductiva se traslapan. El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)¹⁵ es el principal documento de consenso internacional sobre la salud reproductiva y los derechos reproductivos. El párrafo 7.2 de la CIPD señala que “la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”.
- En el Programa de Acción de la CIPD, la salud sexual forma parte de la definición de salud reproductiva. De ahí que, por implicación, los derechos relacionados con la salud sexual estén cubiertos por la definición de los derechos reproductivos. En realidad, los derechos sexuales han sido considerados como parte de los derechos reproductivos, haciendo que la promoción y protección de tales derechos constituya más que un reto, particularmente para las mujeres, la juventud y las poblaciones marginadas (por ejemplo, las personas que viven con VIH/sida, trabajadores del sexo, usuarios de drogas inyectables [UDI], hombres que tienen sexo con hombres y migrantes).
- El término “vulnerabilidad” se considera más apropiado que el de “riesgo”, pues incluye causas de raíz que las personas no tienen posibilidades de modificar a través de comportamientos individuales simplemente (se trataría de los factores económicos, sociales, culturales, políticos, de género y otros de tipo estructural que contribuyen a la transmisión del VIH y de las ITS, a la progresión de la enfermedad del VIH, a embarazos no deseados y a problemas de SSR).
- En muchas culturas, las relaciones desiguales de género dan por resultado que las mujeres y niñas carezcan toda su vida de poder, lo cual impide que puedan protegerse a sí mismas de problemas relacionados con la SSR, aun estando conscientes de que el comportamiento de su pareja las puede estar poniendo en riesgo.
- Algunas mujeres y niñas sufren también abusos sexuales, son sexualmente explotadas, violadas y pueden experimentar el incesto. Considerando que estos actos se relacionan con el control y el poder, los trabajadores de la salud necesitan ser igualmente sensibles a las

¹⁵ Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). 1994. *Programme of Action*. Cairo. Consulta del 31 de agosto de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm.

necesidades de aquellas mujeres y niñas que viven situaciones sobre las cuales no tienen control alguno.

- Las mujeres con VIH y sus hijos—algunos de los cuales pudieron haberse infectado a través de la transmisión perinatal durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto o la lactancia—sufren igualmente las consecuencias del estigma y la discriminación, incluyendo la pobreza, el aislamiento, la mala salud y la violencia. A veces, su acceso a la atención y al apoyo se ve limitado o se retrasa, y en otras ocasiones no obtienen ni la una ni lo otro, pues cuando ambos miembros de la pareja viven con VIH los recursos familiares se destinan principalmente a la atención del varón y de los niños. Además, si una mujer rechazada por su familia y su comunidad llega a morir, sus hijos pueden quedar sin nadie que los tome bajo su cuidado.
- Todos estos factores incrementan la vulnerabilidad de las mujeres y niñas adolescentes con VIH en cuestiones que atañen a su SSR, considerando desde las ITS y las ITR hasta los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo.
- Es importante fomentar el compromiso de los hombres con la SSR, a fin de que ellos mismos puedan adoptar prácticas de sexo más seguras y sean capaces de prevenir embarazos no deseados, eliminando así algunas de las cargas que pesan sobre las mujeres.
- Los trabajadores sanitarios no pueden, solos, aplicarse a las causas de raíz de los problemas relacionados con la SSR; sin embargo, un conocimiento general de esas causas ayudará a que puedan comprender mejor el contexto de vida de sus clientes.
- Los trabajadores de la salud pueden contribuir a crear entornos de sostén y seguros para las mujeres y niñas adolescentes con VIH, con el propósito de explorar de qué modo sus embarazos pueden resultar más sanos y seguros, y para que reduzcan también su riesgo de embarazos no deseados y de ITS e ITR.

Pasos de la capacitación

Actividad A. Lluvia de ideas/Discusión (30 minutos)

1. Pida a los participantes que definan el término “sexo”. (*Nota.* Aclare que no se está refiriendo a prácticas sexuales específicas como el coito, el sexo oral y otras). Anote sus ideas en el papel de rotafolios que tenga anotada la palabra “sexo”. Después de algunos minutos, pídale definir la palabra “género”, escribiendo sus ideas en el otro pliego de papel que tenga escrita arriba esa palabra. Repita el proceso para los términos “salud sexual” y “salud reproductiva”. En la pared, fije con cinta los pliegos a fin de que sean visibles para todos.
2. Refiera a los participantes al Material para participantes 5.1: Conceptos y definiciones clave de SSR, p. 115, explicando que el material contiene una lista más completa de los términos; revise las definiciones para los términos siguientes. (*Nota.* Indique a los participantes que en una sesión posterior se explorarán los derechos sexuales y reproductivos).

Sexo. Se refiere a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. Los seres humanos nacemos como hombres y mujeres con capacidades reproductivas diferentes, las cuales se conocen como “diferencias sexuales”.¹⁶

¹⁶ EngenderHealth. 2003. *Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum. Participant Handbook.* Nueva York, p. 6

Género. Involucra el modo como un individuo o la sociedad definen al “hombre” o a la “mujer”. Los roles de género son actitudes, comportamientos, expectativas y responsabilidades de hombres y mujeres que son social y culturalmente definidos. La identidad de género es la convicción personal y privada que cada uno de nosotros tiene respecto de su condición de mujer o varón; define el grado al cual cada persona se define a sí misma como mujer, hombre o como una combinación de ambos.¹⁷

Sexualidad. Es la manera como un individuo experimenta ser hombre o mujer. Incluye los aspectos físicos y biológicos de la vida propia (tales como menstruar, estar embarazada o experimentar el coito) a la par de los aspectos emocionales (por ejemplo tener sentimientos por otra persona) y los sociales (como pudiera ser comportarse de la formas que la comunidad espera, dependiendo de si uno es hombre o mujer; esto incluye los roles de género).¹⁸

Orientación sexual. Describe los grupos generales hacia los cuales una persona puede sentirse sexualmente atraída. La heterosexualidad es una atracción erótica o romántica hacia personas del sexo opuesto. La homosexualidad es una atracción erótica o romántica hacia personas del mismo sexo. La bisexualidad es la atracción erótica o romántica hacia personas de ambos sexos.¹⁹

Salud reproductiva. Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia (CIPD, párrafo 7.2).²⁰ Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamientos de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. Incluye también su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos (CIPD, párrafo 7.3).²¹

Salud sexual. Incluye aspectos de la sexualidad que no necesariamente se relacionan con la reproducción. Reconoce el hecho de que las personas pueden tener relaciones sexuales con fines de placer, y no solamente con fines reproductivos, y tener también necesidades de salud relacionadas con dicha actividad sexual. Alcanzar la salud sexual significa tener una vida sexual responsable, satisfactoria y sin riesgos. El logro de la salud sexual requiere de un enfoque positivo de la sexualidad humana y del respeto mutuo entre los miembros de la pareja. Al reconocer la salud sexual—y los derechos

¹⁷ Ibid.; Ver también: UNAIDS Inter-Agency Task Team on Gender and HIV/AIDS. 2006. *Resource pack on gender and HIV/AIDS. Consulta del 26 de junio en el sitio:* www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=279&filterListType=1.

¹⁸ EngenderHealth. 2003. *Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum.* Participant Handbook. Nueva York, p. 6.

¹⁹ Ibid.

²⁰ ICPD. 1994. *Programme of Action. Consulta del 26 de junio de 2006 en el sitio:* www.unfpa.org/ICPD/ICPD_poa.htm#ch7.

²¹ Ibid.

sexuales—los sistemas de salud y educación pueden contribuir a prevenir y tratar las consecuencias de la violencia sexual, la coacción y la discriminación, y pueden asegurar el disfrute de una sexualidad humana y sana por parte de todos los individuos, que es aceptada como parte del bienestar humano general.²² Las agencias de las Naciones Unidas se adhieren al Programa de Acción de la CIPD, el cual considera la salud sexual como parte de la salud reproductiva. El Programa de Acción señala que la salud reproductiva implica que las personas son capaces de tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos (CIPD, párrafo 7.2).

Salud sexual y reproductiva. Las definiciones de salud sexual y reproductiva se traslapan. Para evitar confusiones y asegurar la cobertura de todas las áreas, muchos trabajadores sanitarios, quienes se abocan a la planeación y quienes diseñan políticas emplean ahora el término “salud sexual y reproductiva”, el cual se refiere a todo aquello que abarca la salud sexual y la salud reproductiva. Este término puede aludir a un estado de salud y bienestar, a los tipos de servicios o a un “enfoque” de la prestación de servicios. Las agencias de las Naciones Unidas se adhieren al Programa de Acción de la CIPD que considera la salud sexual como parte de la salud reproductiva.²³

3. Facilite una discusión grupal breve con las siguientes preguntas:

- ¿Alguna de estas definiciones es una sorpresa para alguien? Si así fuera, pregunte por qué.
- ¿Cuáles son las diferencias entre las definiciones surgidas del trabajo de los participantes en comparación con las que se suministraron?

Actividad B. Actividad en grupos pequeños (40 minutos)

1. Divida a los participantes en cuatro grupos y asigne a cada cual una de las cuatro etapas vitales. Suministre papel a cada grupo y marcadores de colores.
2. Refiera a los participantes a las preguntas que se muestran en el papel de rotafolios, con la instrucción de que deben discutirlos en sus grupos pequeños al aplicarse a la etapa vital que se les asignó. Pida que en las hojas de papel o las tarjetas escriban tantos problemas, causas y consecuencias para la SSR como puedan, resultantes de la vulnerabilidad de la SSR de las mujeres y niñas adolescentes que viven con VIH.
3. **Problemas.** Pida que en una lluvia de ideas señalen los problemas de SSR a los que las mujeres y niñas adolescentes con VIH se enfrentan en la etapa de vida que se les asignó. Los ejemplos incluyen los siguientes:
 - carecer de información
 - dificultad para negociar el uso del condón
 - tener una baja autoestima
 - carecer de autonomía, en la toma de decisiones, sexuales y reproductivos
 - ser estereotipada como “sexualmente inmoral” o “promiscua”
 - ser considerada trabajadora sexual

²² EngenderHealth. 2003. *Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum. Participant's Handbook*. Nueva York, p.7.

²³ Ibid.

- enfrentar retos relacionados con el hecho de revelar a su pareja, familia, padres, hijos, colegas y demás su condición seropositiva
 - contagiarse de ITS e ITR
 - embarazarse sin desearlo
 - no tener acceso a la atención, tratamiento y servicios de apoyo para el VIH/sida
 - ignorar su condición
 - ser forzadas a abortar
 - padecer cáncer
 - ignorar que pueden tener embarazos sanos y sin riesgos
4. **Causas.** Pida a los participantes que en una lluvia de ideas señalen las causas de los problemas de SSR a los que se enfrentan las mujeres y niñas adolescentes con VIH. Explique que las causas pueden ser desde personales hasta comunitarias y sociales hasta biológicas (por ejemplo, la “falta de control sobre la vida sexual y la imposibilidad de negociar el uso del condón”, la “vulnerabilidad biológica”, “no saber que se está en riesgo”, “tabúes culturales sobre el sexo”, “intercambiar sexo por dinero o apoyo financiero a causa de la pobreza” y otras). Instruya a los grupos pequeños que deben “cavar más profundamente” en cada factor para explorar subfactores o causas adicionales. Por ejemplo, el factor de “tabúes culturales sobre sexo”, pudiera ampliarse a “tradiciones culturales sobre la abstinencia, o una actividad sexual disminuida durante el periodo de embarazo o parto de la compañera”, la “aceptación de que el compañero varón tiene parejas múltiples durante el embarazo y el postparto”, “inequidades de género”, o “volver a la mujer embarazada un objeto”. Yendo más a fondo, las causas de la “abstinencia” pueden ser “políticas culturales”, “carencia de políticas de género”, “restricciones legales a los derechos de las mujeres” o “tradiciones religiosas”.
5. **Consecuencias.** Una vez identificados los problemas y las causas, pida a los participantes que a través de una lluvia de ideas señalen las consecuencias de estos problemas. Estimule a los participantes para que piensen en las consecuencias o resultados en distintos niveles (la familia, el sistema de atención a la salud, el individuo, la sociedad, el país, la economía y demás). Por ejemplo, algunas de las consecuencias pudieran ser “que las mujeres se están enfermando y buscando tratamiento”, “que las mujeres se están muriendo”, “que los niños se están infectando”, “que a las mujeres se les está forzando a salir de su casa y condenando al ostracismo”, o “que se está culpando a las mujeres por infectar a sus compañeros, lo que en algunos casos desemboca en violencia”. Tal y como ocurrió con las “causas de raíz”, los grupos pequeños deben examinar cada consecuencia y determinar si hay otras consecuencias resultantes del problema particular. Por ejemplo, algunas consecuencias de que “las mujeres se estén muriendo” pudieran ser que “los niños se están quedando huérfanos”, que “las comunidades están perdiendo a miembros valiosos”, o que “las familias están perdiendo fuentes de apoyo”.
6. Cuando hayan pasado 30 minutos, dirija la atención de los grupos hacia los cuatro esquemas de la pared que contienen las distintas etapas vitales. Pida a los grupos colocar sus hojas o tarjetas con los problemas, causas y consecuencias identificadas bajo la etapa vital que se les asignó discutir.

Actividad C. Discusión (20 minutos)

1. Solicite a los participantes caminar por el salón y leer lo que los otros grupos anotaron como causas y consecuencias.
2. Mientras los participantes permanecen de pie, facilite una discusión basada en las siguientes preguntas.
 - Ahora que han realizado el ejercicio ¿cómo observan los problemas de SSR de las mujeres y niñas adolescentes con VIH?
 - ¿De qué manera la inequidad de género contribuye a estos problemas?
 - ¿Creen que las causas y consecuencias son diferentes según las distintas etapas del ciclo de vida?
 - ¿Cuáles son las causas que consideran que pueden abordar en el trabajo?
 - ¿De qué manera les parece que al abordar “las causas” se afectarán “las consecuencias”, si es que así ocurre?
 - ¿Cómo podemos abordar las consecuencias a través de nuestro trabajo?
 - ¿Tiene sentido abordar las consecuencias sin tratar las causas?
3. Ofrezca a los participantes un resumen de las ideas esenciales para transmitir.

Notas para el capacitador/Opciones de capacitación

Algunas actividades alternativas serían:

- * Alternativa a la Actividad A. Pegue dos pliegos de papel de rotafolios en la pared, uno con el encabezado “femenino” y otra con el encabezado “masculino”. Cada persona del grupo deberá mencionar un aspecto o actividad que, en términos generales, se considere “femenino” o “masculino”. Anote cada aspecto o actividad en un papel auto-adhesivo (post-it) rosa o azul (convencionalmente, el azul representa lo “masculino”, mientras que el rosa representa lo “femenino”), y péguelo en el papel que corresponda. Después de recorrer el salón dos veces (o tres, si el tiempo lo permite), deténgase y lea cada nota. Como grupo, decidan si el atributo tiene una base sexual o de género (por ejemplo, “tener un bebé” puede considerarse un hecho basado en el sexo; el “gusto por comprar” tendría una base de género). Comenten las diferencias y los estereotipos que pueden estar involucrados en supuestos basados en el género.
- * Una alternativa a la Actividad B es hacer que cada grupo pequeño inicie con un grupo de edad para identificar en el rotafolios los problemas. Después, cambie los grupos de edad para cada grupo pequeño para que se identifiquen las causas; haga una nueva rotación para considerar ahora las consecuencias. Repita el proceso hasta que cada grupo pequeño haya discutido más de un grupo de edad cuando menos una vez.

Objetivos

Al finalizar la sesión los participantes serán capaces de:

- describir la diferencia entre estigma y discriminación;
- describir los tipos de estigma que experimentan las mujeres y niñas adolescentes con VIH;
- explicar cómo el estigma relacionado con el VIH y el sida tiene un impacto en la habilidad de las mujeres y niñas adolescentes con VIH para acceder a servicios de salud;
- describir cuando menos dos maneras de abordar el estigma y la discriminación en las unidades de atención a la salud

Tiempo

90 minutos

Materiales

- rotafolios
- Recurso del capacitador 6.1, p. 29
- Recurso del capacitador 6.2, p. 30

Preparación anticipada

1. Escriba en el papel de rotafolios las definiciones de estigma y discriminación que aparecen en el Recurso del capacitador 6.1, p. 29
2. Refiérase al Recurso del capacitador 6.2, p. 30, y pre-seleccione entre cuatro y cinco de los escenarios para realizar dramatizaciones en grupos pequeños con base en el número de participantes de su grupo.

Ideas clave para transmitir

- En las comunidades y familias, el estigma y la discriminación pueden impedir que las mujeres y niñas adolescentes con VIH accedan a los servicios de las unidades de atención a la salud (por ejemplo, por temor a que los vecinos lleguen a verlas en una clínica dedicada a atender el VIH, o por acudir a servicios generales de salud sin estar embarazada, si ésta no es la norma).
- El estigma y la discriminación pueden impedir, asimismo, que las mujeres y niñas adolescentes con VIH observen las indicaciones médicas o sigan el tratamiento que se les haya prescrito (por temor a que vecinos, familiares y compañeros adivinen su condición).
- Al interior de la clínica de salud, el estigma y la discriminación, que suele manifestarse en actitudes de prejuicio o negando la prestación de los servicios, constituye una violación directa al derecho de las mujeres y niñas adolescentes con VIH a recibir servicios de calidad sin ser condenadas.

- A veces, los estereotipos de género hacen que las mujeres y niñas adolescentes con VIH sean objeto de mayor estigma que los hombres. Por ejemplo, si el virus se asocia con la promiscuidad y con falsos conceptos sociales sobre la sexualidad femenina, ello puede resultar en que se les discrimine cuando tratan de obtener anticonceptivos o atención prenatal.
- En países en donde los exámenes del VIH se realizan en las clínicas de atención prenatal principalmente, las mujeres suelen conocer su condición antes de que lo hagan sus compañeros varones, y se les puede culpar por “traer el VIH a la familia”. En algunas sociedades, el hecho de que los hombres se muestren reacios a buscar atención a su salud incrementa esta misma tendencia de que las mujeres se practiquen la prueba (o se examinen) y que su condición se descubra primero.
- La inequidad de género puede volver a las mujeres más vulnerables a ser forzadas a descubrir temprana e involuntariamente su condición. Por ejemplo, pueden tener que buscar el permiso o apoyo monetario de sus compañeros o de los miembros masculinos de su familia para tener acceso a los servicios.
- Explotar la responsabilidad masculina para prevenir la infección del VIH puede representar un valor poderoso en la programación de actividades de prevención: “Los hombres están involucrados en casi todas las transmisiones del virus. Tienen también el poder para detener ese modo de transmisión, por la contundente ventaja que ejercen en las relaciones sexuales”.²⁴
- La combinación de estas experiencias puede impedir que las mujeres y niñas adolescentes con VIH acudan a los servicios de salud, incluyendo los que brindan atención para prevenir la transmisión madre-hijo y para mejorar su salud y bienestar. Por ejemplo, una vez que las mujeres y niñas adolescentes tienen acceso a tratamiento, el riesgo de ser descubiertas puede impedir la adherencia; si una mujer sigue la indicación de alimentar a su bebé con biberón, esa acción puede llevar a que en su comunidad supongan que ella es seropositiva.²⁵
- Es imperativo reconocer y abordar el estigma y la discriminación, sea en la unidad de salud o en la comunidad, y proteger los derechos humanos de la cliente para promover la seguridad y aceptación social de las mujeres, hombres y niños/as con VIH.

Pasos de la capacitación

Actividad A. Discusión (45 minutos)

1. Pida a los participantes definir lo que es el estigma y dar ejemplos.
2. Solicite que definan la discriminación y que den algunos ejemplos. Procure que se inspiren en su experiencia.

²⁴ UNFPA. *Population Issues. Preventing HIV Infection, Male Involvement in Preventing HIV Infection*. Consultado el 26 de junio de 2006 en: www.unfpa.org/hiv/strategic/enabling.htm.

²⁵ UNFPA. 2003. *HIV and infant feeding: A guide for health-care managers and supervisors*. Consultado el 26 de junio de 2006 en: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=203&filterListType=1; WHO. No date. Chile and adolescent health and development, nutrition: Infant and young child, hiv and infant feeding. Consultado el 26 de junio de 2006 en: www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm; y UNICEF, sin fecha. Nutrition: Infant feeding and HIV. Consultado el 26 de junio de 2006 en: www.unicef.org/nutrition/23964_infantfeeding.html.

3. Coloque las definiciones de estigma y discriminación en la pared y pregunte a los participantes si están de acuerdo con ellas.
4. Pregunte a los participantes por qué razón el estigma se relaciona con el VIH, si las mujeres y niñas adolescentes con VIH experimentan el estigma de manera diferente al compararse con hombres y niños adolescentes con VIH, y cómo es que ello ocurre. Pida a los participantes dar ejemplos de ambas situaciones en base a su propia experiencia.
5. Pida a los participantes dar ejemplos de cómo el estigma relacionado con el VIH lleva a la discriminación. Procure que consideren todos los ámbitos (la comunidad, la familia, los centros de salud y los medios de comunicación, al igual que instituciones como la iglesia, el gobierno y otras).
6. Señale cómo el estigma y la discriminación asociados con el VIH pueden inhibir la habilidad de una mujer o una niña adolescente con VIH para acceder a la atención en salud. (Haga un sondeo sobre qué ocurre en la comunidad a este respecto). Puede provocar las siguientes respuestas:
 - miedo de comunicarlo a la familia/la pareja;
 - temor de que en la clínica alguien conocido la vea;
 - temor de conocer a alguno de los trabajadores sanitarios;
 - negación;
 - preocupaciones sobre un embarazo y la transmisión madre-hijo;
 - preocupación de transmitir el VIH a otros;
 - preocupaciones sobre la enfermedad y la muerte;
 - temor de ser víctima de violencia, o de ser abandonada por la pareja o la familia;
 - miedo de revelar su condición de VIH al trabajador sanitario;
 - preocupaciones sobre confidencialidad;
 - temor de perder el trabajo si otros descubren que vive con el VIH;
 - miedo de perder su hogar y el apoyo social;
 - preocupaciones respecto a mantener la salud y preguntas sobre el tiempo de vida que le espera;
 - temor de experimentar estigma y discriminación en el centro de salud.
7. Analice cómo es que el estigma y la discriminación dentro del centro de salud impactan en la calidad de la atención planteando las siguientes preguntas.
 - En su comunidad y/o en el centro de salud en donde se desempeña, ¿el estigma relacionado con el VIH y el sida es evidente? Si de hecho existe, ¿cómo es que se manifiesta?
 - ¿Cómo es que la discriminación afecta la calidad de la atención a mujeres y niñas con VIH que acuden al centro de salud?

Actividad B. Práctica de dramatización (45 minutos)

1. Asigne a cada grupo un escenario elegido del Recurso del capacitador 6.2, p. 30. Indique a los grupos que harán la práctica de una dramatización o psicodrama relacionada con tal escenario y proporcione las siguientes instrucciones adicionales:
 - elijan a personas en cada grupo para fungir como consejero, cliente y observador;

- supongan que la escena ocurre en un centro de salud. La cliente llega o ha sido referida para ver al consejero. El observador ayuda a desarrollar la actividad, observa la ronda y ofrece retroalimentación;
 - el objetivo de la actividad es examinar la discriminación y el estigma que la cliente experimenta y cómo abordar ambos;
 - los grupos pequeños dispondrán de entre 15 y 20 minutos para esta tarea. Si el grupo puede terminar una ronda de la actividad, pida a sus miembros intercambiar roles para que todos tengan oportunidad de desempeñarlos;
2. Al cabo de 15 o 20 minutos, tome cuenta de la actividad facilitando una discusión del grupo ampliado planteando las siguientes preguntas:
 - ¿En su escenario, cuál fue el origen de la discriminación?
 - ¿El consejero fue capaz de abordar la discriminación? ¿Por qué sí o por qué no?
 - ¿Hay algo más que pudo haber hecho?
 3. Ofrezca al grupo un resumen de las ideas clave para transmitir.

Notas para el capacitador/Opciones de capacitación

Si el tiempo lo permite, se podría provocar una discusión adicional con la siguiente anécdota, que fue facilitada por ICW: *Nos enfrentamos a un problema común: nuestros esposos o parejas tienden a forzarnos para que les demos nuestra dosis de ARV cuando ellos ni siquiera se han hecho la prueba del VIH y no conocen su conteo de CD4. No quieren ir a hacerse el examen aunque tienen todos los síntomas del VIH. Y aunque usted se niegue, buscarán en dónde guarda sus medicinas y se las robarán.*

Esta cita ayuda a ilustrar cómo el temor al estigma y la discriminación suelen impedir que los hombres se hagan los exámenes y accedan al tratamiento de ARV, incrementando así la vulnerabilidad de las mujeres con VIH a la progresión de la enfermedad y a problemas potenciales de SSR.

6.1 Recurso del capacitador

Conceptos clave y definiciones

Estigma. Se refiere a las actitudes y creencias desfavorables dirigidas hacia alguien o algo—normalmente una construcción cultural. Las actitudes estigmatizantes se dirigen hacia personas con VIH y hacia comportamientos que se cree que dan origen a la infección. Las personas que de por sí suelen estar marginadas socialmente—la gente pobre, las poblaciones indígenas, los hombres que tienen sexo con hombres, los UDI y los trabajadores del sexo—son a menudo quienes llevan la carga más pesada del estigma relacionado con el VIH/sida. A menudo se supone que las personas infectadas con VIH son miembros de tales grupos sin que se sepa, en realidad, si lo son o no.

Discriminación. Se puede expresar a través de actitudes negativas o de comportamientos o acciones particulares; con frecuencia se le describe como una distinción hecha respecto de una persona que resulta en un trato desigual e injusto con base en su pertenencia, o percepción de pertenencia, a un grupo particular. Por ejemplo, el estigma puede llevar al prejuicio y a la activa discriminación dirigida hacia personas que simplemente se percibe, o que en realidad viven con el VIH y hacia grupos sociales y personas. A menudo, la discriminación se define empleando el lenguaje de los derechos humanos y derechos adquiridos en áreas diversas, como las de atención a la salud, empleo, sistema legal, bienestar social y vida reproductiva y familiar.

Fuentes

EngenderHealth. 2004. *Training for health care workers: Reducing stigma and discrimination related to HIV and AIDS*. Nueva York.

WHO/CDC. 2004. *Prevention of mother-to-child-transmission of HIV*. Generic Training Package, pp. 5-2 y 5-3.

**Escenarios (basados en experiencias reportadas por mujeres con VIH)**

1. “He estado en un hospital y me dijeron que me colocara un DIU (dispositivo intrauterino). Cuando fui a que me lo pusieran, no lo permitieron porque no vivía permanentemente con mi compañero sexual. Me preguntaron por qué me tomaba la molestia de usarlo. Entonces verificaron mi expediente y supieron que tenía VIH; me dijeron: ‘¡Oh! ¡Ésta está infectada! Las infectadas con el VIH no deben usarlo’. Dijeron esto como si a las infectadas no se les debieran dar servicios”.
2. “Ahora que en el hospital saben que soy positiva, parece que quieren mantenerse lo más lejos posible de mí. Estoy enferma y necesito atención; pero me dejan sola, no les gusta tocarme y me siento abandonada”.
3. “Las enfermeras me aconsejaron no volver a tener hijos. Di a luz dos años después; pero mi esposo se enfermó de SIDA y murió ese mismo año. Las enfermeras me gritaron que por qué no había escuchado sus consejos”.
4. “No quiero tener un hijo en esta etapa y pedí terminar mi embarazo. Los médicos estuvieron de acuerdo en terminarlo pero a condición de que consintiera en ser esterilizada. No tengo otra opción. Tengo que aguantar la actitud crítica del personal de salud y su incredulidad de que una mujer con VIH se embarace”.
5. “Ha sido difícil tener acceso al acyclovir en la clínica local y los hospitales. He vivido con herpes durante un buen tiempo y conozco el síntoma de cuando está a punto de manifestarse en la superficie de la piel. Los médicos dan el tratamiento hasta que se manifiesta, y en la mayoría de los casos puede suceder que tenga oportunidad de ver al doctor hasta el fin de semana; es inútil tomar la medicina porque en esa etapa el virus toma su curso, que es doloroso y molesto. Tomar la medicina luego después de que los síntomas aparecen detiene el desarrollo de las úlceras, etc. Pero los doctores se niegan a escucharnos”.
6. “Conozco mi cuerpo y quisiera que los médicos lo entendieran. Un médico me puso en profilaxis y luego mi médico habitual la detuvo y me preguntó si sabía lo que le costaba al hospital darme ese medicamento. Nos dicen que busquemos ayuda médica lo más pronto posible; pero la realidad es que el equipo médico retrasa el proceso y por eso nuestras condiciones de salud sexual y reproductiva empeoran”.
7. “El doctor me dijo que yo era una ilegal, que no tengo la documentación en orden y que no podía darme el tratamiento que necesito. Me preocupa ser deportada”. (Testimonio de una mujer migrante con VIH).
8. “No he buscado tratamiento por las actitudes negativas de los trabajadores de la salud. Me siento como si no fuera digna de ser atendida y tengo miedo de perder a mis hijos”. (Testimonio de una UDI).
9. “Tengo 16 años y estoy embarazada. Sólo conozco mi escuela y mi comunidad. Como soy una mujer joven no me dejan salir; sólo a los hombres porque es peligroso. ¿Cómo podría saber qué pedir en la clínica? No podemos hacer valer nuestros derechos porque no los conocemos.”



Escenarios para la dramatización estigma y discriminación (*cont.*)

10. “Las mujeres se sienten muy desconcertadas, sobre todo cuando el médico es hombre. Nos sentimos incómodas. Si la mujer va y (el examen) lo hace un hombre puede ser que no regrese. Con los médicos es difícil decir es mi cuerpo, se lo que estoy sintiendo y lo que es bueno para mí”.
11. “Los programas te obligan a revelarlo y te sientes amenazada. Te dicen: 'estás matando a otros y a lo mejor tienes que ir al juzgado y a la cárcel”.

Fuente: ICW. 2006. Entrevistas no publicadas con miembros del ICW.

Objetivos

Al finalizar la sesión los participantes serán capaces de:

- demostrar una mayor comprensión sobre la realidad de la vida de las mujeres y niñas adolescentes con VIH;
- explicar el concepto de los derechos, específicamente de los derechos sexuales y reproductivos, y la interrelación entre derechos y distintos aspectos de las elecciones de las mujeres y niñas adolescentes con VIH.

Tiempo

90 minutos

Materiales

- rotafolios
- marcadores
- plumas
- tarjetas azules y amarillas
- Material para participantes 7.1: Panorama de los derechos sexuales y reproductivos, p. 119 (que incluye una lista de los derechos humanos fundamentales)
- Material para participantes 7.2: Testimonios de mujeres y niñas adolescentes con VIH, p. 124

Preparación anticipada

1. Anote en papel del rotafolios los ejemplos de los derechos sexuales y reproductivos, a partir del Material para participantes 7.1, p. 119.
2. Pre-seleccione entre cuatro y cinco testimonios del Material para participantes 7.2, según sea su número. Los testimonios están tomados de *Dreams and Desires* (2004), una publicación de la International Planned Parenthood Federation (IPPF) y de ICW,²⁶ a partir de testimonios de personal y miembros del ICW, y de la carta informativa del ICW. Usted puede decidir entre usar estos testimonios, adaptarlos o allegarse otros que sean más específicos para su contexto particular. Reproduzca en número suficiente los testimonios seleccionados para que cada miembro del grupo pueda leerlos para sí.
3. Ha resultado bien establecer contacto local con alguna organización o red de personas que viven con VIH/sida para invitar a una mujer con VIH a conducir la sesión. Proporcione a esta persona los contenidos generales de la sesión y los materiales para participantes, para darle ideas y que sepa lo que usted pretende cubrir.

²⁶ International Planned Parenthood Federation (IPPF) y ICW. 2004. *Dreams and desires: Sexual and reproductive health experiences of HIV positive women*. Londres. Consulta del de junio de 2006 en el sitio: <http://content.ippf.org/output/ORG/files/5306.pdf>.

4. Averigüe si el país en donde la capacitación se está ofreciendo es signatario del Programa de Acción de la CIPD.

Ideas clave para transmitir

- Los derechos humanos ofrecen el marco de trabajo legal dentro del cual deben formularse y monitorearse las leyes nacionales, las políticas y los servicios; constituyen también un enfoque para diseñar políticas y programas.
- Si bien en teoría el concepto de derechos humanos abarca los derechos sexuales y reproductivos de las PV y de otras poblaciones vulnerables, en la práctica existen numerosos ejemplos de leyes y políticas nacionales que restringen enérgicamente esos derechos. Casi todos los países del mundo han adoptado leyes y políticas relativas al VIH y al sida; se sabe, sin embargo, que algunos restringen rigurosamente, o impiden que puedan ejercer sus derechos las personas con VIH, los trabajadores del sexo, UDI, HSH, los jóvenes, prisioneros, migrantes y otros más.
- Los derechos sexuales y los derechos reproductivos, aunque están relacionados, son distintos. Si bien los derechos sexuales son esenciales para la defensa de los derechos reproductivos, los derechos sexuales de las mujeres y niñas adolescentes no deben considerarse en el contexto de la reproducción únicamente. Es muy común que los programas para las mujeres se enfoquen en sus roles reproductivos—tener hijos sanos o prevenir embarazos no deseados. Pero al hacerlo, a más de ignorar a las mujeres que no tienen hijos (por ejemplo las niñas prepúberes y las mujeres postmenopáusicas o estériles) se evita también abordar la salud y los derechos sexuales ajenos al contexto de la reproducción.
- Muchas mujeres y niñas adolescentes con VIH desean tener relaciones sexuales y pudieran, igualmente, elegir la maternidad. Tienen los mismos derechos a la sexualidad y la reproducción que las mujeres y niñas adolescentes que no están afectadas por el VIH—por ejemplo, el derecho a una vida sexual segura y satisfactoria y a decidir tener hijos y cuántos.
- Las inequidades de género dificultan de por sí que las mujeres y niñas adolescentes tomen conciencia de sus derechos reproductivos; pero el estigma y la discriminación que rodean la condición de ser seropositiva interactúan con la desigualdad de género aumentando las barreras que pueden hacer que tales derechos se realicen.
- En contextos que brindan apoyo legal y de políticas, las mujeres y niñas adolescentes con VIH pueden disfrutar a cabalidad de sus derechos sexuales y reproductivos.

Pasos de la capacitación

Actividad A. Actividad en grupos pequeños (30 minutos)

1. Explique que los participantes explorarán los temas de derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos y su relación con las mujeres y niñas adolescentes con VIH. Divida a los participantes en grupos de cuatro o cinco.
2. Distribuya un testimonio por grupo (con copias suficientes para que cada uno de sus miembros lo lea individualmente). Suministre a cada grupo hojas de rotafolios y mar-

cadores y pídale seleccionar a una persona para que tome notas y a otra para dar cuenta de la actividad. Cuando todos los participantes hayan leído el testimonio que se les entregó, pídale considerar dentro de sus grupos:

- ¿A qué presiones o problemáticas se enfrentaron las mujeres y niñas adolescentes con VIH?
- ¿Qué fuentes de ayuda estaban a su alcance?
- ¿Qué fue lo que hizo que sus retos fueran más difíciles y qué podría ayudarles más?

3. Solicite a cada grupo preparar un resumen de su discusión.

4. Facilite (o pida al ponente invitado hacerlo) que cada grupo pequeño informe al grupo ampliado. Aspectos que los participantes deberían identificar y anotar en el papel de rotafolios abarcan:

- el estigma y la discriminación en el seno de las familias, las sociedades y los centros de salud, y sus respectivas consecuencias;
- las violaciones a los derechos humanos;
- no ser capaces de hacer elecciones informadas;
- las presiones familiares para comportarse o no de cierta manera, especialmente en relación con los derechos reproductivos;
- cuestiones relacionadas con la imagen corporal, el deseo sexual o el de tener hijos;
- aspectos relacionados con la divulgación de la condición, vinculados especialmente con las elecciones sexuales y reproductivas;
- inquietudes relacionadas con otros miembros de la familia, especialmente en parejas discordantes (cuando uno de sus miembros es VIH positivo y el otro es VIH negativo);
- grupos de apoyo;
- redes sociales, incluyendo a la familia;
- acceso a los condones masculino y femenino;
- acceso a tratamiento;
- tener embarazos sanos;
- experiencias de tener hijos sanos que son seronegativos;
- buenas y malas experiencias de un trato condenatorio o no de parte del personal de salud;
- sexo forzado u otras formas de violencia y abuso relacionadas con la negociación de relaciones sexuales.

Actividad B. Discusión (60 minutos)

1. Facilite una discusión planteando a los participantes las siguientes preguntas:

- ¿Qué son los derechos humanos?
- ¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos?
- ¿Quién es responsable de que los derechos humanos se respeten, protejan y cumplan?, ¿Y qué hay con los derechos sexuales y reproductivos?

2. Fije en la pared el papel de rotafolios con los ejemplos de los derechos sexuales y reproductivos del Material para participantes 7.1, p. 119, y revise los derechos. (*Nota.* Cuando un país es signatario de un tratado sobre derechos humanos o derechos reproductivos, el

gobierno de dicho país se obliga a trasladar sus compromisos internacionales a políticas y leyes nacionales que promuevan y protejan los derechos de su población, incluyendo aquella que vive con el VIH).

3. Pida a los participantes anotar en las tarjetas amarillas los derechos que ejercitan o quisieran ejercitar y colocarlas cerca del derecho que aparece en el rotafolios que creen que lo protege. Deseche las tarjetas que se dupliquen.
4. Refiera al grupo a los ejemplos de los derechos sexuales y reproductivos. Explique que el Programa de Acción de la CIPD fue el primer documento internacional que definió los derechos reproductivos, y que a pesar de que como declaración no es legalmente obligatoria del modo como lo es un tratado, la mayoría de los gobiernos le han manifestado su apoyo. Si la nación en donde la capacitación se está realizando ha firmado el Programa de Acción de la CIPD, discutan su situación actual en el país.
5. Pida a cada participante anotar en varias tarjetas azules los derechos sexuales y reproductivos que se violaron/defendieron en los testimonios de la actividad previa. Solicite que coloquen cada una en el papel de rotafolios junto al derecho que creen que lo protege.
6. Al referir al Material para participantes 7.1, p. 119, señale los obstáculos para la realización de esos derechos. Informe a los participantes que en una sesión posterior se explorará cómo es que otras leyes y políticas nacionales pueden limitar la realización de los derechos sexuales y reproductivos.
7. Facilite una discusión del grupo ampliado en base a las siguientes preguntas:
 - ¿Qué consecuencias tiene para la salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas adolescentes con VIH la violación de sus derechos?
 - ¿Qué otros derechos necesitan defenderse a fin de lograr el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas adolescentes con VIH? Y viceversa—¿de que modo la defensa de los derechos sexuales y reproductivos contribuye al ejercicio de otros derechos? Podría aludir a la Convención de 1997 para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), mencionando que es un tratado internacional que protege toda una gama de derechos de las mujeres.
 - ¿Cuál consideran los participantes que es su papel para ayudar a las mujeres y niñas adolescentes con VIH a proteger y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos? Señale que este punto se explorará más ampliamente en sesiones posteriores.
8. Ofrezca a los participantes un resumen de las ideas esenciales para transmitir.

Notas para el capacitador/opciones de capacitación

El presente paquete de capacitación incluye seis testimonios (Material para participantes 7.2, p. 124). Si este material fuera insuficiente o no fuera relevante localmente, hay material adicional disponible a través de ICW News o de la publicación de IPFF *Dreams and Desires*; también puede acudir a fuentes locales.

Como alternativa, el capacitador podría suspender la Actividad A y dividir a los participantes en grupos pequeños para la Actividad C. Ello permitirá realizar discusiones más amplias en grupos pequeños, si tal cosa es deseable.

Objetivos

Al término de la sesión los participantes serán capaces de:

- explicar qué significa la toma de decisiones informada y voluntaria;
- describir los retos de llevar adelante y actuar en función de decisiones que las mujeres y niñas adolescentes con VIH han experimentado dentro y fuera del centro de salud;
- explicar cuando menos dos formas de apoyar a las clientes en su toma de decisiones;
- explicar la importancia de las referencias y del seguimiento.

Tiempo

60 minutos

Materiales

- rotafolios
- plumas
- tarjetas de 21.5 x 28 cms. en cuatro colores diferentes (verde, azul, rosa y amarillo, si están disponibles)
- Material para participantes 8.1: Toma de decisiones informada y voluntaria, p. 133

Preparación anticipada

1. Dibuje en las tarjetas rosa ocho figuras o siluetas de mujeres (de aproximadamente 15 cms. de alto) y recórtelas; anote uno de los siguientes términos en cada figura (se pueden usar también imágenes de mujeres y niñas adolescentes tomadas de fotos o recortadas de revistas, poniendo etiquetas en cada una con los términos que aparecen a continuación):
 - relaciones sexuales
 - anticoncepción
 - aborto
 - consejería y examen del VIH
 - revelación
 - opciones para la alimentación infantil
 - niños (si tenerlos, cuándo, cuántos)
 - esterilización
2. Recorte 30 tarjetas en forma de flechas en los tres diferentes colores (amarillo, azul y verde), para un total de 90 flechas

Ideas clave para transmitir

- El proceso de consejería y apoyo a la cliente debe llevarse a cabo buscando comprender bajo qué circunstancias las mujeres y niñas adolescentes con VIH tomarán decisiones. Las decisiones que tomen dentro del centro de salud necesitan considerar los obstáculos presentes en el seno familiar y comunitario.
- Los consejeros no deben suponer que en el centro de salud las clientes toman decisiones informadas y voluntarias de forma automática.
- Los trabajadores sanitarios suelen ser considerados figuras de autoridad. Las inequidades de poder entre ellos y las clientas pueden llegar a impedir que estas últimas soliciten información en relación con una amplia gama de opciones, o que sientan que tienen que consentir en las propuestas que los proveedores les hacen.
- Las niñas adolescentes con VIH y algunas mujeres adultas pueden experimentar una mayor desigualdad de poder cuando la consejería la ofrece un proveedor de servicios—hombre o mujer—mayor.
- El proceso informado y voluntario de toma de decisiones se lleva a cabo en dos etapas: (1) la toma de la decisión al interior del centro de salud y (2) la actuación consecuyente con esa decisión en el ámbito familiar y comunitario. La segunda etapa puede ser continua. Ambas se ven afectadas por las relaciones de género y poder. (Por ejemplo, el uso de protección dual como los condones requiere del consentimiento del compañero).
- Algunas de las decisiones de SSR que tomarán las mujeres y niñas adolescentes con VIH pueden requerir de consejería continua y de apoyo. Sea que un trabajador sanitario brinde consejería y apoyo constante, o que refiera a la cliente a algún otro lugar, las visitas de seguimiento o las referencias deben programarse con anticipación.

Pasos de la capacitación

Actividad A. Lluvia de ideas/Discusión (20 minutos)

1. Pregunte a los participantes el significado del término “toma de decisiones informada”. Anote en el papel de rotafolios sus ideas.
2. Pregunte a los participantes qué significa “toma de decisiones voluntaria”. Anote en el rotafolios las ideas de los participantes.
3. Con referencia al Material para participantes 8.1, p. 133, asegúrese de que la lluvia de ideas de los asistentes incluya los siguientes puntos:
 - las clientes están libres de coacción, fuerza o violencia, o de la amenaza de ellas;
 - se ofrece información completa y precisa acerca de todas las opciones, incluyendo los riesgos potenciales;
 - la información se presenta sin sesgo alguno;
 - el consejero o trabajador sanitario no plantea por adelantado sus preferencias personales;
 - se exploran y toman en consideración las circunstancias particulares de las mujeres al momento de ofrecer la consejería.

4. Facilite una discusión del grupo ampliado a partir de las siguientes preguntas:
 - ¿Por qué es importante tomar decisiones informadas?
 - ¿Cómo es que los participantes hacen sus propias elecciones en aspectos relacionados con la atención en salud? ¿Quién está involucrado en ello? ¿Qué factores influyen sobre sus decisiones?

Actividad B. Actividad en grupos pequeños (20 minutos)

1. Divida a los participantes en ocho grupos y solicite que a través de una lluvia de ideas señalen los tipos de elecciones de SSR que las mujeres y niñas adolescentes con VIH pudieran hacer—por ejemplo, tener hijos, qué anticonceptivo usar, hacerse o no un aborto en caso de que sea legal, esterilizarse o no, hacerse un examen y revelar el resultado y a quién. Refiera al grupo al Material para participantes 8.1, p. 133, para posibles sugerencias. Asegure que se mencionan las áreas siguientes:
 - relaciones sexuales
 - anticoncepción
 - aborto
 - prueba del VIH
 - revelación
 - opciones para la alimentación infantil
 - niños (si tenerlos, cuándo, cuántos)
 - esterilización
 - atención y tratamiento antiretroviral (ARV)
 - PTMH
 - diagnóstico y tratamiento de ITS/IRT
 - examen de cáncer
2. Pegue en la pared los ocho recortes/imágenes de las mujeres.
3. Manteniendo a los participantes en sus mismos grupos, asigne una de las “mujeres” que se recortaron a cada uno para que la analicen y distribuya las flechas de colores. Las instrucciones para esta actividad son:
 - en las flechas azules escriban los factores que afectan la habilidad de la mujer o niña adolescente con VIH para tomar decisiones voluntarias e informadas en torno a la SSR;
 - en las flechas verdes escriban quiénes son las personas que pueden influir en las decisiones de las mujeres y niñas adolescentes con VIH;
 - en las flechas amarillas escriban qué puede ayudar a que las mujeres y niñas adolescentes con VIH manejen o resistan las presiones que se ejercen sobre ellas, y qué es lo que influye en sus decisiones. (Exhorte a los participantes a pensar más allá del escenario del centro de salud).
4. Transcurridos 15 minutos, pida a los grupos pegar las flechas azules y verdes señalando hacia la “mujer” que tuvieron asignada, y las flechas amarillas señalando lejos de la “mujer” asignada.

Actividad C. Discusión (20 minutos)

1. Facilite una discusión del grupo ampliado con base en las siguientes preguntas:
 - ¿Cómo pueden los consejeros ayudar a una cliente a tomar decisiones informadas y voluntarias? Explore, por ejemplo, cómo podría la cliente analizar ciertas cuestiones con su pareja y/o con los miembros de su familia (piense también en el tipo de información suministrada, su propio modo de ser, el entorno de la consejería, las referencias).
 - ¿En qué áreas se siente con mayor capacidad para ayudar y en cuáles se siente imposibilitado para ayudar?
 - ¿Qué información puede ofrecer a su cliente para que se la lleve a casa? ¿Qué información puede aprovechar que le ayude a usted a comprender las necesidades de SSR de una mujer con VIH? ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de esta información?
 - ¿Cuáles decisiones de SSR de las mujeres y niñas adolescentes con VIH pueden requerir de apoyo continuo? ¿Por qué es importante programar una visita de seguimiento?
 - En su localidad, ¿con quién puede referir a la cliente para que se les brinde apoyo adicional? ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de las referencias?
2. Ofrezca a los participantes un resumen de las ideas esenciales para transmitir.

Objetivos

Al término de la sesión los participantes serán capaces de:

- explicar los aspectos legales y éticos a considerar al ofrecer atención en SSR a mujeres y niñas adolescentes con VIH;
- describir un mínimo de dos leyes y políticas del lugar de trabajo que promuevan el acceso a servicios relacionados con el VIH;
- explicar la política nacional vigente sobre notificación a la pareja de la condición del VIH para los contactos sexuales, si es que existe, y sus implicaciones para las mujeres y niñas adolescentes con VIH.

Tiempo

75 minutos

Materiales

- papel de rotafolios
- marcadores
- cinta *masking*
- Material para participantes 9.1: Leyes y políticas que restringen el acceso a la atención de SSR de las mujeres y niñas adolescentes con VIH, p. 137

Preparación anticipada

1. Revise el Material para participantes 9.1.
2. Recolecte y revise:
 - la política nacional acerca del VIH/sida o documentos sobre aspectos legales y éticos (si están disponibles);
 - la declaración de política de UNAIDS/OMS sobre consejería y la prueba voluntaria, disponible en www.who.int/hiv/pub/vct/statement/en/
3. Invite a un abogado o a un experto en la política nacional sobre sida para comentar los aspectos legales y éticos del VIH/sida y la consejería. Pida a este ponente permanecer para las discusiones del grupo ampliado que tendrán lugar después de su presentación. Suministre al ponente invitado la lista de preguntas ya preparadas (ver los pasos de la capacitación, abajo, con la lista de preguntas). Si considera que hay otras preguntas relevantes para el contexto del país, sírvase agregarlas o adaptar la lista a sus necesidades.

Ideas clave para transmitir

- Los trabajadores sanitarios manejan muchos temas sensibles cuando trabajan con personas que viven con VIH. Casi todos los países del mundo han adoptado leyes y políticas relacionadas con el VIH y el sida. Los trabajadores sanitarios deben estar al tanto de las leyes y políticas corrientes que protegen los derechos de las personas con VIH, y aplicarlas en su trabajo cotidiano de manera tal que sean respetuosos de la privacidad y confidencialidad de las clientes.
- Someterse o no a la prueba del VIH es una elección personal que se ve influida por numerosos factores, incluyendo conocimiento del VIH, saber acerca de las ventajas y desventajas de someterse a la prueba, nivel de estigma existente en la comunidad, potencial para ser sujeto de ostracismo o de violencia si la prueba resulta positiva, y las ideas y sentimientos personales sobre los riesgos, la muerte y morir, entre otros.
- El sistema de NU no es proclive a que, con fundamento en la salud pública, los individuos se sometan a la prueba de manera obligatoria, dado que hay más probabilidades de que el examen voluntario resulte en un cambio de comportamiento que evite la transmisión del VIH a otras personas.
- El examen del VIH no debe ser una herramienta de discriminación. Una persona no debe someterse a la prueba sin su conocimiento o contra su voluntad, y los resultados positivos del VIH no deben ser un pretexto para negar tratamiento a nadie o para segregarlo de otros pacientes (a menos que este clínicamente justificado).
- La CPV puede contribuir para que las mujeres adopten comportamientos para prevenir las ITS o exposiciones repetidas al VIH, y para que elaboren planes realistas para ellas mismas y sus familias. Para las personas cuyos exámenes resulten positivos, la CPV puede representar un medio para que obtengan referencias a programas de tratamiento, atención y apoyo.
- Los miembros de una pareja que se someten juntos a la prueba y que reciben sus resultados y la consejería juntos, tienen también mayores probabilidades de modificar sus comportamientos sexuales. A las mujeres no se les debe presionar para que reciban consejería en pareja y, antes de recomendarla, los trabajadores de la salud deben hacer un esfuerzo por comprender la relación de la mujer con su compañero, sobre todo si existe potencial para la violencia.
- Cuando se brinde consejería a una pareja para el examen del VIH, cada uno de sus miembros debe otorgar su consentimiento personal y por separado. El consejero debe asegurarse que cada persona está ahí por voluntad propia. Si es necesario, la pareja debe separarse durante el proceso de consentimiento a fin de asegurar que cada uno toma la decisión de hacerse o no la prueba por voluntad propia e informada.
- Por ética, el personal del centro de salud no debería negarse a tratar a una cliente con VIH, ni tampoco debe ocultar los procedimientos indicados por temor al riesgo de adquirir el virus. Este personal puede protegerse de la exposición a organismos de origen sanguíneo y reducir su riesgo de infección ocupacional por el VIH acudiendo de manera consistente a las precauciones de rutina.
- Las actitudes y creencias de los trabajadores sanitarios acerca del VIH y el sida no deben influir en la habilidad de la cliente para tomar decisiones informadas sobre su atención.

Tomar decisiones sobre aspectos de la PF/SR no debe ser, en ningún caso, objeto de coacción o dirección.

- En los lugares de trabajo se deben desarrollar y poner en vigor políticas que protejan la privacidad y confidencialidad tanto de las clientes como de los empleados con VIH que aseguren su salud y bienestar y que propicien un ambiente sano y de apoyo, libre de discriminación y estigma.
- Los trabajadores de la salud no deberán nunca poner al descubierto la condición seropositiva de una mujer o una niña adolescente con VIH sin antes haber recabado su consentimiento. Si existen normas nacionales para notificar a la pareja, los trabajadores sanitarios están obligados a explicarlas a las mujeres y niñas adolescentes con VIH. En caso de que tales normas no existan, los trabajadores sanitarios deben discutir con cada mujer y niña adolescente la mejor manera y momento para notificar a sus compañeros.

Pasos de la capacitación

Actividad A. Presentación por un experto legal (35 minutos)

1. Presente al ponente invitado. Refiera a los participantes al Material para participantes 9.1, p. 137.
2. Exhorte a los participantes a que tomen notas.
3. Entregue a cada participante el material sobre la política nacional relacionada con el sida (si es que existe).

Actividad B. Discusión (40 minutos)

1. Facilite una discusión del grupo ampliado con base en las siguientes preguntas. (*Nota.* Sólo haga las preguntas que el tiempo permita). Otra opción es conducir el ejercicio en forma de debate.
 - ¿Cómo han trabajado el gobierno y las organizaciones no gubernamentales (ONG) para contrarrestar el estigma y la discriminación contra las personas con VIH?
 - ¿La prueba del VIH debería ser obligatoria?
 - ¿Existen normas legales y éticas disponibles para el personal que se desempeña en el campo del VIH/sida? Si así es, ¿cuáles son esas normas y en dónde pueden obtenerse?
 - En las normas nacionales sobre CPV, ¿existen lineamientos para notificar a la pareja? En caso de no existir, ¿deberían los trabajadores sanitarios manejar esta problemática al brindar la consejería?
 - ¿La persona con VIH es responsable de proteger la salud sexual de su pareja, o es responsabilidad de la pareja proteger su propia salud?
 - ¿En este país, a dónde pueden acudir las mujeres y niñas adolescentes con VIH para recibir ayuda y consejo sobre aspectos legales del VIH y el sida?
 - ¿Cuáles son las consecuencias legales de violar la confidencialidad en la atención a mujeres y niñas adolescentes con VIH?

- ¿En qué consiste el “consentimiento”?
 - ¿Qué constituye el consentimiento en el contexto de la consejería previa a la prueba (requerimiento de edad para el consentimiento, quién puede otorgar el consentimiento)?
 - ¿Bajo qué circunstancias no se requiere el consentimiento?
 - ¿Bajo qué circunstancias recomendaría la consejería en pareja?
 - ¿De qué manera es diferente el proceso de consentimiento para CPV cuando la consejería se da en pareja?
 - ¿Una prueba previa a un empleo es discriminatoria? ¿Es legal? ¿Es ilegal?
 - ¿La prueba de VIH previa a la aceptación en la universidad debiera ser obligatoria?
 - ¿La prueba de VIH previa al matrimonio debiera ser obligatoria?
 - ¿A qué recursos tienen acceso las clientes si sienten que han sido tratadas injusta o ilegalmente debido a su condición seropositiva?
 - ¿Las clientes saben que estos recursos existen? ¿Están teniendo acceso a ellos? Si no está ocurriendo así, ¿cuál es la razón?
 - ¿A qué recursos tiene acceso el personal en caso de sentir que ha sido tratado de manera injusta o ilegal por sus patrones dada su condición seropositiva?
 - ¿El personal sabe de la existencia de estos recursos? ¿Los está usando? Si no lo está haciendo, ¿cuál es la razón?
 - ¿Cuáles son las ventajas/desventajas de la prueba obligatoria?
 - Entre las parejas que van a casarse, ¿cuál es el incentivo para que se realicen la prueba?
 - En las mujeres embarazadas, ¿cuál es el incentivo para que se realicen la prueba?
 - ¿Cuáles son las ventajas/desventajas de que las mujeres y las niñas adolescentes se realicen la prueba del VIH?
 - ¿Cuáles son las ventajas/desventajas de que las poblaciones claves (trabajadores/as del sexo, UDI y otros) se realicen la prueba?
 - En relación con la notificación a la pareja, ¿cuál es la responsabilidad del proveedor en comparación con la de la cliente? ¿Y qué pasa con la notificación a la pareja actual versus hacerlo con parejas anteriores?
 - ¿Cuál es la responsabilidad del proveedor en comparación con la de la cliente, de notificar a otros trabajadores de la salud sobre la condición seropositiva de la cliente?
 - ¿Los padres de niños menores deben ser notificados acerca de la situación de VIH de sus hijos?
 - ¿En el expediente clínico de la paciente se debe registrar cada vez que analice con ella la revelación de su condición, o más bien debería exhortar a la cliente a que notifique a su pareja?
2. Ofrezca a los participantes un resumen de las ideas principales para transmitir.

Objetivos

Al término de la sesión los participantes serán capaces de:

- explicar cómo dar un diagnóstico positivo en un ambiente lo más seguro y cómodo posible;
- describir las normas éticas para dar un diagnóstico positivo, que incluyen asegurar la confidencialidad manteniendo una actitud no condenatoria;
- explicar cuando menos dos maneras de responder a las posibles preocupaciones y reacciones de las mujeres y niñas adolescentes con VIH.

Tiempo

75 minutos

Materiales

- tarjetas (en número que, como mínimo, sea similar al de los participantes), una tercera parte debería ser en amarillo y dos terceras partes en azul
- plumas
- papel de rotafolios
- marcadores

Preparación anticipada

1. En las tarjetas amarillas anote ejemplos de reacciones, y en las azules ejemplos de preocupaciones de las mujeres y las niñas adolescentes que reciben diagnósticos seropositivos, incluyendo:
 - *Reacciones (tarjetas amarillas)*: temor, repugnancia hacia ellas mismas, enojo, soledad, llorar, no decir nada, histeria, pánico, sentimientos suicidas, negación, síntomas de shock, violencia; en algunos casos pueden presentarse también sensaciones de alivio si han estado enfermas por un tiempo sin conocer la razón y otras.
 - *Preocupaciones (tarjetas azules)*: temor a la muerte, la enfermedad o el dolor; miedo de que otros sepan o de decirles; temor de perder a los hijos, la casa, el trabajo, los amigos; miedo al rechazo y al abandono; miedo a la violencia; temor de tener que revelar la condición; no poder tener hijos; no poder tener relaciones sexuales; preocupaciones de comunicarlo a la pareja sexual anterior, presente o futura; proteger a la pareja sexual; situación del actual compañero sexual; si está embarazada, la salud del feto; temor al impacto sobre los hijos que ya existen; preocupaciones de tipo financiero sobre la atención y el tratamiento, y otras
2. Considere la posibilidad de invitar a una representante de alguna organización local o una red de personas con VIH que facilite la sesión. Sería mejor si esta persona tuviera experi-

encia en consejería. Si decide invitar a una ponente, asegúrese de que reciba con anticipación información acerca de los objetivos y actividades de la sesión.

Ideas clave para transmitir

- La manera como un diagnóstico de infección del VIH se comunice puede tener un impacto significativo sobre la manera como una persona llega a comprender su diagnóstico.
- Para muchas personas, el VIH puede significar la muerte o cuando menos enfermedad, maltrato y un alto total en su vida sexual y reproductiva. En escenarios en donde las mujeres y las niñas adolescentes sienten que de por sí tienen un limitado control sobre sus vidas, el diagnóstico del VIH añade otro elemento percibido de desventaja y reducción en su poder para negociar.
- Las reacciones y preocupaciones, del tipo que sean, deben tratarse seriamente dado que se basan en la realidad de la cliente, actual o percibida.
- Las personas con VIH pueden disfrutar de vidas sexuales y reproductivas satisfactorias y seguras, con los mismos derechos de las personas que no están afectadas por el VIH.

Pasos de la capacitación

Actividad A. Lluvia de ideas (15 minutos)

1. Pida al grupo realizar una lluvia de ideas sobre las posibles reacciones y preocupaciones que una mujer o una niña adolescente con VIH pudiera experimentar al recibir resultados positivos de un examen de VIH. Pregunte al grupo:
 - ¿Cuáles son las reacciones probables de una mujer o una niña adolescente después de recibir diagnóstico positivo?
 - ¿Cuáles son las preocupaciones probables de una mujer o una niña adolescente después de recibir un diagnóstico positivo?

Actividad B. Actividades en grupos pequeños (10 minutos)

1. Divida a los participantes en grupos de tres; entréguele una tarjeta amarilla con una reacción escrita y dos tarjetas azules con preocupaciones. Pida a los participantes analizar:
 - ¿Por qué esta persona está teniendo esta reacción/preocupación?
 - ¿Cómo es que ellos pueden responder como trabajadores sanitarios?

Actividad C. Práctica para una dramatización (40 minutos)

1. Con los participantes integrados en los mismos grupos, pídale desarrollar un psicodrama relacionado con el manejo de un diagnóstico positivo; provea las siguientes instrucciones adicionales.
 - Elijan a personas de cada grupo para desempeñarse como consejero, cliente y observador.
 - Supongan que la interacción ocurre en un centro de salud. La cliente ha acudido a ver al trabajador sanitario o al consejero para saber los resultados de su prueba del VIH y

demostrará una de las reacciones o preocupaciones que se discutieron en la actividad previa. El observador ayuda a desarrollar la dramatización, observa la ronda y ofrece retroalimentación. El consejero ayuda a abordar el tema y apoya a la cliente en sus reacciones y preocupaciones.

- El propósito de la dramatización es examinar cómo se crea un ambiente seguro y cómodo para la consejería y responder de manera apropiada y sensible a las reacciones y preocupaciones de la cliente respecto del diagnóstico positivo del VIH.
 - Para esta tarea, asigne a los grupos pequeños 30 minutos. Si son capaces de terminar en ese lapso la dramatización, pida a sus miembros intercambiar papeles para que todos tengan oportunidad de desempeñarse como consejeros o clientes.
2. Transcurridos 30 minutos, tome cuenta de la actividad y plantee a los grupos las siguientes preguntas:
 - ¿Cuáles reacciones y preocupaciones de la cliente exploraron mientras desempeñaban los roles?
 - ¿Qué métodos les parecieron más útiles para crear un ambiente seguro, cómodo y tranquilizante para la cliente?
 - ¿Qué condiciones son fundamentales para poder manejar un diagnóstico de VIH positivo?
 3. Escriba estas condiciones en el rotafolios a medida que los grupos comparten sus respuestas.
 4. Ofrezca a los participantes un resumen de las ideas esenciales para transmitir.

Notas para el capacitador/Opciones de capacitación

Si el tiempo lo permite, pida a un grupo que en calidad de voluntario presente al resto de los participantes la dramatización.

Objetivos

Al término de la sesión los participantes serán capaces de:

- explicar las razones que podrían dar lugar a que las mujeres y niñas adolescentes con VIH revelaran o no su condición;
- describir los varios factores que afectan la decisión de divulgar esta condición en distintos ambientes;
- describir los diferentes niveles de control que un individuo tiene sobre la manifestación de su condición;
- describir cuando menos dos maneras de apoyar la decisión de una mujer o una niña adolescente con VIH de revelar su condición.

Tiempo

90 minutos

Materiales

- papel (21.5 cms. x 28 cms.)
- marcadores
- cinta *masking*
- notas auto-adhesivas (post-it) de colores varios
- Material para participantes 11.1: Pautas para la revelación, p. 139

Preparación anticipada

1. Elija escenarios para desempeñar roles a partir del Recurso del capacitador 6.2, p. 30.
2. Revise la “historia” en la Nota para el capacitador que aparece al final de esta sesión. Si decide usarla en esta práctica, reproduzca en número suficiente para que cada participante tenga un ejemplar y distribúyala.

Ideas clave para transmitir

- La revelación no es una decisión o acción única. Exteriorizar el hecho a los trabajadores sanitarios, la pareja, la familia, los amigos, la comunidad, el vecindario y a todo mundo involucra distintos niveles de ansiedad y problemas que no necesariamente disminuyen al transcurrir el tiempo.
- Aunque la divulgación de la condición ofrece ciertas ventajas, existen también desventajas que pueden ser más graves en el caso de las mujeres y las niñas adolescentes, como pueden ser la violencia, el abandono y la pérdida de un modo de vida sustentable. Entonces, debe evitarse presionar a la cliente a la revelación antes de que sienta lista para hacerlo.

- Las personas que han recibido un diagnóstico de VIH positivo tienen derecho a la privacidad; “si los resultados de una prueba se revelan sin el consentimiento” se está abusando de esa privacidad.²⁷
- Al discutir con las clientes la revelación, se deberá tomar en consideración la falta de control que una persona pudiera tener sobre la divulgación e identificar estrategias para ayudar a que la cliente asuma de nuevo el mayor control posible.

Pasos de la capacitación

Actividad A. Práctica de la dramatización/Discusión (40 minutos)

1. En una lluvia de ideas, propicie que el grupo mencione los distintos tipos de personas, o grupos de personas, a quienes una mujer o una niña adolescente con VIH podría revelar su condición de seropositiva. Escriba las sugerencias en los papeles de 21.5 cms. x 28 cms. y colóquelos en la pared. Asegure que el grupo ha identificado a cada una de las siguientes personas:
 - la/s pareja/s
 - la familia (la madre, suegra, hermana, cuñada, etc.)
 - los amigos
 - los trabajadores sanitarios
 - la comunidad
2. Divida a los participantes en grupos de tres. Distribuya a cada grupo un escenario para la dramatización (del Recurso del capacitador 6.2, p. 30); dé las siguientes instrucciones:
 - elijan a una persona del grupo para que actúe como la mujer o niña adolescente con VIH, a una segunda persona para jugar el papel de alguien que no sabe que la mujer es VIH positiva (la pareja, la suegra, un colega del trabajo, un nuevo dentista, etc.), y a una tercera persona para ser un observador que ayudará a que la dramatización se desarrolle ofreciendo retroalimentación;
 - el participante que funja como la mujer o niña adolescente con VIH se ejercita para divulgar (o no) su condición. Si decide no divulgarla, debe dar otra explicación de sus acciones (por ejemplo, no amamantar a su bebé o insistir en el uso de condones para tener actividad sexual);
 - una vez que el participante que desempeñe el rol de la mujer o niña adolescente con VIH haya tenido oportunidad de practicar, los roles se intercambian. La práctica continua y se intercambian los roles tan frecuentemente como sea posible para que cada miembro del grupo tenga oportunidad de ser la mujer con VIH. (*Nota.* Podría ocurrir que alguna de las personas que tomen parte en esta capacitación sea seropositiva, pudiendo estar o no consciente de su condición. Asimismo, pudiera haber personas con VIH formando parte del grupo que desearan aprovechar esta ocasión para compartir su experiencia cuando exteriorizaron su problemática. Recuerde a los participantes que lo que se manifieste en el transcurso de la capacitación es confidencial y debe respetarse).

²⁷ ICW. *Human rights and HIV*. Fact sheet #9. Londres. Consulta del 27 de junio de 2006 en el sitio: www.icw.org/tiki-list_file_gallery.php?galleryId=1.

3. Transcurridos 20 minutos, tome cuenta de la actividad de los “actores” facilitando una discusión del grupo ampliado en la que se planteen las siguientes preguntas:
- ¿Cómo se sintió al revelar su condición mientras desempeñaba el rol de una mujer o una niña adolescente con VIH?
 - ¿Por qué decidió divulgarla (si en efecto lo hizo)?
 - ¿Qué sintió al no exteriorizar su estado?
 - ¿Por qué decidió no revelar su condición (si tal fue su decisión)?
 - ¿Se sintió cómodo divulgándola a algunas personas y a otras no?
 - ¿Se sintió bien revelándola en ciertas situaciones y no en otras?
 - ¿Qué factores lo colocan a usted en una situación en la cual pudo creer que tenía que exteriorizarla (una situación que estaba fuera de su control)?
 - ¿De qué modo las problemáticas en torno a la divulgación son diferentes entre hombres y mujeres?
 - ¿A cuáles problemáticas particulares de la revelación se enfrentan las niñas adolescentes?
 - ¿En qué otras situaciones puede suponerse que una persona seropositiva puede ser potencialmente presionada a revelar su condición? Los ejemplos incluyen:
 - elegir no amamantar en un contexto en el que la lactancia es culturalmente aceptada;
 - no tener hijos en un contexto en el que el número de hijos es signo de buena salud;
 - mostrar señales de mala salud;
 - mostrar señales de pérdida o redistribución del peso;
 - tomar medicamentos que requieren mantenerse en refrigeración o ingerirse en ciertos momentos del día;
 - proteger el acceso de la pareja a ciertos servicios o beneficios;
 - ser objeto de chismes o de actitudes y comportamientos negativos por parte de los trabajadores sanitarios, del personal auxiliar, recepcionistas, porteros, etc.
 - ¿Bajo qué condiciones una revelación puede quedar fuera del control de una persona? Los ejemplos abarcan:
 - acceder a servicios que requieren que la divulgación del VIH se manifieste repetidamente;
 - experimentar un incumplimiento de la confidencialidad por parte de un trabajador sanitario, amigo, familiar, etc.
 - encontrarse con espacios o servicios separados para mujeres o niñas adolescentes con VIH;
 - vivir en un lugar que castiga no manifestar la condición del VIH;
 - satisfacer los requisitos para un trabajo, para pruebas de investigación, solicitudes de visa, seguros y otros;
 - encontrarse con trabajadores de la salud que por ley están obligados a comunicar a los padres o guardianes legales los resultados de las pruebas de clientes adolescentes.

Actividad B: Actividades en grupos pequeños (25 minutos)

1. Refiera a los participantes al Material para participantes 11.1, p. 139. Divida a los participantes en grupos de cuatro o cinco. Pídales desarrollar un conjunto de normas para trabajadores sanitarios de su centro relacionadas con la consejería a mujeres y niñas adolescentes con VIH en relación con la divulgación del virus. Los participantes podrían usar ejemplos de su propio trabajo o partir de los escenarios que idearon para la dramatización.
2. Exhorte a los participantes a reflexionar sobre las siguientes problemáticas conforme desarrollan las normas:
 - la realidad de su comunidad que puede afectar la decisión de exteriorizar la condición;
 - a quién, cómo y cuando divulgar;
 - consecuencias potenciales de la revelación;
 - estrategias para incrementar el nivel de control de la mujer o niña adolescente respecto de su revelación;
 - fuentes potenciales de apoyo.
3. Al cabo de 15 minutos pida a cada uno de los grupos pequeños compartir las normas que desarrollaron.
4. Ofrezca a los participantes un resumen de las ideas esenciales para transmitir.

Notas para el capacitador/Opciones de capacitación

Para ayudar a tomar cuenta de la dramatización, puede considerar acudir a la historia siguiente que ilustra la complejidad de revelar la existencia del VIH y la importancia de enmarcar este hecho dentro del ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo los derechos de las personas con VIH

Silvia, una mujer joven con VIH (que fue infectada al nacer), pidió consejo al médico para tener relaciones sexuales con hombres (antes de comenzar a hacerlo); quería saber lo que era seguro y no. El doctor le dijo que el sexo oral sin condón estaba bien, que el sexo de penetración con condón estaba bien también, y que en ningún caso había riesgo de suficiente de transmisión para que se sintiera obligada a comunicar a su compañero que era seropositiva. Así, siguiendo el consejo médico, Silvia hizo exactamente eso cuando comenzó a tener experiencias sexuales, sin mencionarlo a sus compañeros sexuales. Desafortunadamente, en fecha reciente tuvo relaciones sexuales con un individuo y el condón se rompió; entonces le comunicó a esa persona, de inmediato, que era seropositiva. Juntos fueron a un centro de salud (él prosiguió con un tratamiento profiláctico durante un mes y se sometió a la prueba tres meses después con resultados negativos). Afortunadamente, el hombre la apoyó realmente; pero sus amigos, e incluso parte del personal de salud (estaban en la universidad, alejados del centro de salud al que solían acudir) que no era especialista en VIH consideró que los riesgos eran mucho mayores de lo que son en su experiencia como especialistas, de manera que la trataron realmente mal por no haber revelado su condición desde el principio. Ella no la había exteriorizado porque se sentía nerviosa y temerosa de ser rechazada si su amigo lo sabía, y creyó estar actuando responsablemente al haber verificado las cosas inicialmente con su médico especialista. Se sintió perturbada de que su propio médico no le hubiera advertido de la posible reacción pública, basada en la ignorancia popular, y que se hubiera limitado a comunicarle los hechos. Silvia dijo que su especialista reconoció también, en privado, que la había defraudado—en el sentido de no

que no pensó en las consecuencias de haberse limitado a hacerle saber los hechos científicos, en vez de comentar con ella las implicaciones de una opinión pública mal informada.

Nota. Según la OMS, el sexo oral es una actividad de bajo riesgo, pero no de riesgo cero. Para más información sobre el nivel de riesgo relacionado con las diferentes actividades sexuales, favor referirse a la guía de la OMS (consultada el 26 de junio de 2006) en el sitio: www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/986C9723-13B5-425F-B1ED-CD159344E088/0/Advocacy_and_Activity_Guide.pdf; véase también: CDC. Sin fecha. *Preventing the Sexual Transmisión of HIV, the Virus that Causes AIDS: What You Should Know about Oral Sex.* Consulta del 27 de junio de 2006 en el sitio: www.cdc.gov/hiv/pubs/faq/faq19.htm

Objetivos

Al término de la sesión los participantes serán capaces de:

- explicar la problemática que enfrentan las mujeres y niñas adolescentes con VIH en relación con su sexualidad, y cómo esa condición se relaciona con su salud sexual y reproductiva y su bienestar;
- describir modos para analizar este sensible tema con mujeres y niñas adolescentes con VIH;
- explicar cuando menos dos maneras para que los trabajadores sanitarios puedan introducir el tema de la sexualidad con mujeres y niñas adolescentes con VIH.

Tiempo

90 minutos

Materiales

- tarjetas
- plumas
- rotafolios
- marcadores
- Material para participantes 4.1: Habilidades de comunicación de un consejero eficaz, p. 108, y Material para participantes 4.2: Panorama del modelo de consejería CETE, p. 111.

Preparación anticipada

1. Del Recurso del capacitador 12.1, p. 59, selecciones con anticipación 15 ejemplos de prácticas/costumbres sexuales y anótelas individualmente en las tarjetas.
2. Escriba en el papel de rotafolios las siguientes preguntas:
 - ¿Cómo es que cada una de las prácticas o costumbres sexuales representa hasta qué punto una mujer o una niña adolescente tiene la habilidad de velar por su salud sexual y reproductiva y su bienestar?
 - ¿Cuáles son los puntos clave de cada práctica o costumbre que le gustaría analizar en una sesión con una cliente? (*Nota para el capacitador.* En este ejercicio los participantes necesitan considerar el propósito de analizar los puntos clave con las clientes).
 - ¿Cómo puede usted, como trabajador de la salud, introducir el tema de la sexualidad con la cliente? (*Nota para el capacitador.* El trabajador sanitario/ consejero necesitará averiguar si la cliente tiene preguntas acerca de su propia sexualidad. Pudiera suceder que la cliente se sintiera incómoda; pero para tranquilizarla el trabajador sanitario/consejero tiene que sentirse cómodo él primero y luego comentar el tema).

- ¿Cómo puede hacer que la sesión sea más cómoda para la cliente? (*Nota para el capacitador.* Pudiera ser útil pensar en cómo se sentiría él mismo abordando estos temas con su trabajador sanitario. Refiérase al Material para participantes 4.1, p. 108 y 4.2, p. 111).
- En la localidad, ¿a dónde podría acudir la cliente para conseguir otras formas de apoyo relacionadas con su sexualidad y su salud sexual?

Ideas clave para transmitir

- La sexualidad y la salud sexual están directamente vinculadas con la SR. No es posible ofrecer consejería en SSR a una cliente sin discutir el tema de la sexualidad.
- Para que un trabajador de la salud brinde una consejería exitosa debe, primero que nada, sentirse cómodo empleando el vocabulario que alude a la sexualidad y las prácticas sexuales.
- Si los derechos sexuales y reproductivos de una mujer o niña adolescente con VIH no se defienden, la habilidad que tenga para proteger su SSR se ve limitada.
- Las mujeres y niñas adolescentes con VIH son seres sexuales y tienen derecho a expresar su sexualidad libres de violencia y coacción.
- Los trabajadores de la salud tienen la oportunidad y responsabilidad de que las mujeres y niñas adolescentes con VIH tomen conciencia de sus derechos sexuales y reproductivos, y de explorar con ellas cómo proteger y mantener su salud sexual y reproductiva y bienestar.
- Después de recibir un diagnóstico de VIH positivo, una mujer o una niña adolescente puede experimentar preocupaciones diversas en torno a su sexualidad y su salud reproductiva que debería sentirse libre de explorar con el trabajador sanitario. Sin embargo, pudiera ocurrir también que se sintiera renuente a hablar sobre tales problemáticas. Es importante que el trabajador de la salud introduzca el tema de una manera sensible y sin asumir una actitud condenatoria.

Pasos de la capacitación

Nota: Manténgase consciente de que los participantes pueden sentirse incómodos para abordar esta problemática frente a colegas y miembros del sexo opuesto. El trabajo grupal puede realizarse entre personas del mismo sexo, o dividirse según la edad—o, idealmente, ambos.

Actividad A. Lluvia de ideas/Discusión (20 minutos)

1. Revise con el grupo la definición de sexualidad de la Sesión 5.
2. Pida a los participantes dar ejemplos de algunas de las dimensiones de la sexualidad, como pudieran ser:
 - menstruar, estar embarazada o tener relaciones sexuales, placer sexual, salud sexual (anatomía, fisiología y bioquímica);

- sentirse atraído hacia otra persona, incluyendo la orientación sexual y el deseo y placer sexuales. (*Nota.* Los ejemplos no siempre son exclusivos de una categoría—por ejemplo los pensamientos, los sentimientos);
 - comportarse según las expectativas de la propia comunidad, dependiendo de si uno es hombre o mujer. (*Nota.* Lo anterior incluye roles de género, toma de decisiones y poder en las relaciones sexuales, y violencia y temor a la violencia—por ejemplo, factores culturales y sociales).
3. Facilite una discusión planteando a los participantes las siguientes preguntas:
- ¿De qué manera hombres y mujeres experimentan los ejemplos anteriores? ¿Y qué ocurre con una niña o un niño adolescente? (*Nota.* Pudiera suceder que el capacitador necesite señalar que la menstruación y el embarazo son exclusivos de un solo sexo; sin embargo, la edad, los roles y las dinámicas de género, lo mismo que las prácticas culturales influyen en el modo como ambos sexos experimentan y expresan su sexualidad).
 - ¿Cuáles son algunas diferencias en los modos como las mujeres o las adolescentes con VIH experimentan o expresan su sexualidad como resultado de los factores anteriores? Por ejemplo, una mujer con VIH pudiera sentir que por continuar deseando y teniendo relaciones sexuales su poder de negociación en una relación sexual es menor, o pudiera también experimentar niveles mayores de violencia. Muchas personas acuden al sexo para aliviar momentos de tensión; de este modo, para las mujeres y hombres con VIH querer tener relaciones sexuales puede ser un deseo natural y representar una opción de alivio. Pero es igualmente cierto que muchas mujeres y niñas adolescentes con VIH creen lo que otros les han dicho—que una vez que eres positiva no puedes tener relaciones sexuales—lo cual puede producir suma tensión si el deseo sexual existe.
 - ¿Qué preguntas querría plantear al consejero una mujer o una niña adolescente con VIH en relación con su sexualidad? Por ejemplo, qué es lo que constituye o no el “sexo más seguro”? ¿Es aceptable tener aún deseo sexual? ¿Es normal desear (o no) tener sexo a partir de que uno conoce su condición de VIH? ¿La energía sexual propia se ve afectada por las preocupaciones de salud no tratadas o por los efectos secundarios de los medicamentos ARV?²⁸

Actividad B. Práctica de dramatización (40 minutos)

1. Divida a los participantes en grupos de tres. Entregue a cada grupo tres tarjetas en las que haya anotado prácticas o costumbres sexuales. Las instrucciones para realizar la dramatización son:
 - pida a los participantes seleccionar a una persona para desempeñar el papel de una mujer o niña adolescente con VIH, a otra para fungir como la pareja de la mujer o la niña adolescente, y una más que servirá de observador para ayudar en el desarrollo de la dramatización y ofrecer retroalimentación;
 - pida a los grupos desempeñar por turnos los roles de un encuentro basado en las prácticas descritas en sus tarjetas, a fin de que cada persona tenga oportunidad de jugar tanto el papel de la mujer o la adolescente con VIH como el del compañero;

²⁸ UNFPA e OMS. 2006. *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Site Consulta del 27 de junio de 2006 en el sitio: www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf.

- pida a los participantes referirse al Material para participantes 4.1, p.108, y 4.2, p. 111, para revisar las habilidades de comunicación y consejería que deberían poner en práctica.
2. Al cabo de 30 minutos, tome cuenta de la actividad realizada facilitando una discusión basada en las siguientes preguntas:
- ¿Cuáles fueron los aspectos que se les dificultó discutir?
 - ¿Qué métodos encontraron para comunicarse con su pareja quienes desempeñaron el papel de una mujer o una niña adolescente con VIH?
 - ¿Cómo fue que las parejas pudieron negociar entre sí sus necesidades/deseos?

Actividad C. Discusión (30 minutos)

1. Facilite una discusión del grupo ampliado basada en las siguientes preguntas clave:
- ¿Cuál es el mensaje de este ejercicio en cuanto a cómo puede llegar a sentirse una mujer o una niña adolescente cuando el trabajador sanitario le pregunta sobre sus prácticas sexuales?
 - ¿Cómo es que la labor de los trabajadores sanitarios y los consejeros se ve afectada por sus propios valores y actitudes cuando abordan el tema de las prácticas sexuales de las mujeres y niñas adolescentes con VIH?
 - ¿Cómo podrían los trabajadores de la salud y consejeros sentirse más cómodos para abordar temas de sexualidad con mujeres y niñas adolescentes con VIH?
 - ¿Qué podrían hacer los trabajadores de la salud y consejeros para que las mujeres y niñas adolescentes con VIH se sintieran más cómodas y seguras al analizar aspectos del sexo?
2. Ofrezca a los participantes un resumen de las ideas esenciales para transmitir.



Nota para los capacitadores: algunos de los ejemplos siguientes se aplican a ciertas culturas únicamente; omita aquéllos que no sean apropiadas para su localidad.

- Mi pareja siempre toma la iniciativa con el sexo.
- No disfruto el sexo con mi pareja.
- Mi pareja me obliga a tener sexo.
- Mi novio amenaza con dejarme o con tener relaciones sexuales con otras mujeres.
- Si me niego a tener relaciones sexuales con él, el ambiente de la casa se vuelve insufrible.
- Si no tengo sexo con él no me da dinero.
- Me puede abandonar o no hablarme.
- Puedo pedirle que use condón; pero a veces se niega.
- Con frecuencia me inyecto drogas cuando tengo sexo y siento que no tengo control.
- Él tiene estabilidad económica y yo no trabajo. Le debo el sexo porque me mantiene.
- Los hombres son la cabeza del hogar—así es.
- Llegará un momento en que se negará a usar el condón. Entonces dirá: “¿Porqué estamos usando condón después de todos estos años?”
- Tenía problemas con los hombres, así que cambié mi sexualidad.
- Cuando conoces sus condiciones y quieres usar el condón tienes que iniciar la conversación. Los hombres no van a sugerir el uso del condón.
- Cuando traes el condón a colación ellos (los hombres) dicen que te ves bien.
- Quizás pongamos el condón de lado—ese es nuestro problema, tenemos que tomar nuestras propias decisiones.
- Los parientes políticos son un puñado de problemas—si el papá tiene dos esposas entonces fomentan que el hijo tenga también dos esposas.
- Él dice: “tú eres seropositiva. ¿Quién más va a tenerte?”
- Si mi esposo quiere tener sexo conmigo tengo que complacerlo en el momento que quiera.
- Tenemos que casarnos con cualquiera que pueda pagar la lobola (una especie de precio por la novia, que es común en ciertas culturas). Cuando han pagado lobola pueden hacer lo que quieran.
- Un hombre dirá: “yo pagué la lobola, ¿por qué quieres usar condón? Estás ahí para hacer niños”.
- Cuando el hombre tiene más de una esposa decide en dónde dormirá cada noche; tienes que comportarte según sus reglas.
- Mi cuñado quería tomar el lugar de mi esposo; no quería casarse, lo que quería era tener una relación sexual. Dijo: “si no haces esto, no mantendremos a tu hijo” (en localidades en donde es común que los cuñados tengan sexo con la viuda, o que la “hereden”).



- Los padres y parientes políticos se reúnen para decidir y la mujer no toma parte en esa reunión, especialmente si su *lobola* ha sido pagada. Ella es una propiedad; se limitan a encontrar a alguien que se case con ella.
- Si él la viola y la mujer va con la abuelita, ella dice: ese es tu trabajo, tienes que tener hijos.
- Se supone que las mujeres jóvenes deben permanecer “vírgenes” (no tener relaciones sexuales).
- Cuando se trata de volverse activa sexualmente, si no estás casada no puedes discutir eso.
- A veces, a las mujeres con VIH no se les permite casarse.
- Él es VIH positivo y yo resulté negativa; pero él dice que si lo amo no me importará contagiarme del VIH.
- Él dice que con el condón no siente rico.
- Él es mi maestro; tengo que hacer lo que me diga.
- Acabo de tener un bebé. No quiero tener otro pronto; pero mi esposo quiere una familia grande.
- Si un hombre con VIH tiene sexo con una virgen se curará del VIH.
- Él es mi amorcito—me da todo lo que le pido. ¡Se lo debo!
- Mi esposo es viajante a veces durante meses. Cuando regresa a casa se que ha tenido relaciones sexuales con otras parejas sin haber usado condón.
- Los dos somos seropositivos, entonces ¿qué caso tiene usar condón?
- Dice que lo sacará (su pene de la vagina antes de eyacular) y no me infectaré.
- A veces quiero tener relaciones sexuales; pero me da vergüenza.
- Me encanta tener relaciones sexuales con mi esposo y nos sentimos mejor cuando usamos condones.

Objetivos

Al término de la sesión los participantes serán capaces de:

- definir la evaluación de riesgo y explicar por qué y cómo se usa en la consejería;
- identificar tres razones de la importancia de las estrategias de prevención para las personas con VIH;
- identificar tres razones que dificultan que las mujeres y niñas adolescentes con VIH estén conscientes de sus propios riesgos;
- describir dos maneras para que los trabajadores de la salud ayuden a sus clientes a estar conscientes de sus propios riesgos de adquirir ITS/ITR, transmitir el VIH a sus parejas, reinfectarse con el VIH o embarazarse sin desearlo.

Tiempo

75 minutos

Materiales

- papel de rotafolios
- marcadores
- cinta *masking*
- Recurso del capacitador 13.1: CETE—Fase 2, p. 66
- Material para participantes 13.1: Panorama de la evaluación de riesgo, p. 140
- Material para participantes 7.2: Testimonios de mujeres y niñas adolescentes con VIH, p. 124
- Material para participantes 4.2: Panorama del modelo de consejería CETE, p. 111

Preparación anticipada

1. Prepare un rotafolios con la definición de la evaluación de riesgo y por qué la realizamos (Actividad A); se encuentra en el Material para participantes 13.1, p. 140.
2. Prepare un rotafolios con las tres razones que vuelven necesarias las estrategias de prevención en personas con VIH (Material para participantes 13.1, p. 140).
3. Revise el Material para participantes 13.1, p. 140, con las normas que se usarán para la presentación (Actividad B), más el Paso 3 de la fase de exploración del CETE, enfocándose en los pasos para esta sesión (ver el Recurso del capacitador 13.1, p. 66).
4. Prepare un rotafolios con las seis razones que hacen que las clientes subestimen su riesgo (Actividad B); se encuentran en el Material para participantes 13.1.
5. Revise los testimonios (Material para participantes 7.2, p. 124).

Ideas clave para transmitir

- La evaluación de riesgo es un proceso de consejería para ayudar a las clientes a comprender el riesgo asociado con prácticas sexuales y/o de UDI en las que ellas mismas o sus parejas se involucran, y cómo pueden reducir su propio nivel de riesgo modificando su comportamiento.
- En la consejería, los trabajadores sanitarios deben respetar que las mujeres y niñas adolescentes con VIH y sus parejas tengan comprensiones distintas de lo que el riesgo significa en sus vidas. Por motivos diversos, las personas tienden a pensar que enfrentan menos riesgos de los que en realidad encaran. De ahí que los trabajadores de la salud necesiten desarrollar habilidades para ayudar a las clientes a detectar y comprender sus riesgos.
- La prevención para y con las mujeres y niñas adolescentes con VIH abarca un conjunto de acciones que les ayudan a proteger su salud sexual, a evitar ITS o la reinfección con otra cepas del VIH, a retrasar la progresión del VIH/sida, a evitar transmitir el VIH a otras personas y a prevenir embarazos no deseados.
- Las mujeres y niñas adolescentes con VIH que pertenecen a grupos poblacionales difíciles de alcanzar—como son los/as trabajadores/as sexuales y UDI, parejas de trabajadores/as sexuales y UDI, y hombres que tienen sexo con hombres—, deben recibir consejería en relación con el riesgo incrementado que tienen de padecer ITS/ITR.
- Los trabajadores sanitarios pueden ayudar a que las mujeres y niñas adolescentes con VIH evalúen su propio riesgo y sean capaces de aprovechar esa comprensión para aminorar los posibles peligros desarrollando y poniendo en marcha planes de reducción del riesgo.
- Un tema importante que debe enfatizarse durante la consejería es que el tratamiento exitoso con ARV no previene la transmisión del VIH. La cliente necesita recibir información sobre medidas preventivas, tales como el uso de condones, prácticas de sexo más seguro, la necesidad de desinfectar las agujas (si es UDI) y otras estrategias para reducir el daño.
- Las mujeres, que por tradición son más donadoras que receptoras de cuidados, tienden a descuidar sus propias necesidades de salud. Los trabajadores sanitarios deben aclarar a estas mujeres que “el cuidado propio” es parte integral de la prevención eficaz de las ITS/ITR y de la prevención para evitar la progresión de la enfermedad del VIH.
- Casi todas las mujeres y niñas adolescentes con VIH, después de saber que lo son, tratan de adoptar prácticas de sexo más seguro; no obstante, cuando al compañero no se le ha informado acerca de la infección, el inicio y continuación de tales cambios pudiera dificultarse. La cliente puede requerir de consejería para enfrentar estos retos, y el trabajador sanitario debe brindar su apoyo en todo momento sin mostrarse crítico.
- El tratamiento oportuno y adecuado de las ITS/ITR a partir del primer contacto entre la mujer o niña adolescente con VIH y el trabajador de la salud puede prevenir complicaciones ginecológicas y obstétricas asociadas con las ITS/ITR, disminuir su gravedad y (en algunos casos) mejorar la respuesta al tratamiento normal.
- Se debe alentar a las mujeres con VIH a hacerse el examen de cáncer cervical si ese servicio se ofrece, dado que ellas son más vulnerables a la infección por el virus del papiloma

humano (VPH). El examen citológico es igualmente eficaz en mujeres con VIH como lo es en mujeres no infectadas. No existe evidencia que apoye la recomendación de que las mujeres y niñas adolescentes recién diagnosticadas con el VIH debieran ser referidas para una colposcopia, o que se les debería examinar más a menudo que a las mujeres no infectadas.²⁹

- Con los avances en el tratamiento de la infección por el VIH y perspectivas sanitarias mejores en el largo plazo, las clientes muestran un renovado interés por la actividad sexual y la procreación. El tratamiento exitoso del VIH disminuye la carga viral pudiendo reducir así el riesgo de transmisión del VIH a una pareja VIH negativa o a un niño no nato; el riesgo, sin embargo, no está del todo eliminado.
- En parejas VIH discordantes (en donde un miembro es VIH positivo y el otro es VIH negativo), existe evidencia convincente de que el uso consistente del condón (y para las/os UDI el uso consistente de agujas desinfectadas) protege a la pareja que es seronegativa contra la infección por el VIH; por ende, dichas parejas deben recibir consejería sobre la importancia crucial de tener prácticas de sexo más seguras y de uso apropiado del condón y de agujas desinfectadas. En los casos en que ambos miembros de la pareja son VIH positivos, se recomienda la adopción de prácticas de sexo más seguras, al igual que prácticas también más seguras de uso de drogas para prevenir las ITS/ITR y la reinfección con cepas nuevas o mutantes del VIH.

Pasos de la capacitación

Actividad A. Lluvia de ideas (20 minutos)

1. Explique que en su trabajo cotidiano los participantes analizan las distintas categorías de riesgo y los comportamientos y factores sociales subyacentes que influyen sobre el riesgo; esta sesión se abocará al rol de los trabajadores sanitarios para ayudar a la cliente a evaluar su propio riesgo.
2. Pregunte a los participantes:
 - ¿Qué es para usted la evaluación de riesgo?
3. Después de obtener un par de respuestas, anote en el rotafolios la definición de evaluación de riesgo explicándola brevemente.
4. Mencione que a la fecha la mayor parte de la estrategias de prevención tienen como población meta las personas que son VIH negativas o los individuos cuya condición se desconoce, a fin de prevenirlos del contagio del VIH. Históricamente, ha existido la percepción de que el concepto de prevención para individuos que ya tienen el VIH es inherentemente contradictorio. Del mismo modo, se han manifestado inquietudes en torno al estigma adicional hacia las personas con VIH. Además, hay quienes han sido renuentes a

²⁹ “A las mujeres que viven con el VIH/SIDA se les deben ofrecer exámenes de cáncer cervical que debieran practicarse con la misma frecuencia que las que se hacen a mujeres no infectadas con el VIH” —Fuente: UNFPA y OMS. 2006. *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Consulta del 27 de junio de 2006 en el sitio: www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf.

reconocer que las personas con VIH tienen sexo y luchan con los complejos aspectos éticos que rodean al VIH relacionados con su revelación, la notificación al compañero o compañera y otros.

5. Pregunte a los participantes:
 - ¿Qué razones son importantes para considerar estrategias de prevención que satisfagan las necesidades particulares de las personas con VIH?
6. Después de obtener un par de respuestas, anote en el rotafolios las tres razones por las cuales las estrategias de prevención para personas con VIH son importantes; explique brevemente cada una.

Actividad B. Discusión (25 minutos)

1. Explique que, en términos generales, casi todas las personas subestiman sus propios riesgos, y que ello incluye los de adquirir ITS/ITR, de transmitir el VIH a parejas no contagiadas, de reinfectarse con otras cepas del VIH y de embarazos no deseados. Pida a los participantes expresar algunas razones que harían que las mujeres y niñas adolescentes con VIH tuvieran dificultad para percibir esos riesgos.
2. Pegue el papel de rotafolios que muestra las seis razones que llevan a las clientes a subestimar sus riesgos. Explique brevemente cada una.
3. Facilite una discusión breve planteando las siguientes preguntas:
 - ¿Por qué es tan importante la percepción de la cliente acerca de su propio riesgo?
 - Considerando las razones que llevan a las clientes a subestimar sus riesgos, ¿qué razones se aplican a las mujeres y niñas adolescentes con VIH? ¿Por qué?
4. Pida a los participantes referirse a la Sesión 4 del Material para participantes 4.2, p. 111 (CETE—Fase 2: Exploración, paso 3), y asimismo al Recurso del capacitador 13.1 (Ayude al cliente a percibir o determinar su propio riesgo de embarazo, VIH o ITS). Pida al grupo que en una lluvia de ideas señale cómo plantearía las preguntas en los dos primeros “balazos”.
5. Discutan brevemente cada sugerencia para ver si los participantes concuerdan con las preguntas; a continuación anótelas en el rotafolios.

Actividad C. Práctica de la dramatización/Discusión (30 minutos)

1. Explique que los participantes tendrán ahora la oportunidad de practicar el Paso 3 de la Etapa de exploración del CETE mediante una dramatización.
2. Divida a los participantes en grupos de tres y entregue a cada grupo uno de los testimonios del Material para participantes 7.2: Testimonios de mujeres y niñas adolescentes VIH positivas. Proporcione a los participantes las siguientes instrucciones adicionales:
 - pida a los participantes elegir a una persona para que juegue el papel de una mujer o niña adolescente con VIH, a otra para que funja como trabajador de la salud, y a una tercera para que sea el observador que ayudará a desarrollar la dramatización y la retroalimentará;
 - pida a los grupos desempeñar los roles en un encuentro basado en el testimonio que recibieron, para que cada persona tenga oportunidad de fungir como la mujer o niña adolescente con VIH y como el trabajador de la salud y el consejero;

- solicite a los participantes referirse al Material para participantes 4.2, p. 111 (Fase 2 del CETE—Exploración, Paso 3) para ayudar en el desarrollo y práctica de la dramatización.
3. Transcurridos 20 minutos, tome cuenta de la tarea de la dramatización y facilite una discusión en la que se hagan las siguientes preguntas:
 - En su testimonio, ¿cómo explicó a su cliente los riesgos de adquirir una ITS/ITR, de transmitir el VIH a una pareja no infectada, de reinfección con otras cepas del VIH, o de un embarazo no deseado?
 - ¿Qué preguntas pudo plantear para ayudar a que la mujer y la niña adolescente con VIH relacionaran estos riesgos con su propia situación?
 - ¿Cómo pueden los trabajadores de la salud ayudar para que las mujeres y niñas adolescentes con VIH perciban y comprendan sus propios riesgos?
 4. Ofrezca a los participantes un resumen de las ideas principales para transmitir.

CETE–Fase 2. Exploración

- 1. Explore las necesidades, riesgos, vida sexual, contexto social y circunstancias de la cliente.**
- 2. Evalúe los conocimientos de la cliente y ofrézcale la información que sea necesaria.**
- 3. Ayude a la cliente para que pueda percibir o determinar su propio riesgo de embarazo o de adquirir una ITS y el VIH:**
 - Pregunte a la cliente si cree que está en riesgo de embarazarse sin desearlo o de adquirir el VIH o una ITS, y explore por qué razón estaría en riesgo o por qué no.
 - Pregunte a la cliente si cree que su pareja está en riesgo de un embarazo no deseado o de adquirir el VIH o una ITS y explore las razones.
 - Explique los riesgos de transmisión del VIH, de las ITS y del embarazo (según sea necesario), relacionándolos con las prácticas sexuales de la persona y de su pareja o parejas.
 - Ayude a la cliente a reconocer sus riesgos de transmisión del VIH, de las ITS y de un embarazo no deseado.

Objetivos

Al término de la sesión los participantes serán capaces de:

- describir los valores y creencias comunes en relación con el sexo, la sexualidad y el embarazo entre adolescentes, así como los orígenes de tales valores y creencias;
- describir los cambios psicológicos y sociales que las niñas adolescentes experimentan durante su desarrollo;
- explicar las presiones a las que se enfrentan las niñas adolescentes con VIH para ajustarse a ciertas normas sociales y culturales relativas al sexo, la sexualidad y el embarazo.

Tiempo

90 minutos

Materiales

- rotafolios
- marcadores
- cinta *masking*
- seis pliegos de papel de color
- Material para participantes 14.1: Etapas del desarrollo adolescente, p. 144

Preparación anticipada

1. Anote en los pliegos de papel de colores los siguientes términos, uno por pliego:
 - adolescencia temprana
 - adolescencia media
 - adolescencia tardía
2. Prepare suficientes juegos de este material para dos equipos.
3. Reproduzca suficientes copias del Material para participantes 14.1 de acuerdo con el número de asistentes.

Ideas clave para transmitir

- La sexualidad es un componente del desarrollo psicológico y social del ser humano; por ello, no está determinada por factores biológicos únicamente
- A través de la desinformación, de la dificultad para discutir el tema con una pareja (especialmente si es la primera vez que van a tener relaciones sexuales) y de la falta de acceso a servicios de SSR, las adolescentes pueden llegar a embarazarse sin haberlo planeado previamente

- Durante la adolescencia, la vulnerabilidad al VIH/SIDA se incrementa, en parte como resultado de la poca información y apoyo que las niñas y los varones adolescentes reciben en cuanto a los cambios psicológicos, sociales y físicos que experimentan. Tampoco es inusual que el comportamiento adolescente esté motivado por sentimientos de baja autoestima y el deseo de pertenecer a sus grupos de pares.
- Las actitudes de una niña adolescente hacia su situación pueden, en ciertos casos, llevarla a tomar decisiones de riesgo para su propia salud y la de otros. El ser vulnerable se crea no sólo en razón de acciones personales, sino también por circunstancias que quedan, por mucho, fuera del control del individuo, incluyendo que en la escuela se reciba o no educación sexual integral; que ahí mismo se implementen o no programas específicos de prevención de VIH/ITS (de existir los recursos suficientes); que haya o no acceso a servicios de salud y a condones; que se cuente o no con financiamiento para esos programas, y que las niñas adolescentes tengan o no los mismos derechos y oportunidades que los varones, entre otras razones.
- Para las niñas adolescentes con VIH, el diagnóstico del virus puede ser un factor muy importante que influya en cómo se ven a sí mismas en relación con sus pares, y cómo toman decisiones en base a la información que han recibido para prevenir embarazos, el VIH y las ITS.
- Numerosas y poderosas influencias ejercen un impacto sobre las niñas adolescentes con VIH, sobre sus percepciones acerca del embarazo, el sexo y la sexualidad en general, y también sobre el modo como su propia sexualidad se desarrolla y manifiesta. Algunas problemáticas que las niñas adolescentes con VIH pueden experimentar incluyen: alcanzar a comprender la perspectiva de morir a temprana edad, la falta de servicios amigables para la juventud, juicios condenatorios hacia la sexualidad adolescente; los riesgos en un momento de la vida conocido por los sentimientos de vulnerabilidad que se experimentan, y ver en el embarazo una declaración de normalidad y una afirmación de la vida.
- Como resultado del estigma y la discriminación que rodean al VIH/sida, es probable que algunas niñas adolescentes con VIH tengan una baja auto estima pudiendo experimentar, igualmente, inquietudes acerca de su propia sexualidad y fecundidad que requieran de apoyo constante y sensibilidad.

Pasos de la capacitación

Actividad A. Actividad en grupos pequeños (60 minutos)

1. Explique a los participantes que elaborarán murales sobre las etapas del desarrollo adolescente.
2. Divida a los participantes en dos grupos. Explique que el Grupo A creará un mural vivo sobre la vida de María, y que el Grupo B trabajará en un mural sobre la vida de Juan. (El capacitador puede sustituir los nombres por otros de la localidad).
3. Distribuya el Material para participantes 14.1 y dé las siguientes instrucciones:
 - cada grupo creará una historia sobre la transición de su personaje de la adolescencia temprana a la edad adulta pasando por la adolescencia media y la tardía. El grupo re-

visará el material y decidirá los comportamientos y etapas del desarrollo que desea resaltar en las historias de sus personajes;

- cada grupo elige un muro del salón;
 - cada historia se debe montar unida, como una pintura mural viva con estatuas, mientras el resto del grupo permanece estático, contra la pared, en silencio total;
 - en cada grupo, uno de sus miembros, elegido o en calidad de voluntario, se queda fuera del mural para narrar la historia. Un participante de cada grupo adoptará una pose física (que incluirá expresiones faciales) para ilustrar una etapa y comportamiento específicos del desarrollo del personaje adolescente. A continuación, otro miembro del mismo grupo se coloca a la derecha del primer participante para ilustrar el siguiente momento en la vida del personaje. El participante debe mantener cuando menos una parte de su cuerpo (la mano, un pie, el abdomen, la espalda, etc.) en contacto con la pared y otra en contacto con el participante anterior;
 - uno por uno, todos los miembros del grupo A (salvo el narrador), deben colocarse juntos contra la pared hasta que la historia se complete;
 - al final, el narrador—que no forma parte del mural—ofrece una interpretación de las “estatuas” y narra la historia del desarrollo del personaje, desde su adolescencia temprana hasta que alcanza la edad adulta;
 - el grupo B procede del mismo modo en relación con el personaje que se le asignó.
4. Una vez que ambos grupos han presentado sus historias, los murales se “desemantelan” y se cuestiona si las historias y los murales habrían sido diferentes si María hubiera estado embarazada o la pareja de Juan se hubiera embarazado o hubiera tenido un hijo siendo adolescentes.
5. Pregunte entonces al grupo si sus historias o murales habrían sido diferentes si a María o a Juan se les hubiera diagnosticado el VIH en su adolescencia

Actividad B. Discusión (30 minutos)

1. Tome cuenta de esta tarea y plantee las siguientes preguntas.
 - ¿Qué atrajo su atención en la historia de María? (Puede sustituir el nombre).
 - ¿Qué atrajo su atención en la historia de Juan? (Puede sustituir el nombre).
 - ¿Cuáles son las diferencias entre las historias de Juan y María?
 - Si reflexiona sobre su propia adolescencia, ¿el VIH/SIDA era en ese entonces un tema de salud pública? Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué modo le afectó a usted y a sus amigos cuando pensaban y hablaban de sexo, de sexualidad y de embarazos? Si no fue así, ¿cree que la adolescencia ha cambiado desde entonces en razón del VIH/sida?
 - ¿Qué mensajes transmiten los medios de comunicación (la televisión, el radio, el cine, las noticias, las revistas) en relación con la adolescencia, el sexo, la sexualidad, los embarazos y el VIH/SIDA?
 - Si piensa en las niñas adolescentes que conoce hoy en día, ¿cómo cree que sus decisiones sobre sexo, sexualidad y embarazos se verían afectadas si fueran seropositivas?
 - ¿A dónde acuden las niñas adolescentes con VIH para buscar información, atención, tratamiento y apoyo en relación con el sexo, la sexualidad y el embarazo?
2. Ofrezca a los participantes un resumen de las ideas esenciales para transmitir.

Notas para el capacitador/Opciones de capacitación

Mientras realizan todos los ejercicios anteriores, exhorte a los participantes a que reflexionen sobre los conocimientos que como adolescentes tenían acerca de la sexualidad y el sexo, y qué o quiénes fueron las principales influencias sobre sus valores, creencias y actitudes acerca del sexo, la sexualidad, los embarazos y el VIH/sida. Puede indagar cómo es que sus valores y creencias sobre estos temas han cambiado desde que eran jóvenes.

Si hay tiempo suficiente, puede pedir a ambos grupos recrear el mural de la Actividad A, pero basándose ahora en el hecho que la muchacha está embarazada o tiene niños, y puede o no ser seropositiva.

Objetivos

Al término de la sesión los participantes serán capaces de:

- explicar maneras para asegurar que las necesidades de SSR de las niñas adolescentes se abordan en entornos seguros y respetuosos;
- describir estrategias para ofrecer servicios de SSR a niñas adolescentes con VIH de forma exitosa;
- describir cuando menos dos habilidades necesarias para brindar consejería y establecer una comunicación eficaz con niñas adolescentes con VIH en relación con sus necesidades de SSR.

Tiempo

90 minutos

Materiales

- papel de rotafolios
- marcadores
- Recurso del capacitador 15.1: Dramatización para la consejería a niñas adolescentes con VIH, p. 75

Preparación anticipada

1. Reproduzca los escenarios para la dramatización que aparecen en el Recurso del capacitador 15.1, p. 75, y corte las copias en tiras horizontales—separando los roles de la cliente de los roles del trabajador sanitario.
2. Prepare un rotafolios con las siguientes instrucciones a fin de retroalimentar la dramatización.

Retroalimentación para el psicodrama

- * “Trabajador sanitario”: ¿Qué habilidades de consejería está tratando de aplicar? ¿Qué es lo que cree que está haciendo bien? ¿Qué cree que podría mejorar?
- * “Cliente”: ¿El “trabajador sanitario” está abordando sus necesidades? ¿Siente que está siendo escuchada? ¿Hay preguntas que usted querría hacer o cosas que necesita expresar que siente que no puede hacer? ¿Por qué?

Ideas clave para transmitir

- En las clínicas de salud, las niñas adolescentes suelen sentirse impotentes; es por eso que las sugerencias que los trabajadores sanitarios les hacen pueden fácilmente tomarse como órdenes.
- Las adolescentes están muy conscientes de los mensajes no verbales y son también sensibles a ellos. Al mejorar las habilidades de comunicación y consejería del trabajador sanitario se estará contribuyendo a la calidad de los servicios para la juventud.
- Las niñas adolescentes con VIH se ven muy limitadas e impactadas por otros cuando toman decisiones relacionadas con su SSR, y suelen carecer del poder para tomar sus propias decisiones y ejercerlas, aun cuando tengan a mano información precisa y objetiva.
- Es importante asegurar que los servicios para las adolescentes sean amigables para la juventud y estén mejor integrados para satisfacer las necesidades de las niñas adolescentes con VIH. Los trabajadores sanitarios requieren capacitarse en habilidades de consejería que aborden las necesidades de las niñas adolescentes con VIH, incluyendo problemáticas tales como divulgación del VIH, sexualidad, maternidad sin riesgos, tratamiento y atención pediátrica, PF, auto-imagen, confidencialidad y otras.
- Es importante construir confianza con las niñas adolescentes con VIH y hacerlas sentir bien en su primera visita. Para mejorar la atención que se les brinde, hay que animarlas a volver a las visitas subsecuentes, si tal cosa es necesaria, y realizar el seguimiento de forma confidencial.

Pasos de la capacitación

Actividad A. Discusión (15 minutos)

1. Pregunte a los participantes las siguientes cuestiones para que reflexionen sobre la problemática a la que se enfrentan las niñas adolescentes con VIH cuando acceden a los servicios.
 - Según usted, ¿cuál es la percepción que sobre las clínicas de atención a la salud tienen las niñas adolescentes con VIH?
 - ¿En qué circunstancias se enteran las niñas adolescentes de su condición de seropositivas? (por ejemplo, cuando están embarazadas o padeciendo los síntomas de una infección oportunista o una ITS/ITR). (Nota. Es probable que las adolescentes retrasen lo más posible la búsqueda de ayuda para atender una infección oportunista o una ITS).
 - ¿Bajo qué circunstancias una niña adolescente con VIH podría venir a sentarse frente a un trabajador de la salud, y qué consideraciones particulares necesitan tomarse en cuenta? Por ejemplo, si la adolescente:
 - fue referida por un trabajador sanitario, por uno de sus padres, la pareja o el esposo;
 - ha estado buscando consejo en relación con su salud sexual, la anticoncepción y/o el aborto;
 - tiene una ITS/ITR o síntomas de una infección oportunista;
 - fue diagnosticada recientemente con el VIH;

- está embarazada;
 - está siendo explotada o abusada sexualmente;
 - está buscando consejería luego de un aborto;
 - tiene un hijo y está preocupada por su bienestar.
- ¿Qué puede impedir que las niñas adolescentes con VIH acudan a los servicios de SSR buscando su bienestar?

Actividad B. Práctica de la dramatización/Retroalimentación (40 minutos)

1. Divida a los participantes en grupos de tres y dígales que realizarán una dramatización en relación con la consejería que darían a una mujer joven con VIH sobre sus necesidades de SSR.
2. Distribuya a cada grupo los escenarios para la dramatización (muestre la tira de la cliente a la cliente solamente, y al trabajador de la salud la que a él corresponde). Las instrucciones serían:
 - como en las dramatizaciones previas, deben decidir quién de su grupo desempeñará inicialmente el papel de trabajador sanitario, el de la cliente o el del observador;
 - refiéralos al material CETE (Material para participantes 4.2, p. 111) y revise brevemente las cuatro etapas de este marco de consejería. Explique que este ejercicio se enfoca en la Fase 1 del CETE, “Construcción de entendimiento mutuo”: (1) Dar la bienvenida a la cliente; (2) Hacer las presentaciones; (3) Introducir el tema de la sexualidad; (4) Asegurar la confidencialidad. Pida a los participantes considerar las problemáticas siguientes al desarrollar la dramatización:
 - cómo puede un trabajador sanitario asegurar que en una sesión de consejería se aborden las necesidades de SSR y la situación de una niña adolescente con VIH;
 - los factores físicos que pueden asegurar que una niña adolescente con VIH se sienta segura y capaz de acceder a los servicios de consejería (pudiera no desear estar sola en una sala con un consejero varón);
 - fuentes adicionales de información y apoyo que se pueden ofrecer a niñas adolescentes con VIH.
 - Recuerde a los participantes que deben intercambiar roles para que todos tengan oportunidad de fungir como clientes o trabajadores sanitarios.
3. Al cabo de 15–20 minutos, pida que uno de los grupos presente al grupo ampliado, de manera voluntaria, su dramatización.
4. Haga que el grupo realice esta actividad.
5. Facilite la retroalimentación refiriéndose en el rotafolios, inicialmente, al “trabajador de la salud” y luego a la “cliente”. Enseguida acuda a las siguientes preguntas para recibir comentarios de otros participantes.
 - ¿Cómo fue que la persona que fungió como trabajador de la salud se aseguró de que la sesión abordara las necesidades y situación de la niña adolescente?
 - ¿Las personas que actuaron como clientes se sintieron escuchadas? ¿Y apoyadas?
 - ¿Faltó algo en la sesión?
 - ¿Cómo podría mejorarse?
6. Repita los pasos 3, 4 y 5 para tantos grupos como sea posible en el tiempo restante.

Notas para el capacitador/Opciones de capacitación

Los trabajadores sanitarios deben considerar todos los factores que influyen en la habilidad de una persona joven y para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos y tener acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva—por ejemplo, si está siendo explotada o abusada sexualmente. Los trabajadores de la salud deben estar conscientes de la probabilidad de que la cliente no desee hablar sobre numerosas problemáticas relacionadas con su salud sexual, y que es probable también que no diga la verdad. En esos casos, el trabajador de la salud necesita buscar ciertas señales, tales como ansiedad o depresión, para actuar en consecuencia.



Escenario 1: Cliente

Usted es una mujer de 19 años, con VIH, que está embarazada. En esta etapa no quiere tener un hijo y solicitó terminar su embarazo. Los médicos estuvieron de acuerdo en que así ocurriera (en este escenario el aborto es legal), a condición de que consintiera en ser esterilizada. Usted cree que no tiene otra opción más que soportar la actitud crítica del personal de salud, incluyendo su incredulidad de que una mujer con VIH se embarace.

Escenario 1: Trabajador sanitario

Una mujer de 19 años, embarazada, ha venido a verlo. Parece que está nerviosa y alterada. La tarea de usted es hacer que se sienta cómoda para que le hable de sus preocupaciones.

Escenario 2: Cliente

Usted es una muchacha de 17 años, con VIH, que ha sido hospitalizada por padecer neumonía. Parece que en el hospital saben que es seropositiva. Los trabajadores sanitarios quieren mantenerse tan lejos de usted como sea posible. Usted está enferma y requiere atención; pero la dejan sola y no quieren ni tocarla. Usted se siente abandonada.

Escenario 2: Trabajador sanitario

Una muchacha de 17 años, con VIH, está hospitalizada en su centro de salud y ha venido a verlo. Parece estar muy débil y ser introvertida. La tarea de usted es hacer que se sienta cómoda para que le hable de sus preocupaciones.

Escenario 3: Cliente

Usted es una mujer joven, de 18 años, que tiene dos hijos. Las enfermeras le aconsejaron que no tuviera más niños. En fecha reciente se embarazó de nuevo, pero su pareja se enfermó y murió de sida poco después. Ahora está preocupada de que tanto usted como su hijo puedan estar infectados con el VIH. Cada vez que la ven, las enfermeras le gritan: “¿Porqué no oyó nuestro consejo?”.

Escenario 3: Trabajador sanitario

Una mujer de 18 años, embarazada y con VIH ha venido a verlo. Parece recelosa. La tarea de usted es hacer que se sienta cómoda para que le hable de sus preocupaciones.

**Escenario 4: Cliente**

Usted tiene 14 años. Lo único que conoce es la escuela y la comunidad local. No la dejan salir sola porque creen que para una niña adolescente es demasiado peligroso salir sin chaperón. A usted le preocupan el VIH y las ITS porque muchas de sus compañeras de escuela hablan de esas infecciones; sin embargo, usted nunca se ha hecho la prueba del VIH. No sabe cómo pedirla en la clínica. Usted no puede hacer valer sus derechos porque no sabe cuáles son.

Escenario 4: Trabajador sanitario

Una niña de 14 años ha venido a verlo. Parece confundida y asustada. La tarea de usted es hacer que se sienta cómoda para que le hable de sus preocupaciones.

Escenario 5: Cliente

Usted es una niña de 15 años a quien se le diagnosticó el VIH hace seis meses, cuando acudió a la clínica a tratarse una ITS. Se siente muy desconcertada e incómoda por tener que hablar sobre sus necesidades y deseos sexuales con un médico, especialmente porque es hombre. No sabe cómo hacer valer su derecho a la información y a tomar decisiones por sí misma.

Escenario 5: Trabajador sanitario

Una niña de 15 años a quien recientemente se le diagnosticó el VIH ha venido a verlo. Parece tímida y turbada. La tarea de usted es hacer que se sienta cómoda para que le hable de sus preocupaciones.

Objetivos

Al término de la sesión los participantes serán capaces de:

- describir los componentes de la atención integral en SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH;
- mencionar cuando menos cuatro servicios sociales y de salud necesarios para satisfacer los requerimientos de SSR de mujeres y niñas adolescentes con VIH, y saber el lugar en donde tales servicios se ofrecen en la comunidad.

Tiempo

60 minutos

Materiales

- rotafolios
- marcadores
- plumas
- tarjetas (21.5 cms. x 28 cms.)
- notas auto-adhesivas (post-it) en colores múltiples
- Material para participantes 16.1: Lista de cotejo del proveedor: atención integral en SSR y consejería para mujeres y niñas adolescentes con VIH, p. 145
- Material para participantes 16.2: Algoritmo de consejería en SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH, p. 151

Preparación anticipada

1. Escriba en las tarjetas de 21.5 cms. x 28 cms. los componentes de la atención integral en SSR para mujeres con VIH—tomados de los últimos puntos de las Ideas clave que aparecen abajo.

Ideas clave para transmitir

- La atención integral en SSR representa un enfoque útil para identificar los temas interrelacionados de la anticoncepción, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la reproducción y la experiencia de la intimidad y el placer sexuales, a través de una evaluación integral del contexto y de las preocupaciones del individuo en torno a la SSR, independientes de la razón de la visita. En muchos casos, será necesario programar visitas subsecuentes o referencias a otros servicios.
- El objetivo de la atención integral en SSR es prestar servicios de salud holísticos e integrados a mujeres y niñas adolescentes con VIH a través de la creación y fortalecimiento

de vínculos y mecanismos de referencia entre los servicios de atención a la SSR y al VIH/sida en la propia unidad y en otros servicios externos. Aunque su centro de salud pueda carecer de capacidad para ofrecer todos los servicios sociales y de salud que una mujer o niña adolescente con el VIH pueda requerir, los trabajadores sanitarios pueden reconocer y analizar con la cliente su gama de necesidades y saber a dónde referirla para ayuda adicional.

- Los componentes cruciales de la atención integral a la SSR son:
 - promover la salud sexual y el sexo más seguro;
 - prevenir la violencia contra las mujeres con VIH;
 - diagnosticar la infección por VIH en mujeres y brindar consejería preventiva;
 - brindar tratamiento para VIH/sida, a la par de atención y apoyo;
 - brindar educación, métodos y apoyo en PF;
 - mejorar la atención prenatal, intraparto, postparto y del recién nacido (incluyendo educación y ayuda para opciones de alimentación del bebé);
 - eliminar el aborto en condiciones de riesgo;
 - prevenir y manejar las ITS/ITR;
 - diagnosticar y tratar el cáncer;
 - brindar apoyo psicológico;
 - brindar apoyo financiero/legal.

Pasos de la capacitación

Actividad A. Lluvia de ideas/Discusión (20 minutos)

1. Distribuya entre cinco y siete notas auto-adhesivas (post it) a cada participante y pídale que piensen en otros servicios de SSR que las mujeres y niñas adolescentes con VIH requieren, además de los servicios de PF, y que los escriban en las notas.
2. Mientras los participantes están trabajando en sus respuestas, fije en la pared las tarjetas mostrando los varios componentes de la atención integral en SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH.
3. Cuando hayan transcurrido 15 minutos, solicite a los participantes que peguen sus respuestas bajo los encabezados de la pared que correspondan más cercanamente a los servicios que han escrito en las notas.
4. Pida a los participantes colocarse frente a la pared con las tarjetas y facilite una discusión que tome en cuenta las siguientes preguntas:
 - ¿Les sorprenden algunos de los servicios que se fijaron en la pared?
 - ¿Hay algunos servicios faltantes?
 - ¿Qué nos indica esto en relación con las necesidades de SSR de las mujeres y niñas adolescentes con VIH?
 - ¿Sus necesidades son distintas de las de las mujeres y niñas adolescentes con VIH? Si la respuesta es afirmativa, ¿de qué modo?
 - Considerando que la mayoría de las mujeres y niñas adolescentes con VIH ignoran su condición, cómo pueden los trabajadores sanitarios asegurar que sus necesidades de SSR se satisfagan?

Actividad B. Actividad en grupos pequeños/Discusión (40 minutos)

1. Divida a los participantes en cinco grupos y asigne a cada cual una o dos de las categorías del servicio que se fijaron en la pared. (*Nota.* Al grupo al que se le asigne la prevención y manejo de las ITS/ITR no se le debe dar ninguna otra categoría dado el alcance de este tema).
2. Al referir a los participantes al Material para participantes 16.1 y 16.2, mencione las siguientes instrucciones adicionales:
 - elijan en el grupo a una persona para que tome notas y a otra para que informe al grupo ampliado al cabo de 25 minutos;
 - para las categorías del servicio de SSR que se les ha asignado, analicen la información importante y las recomendaciones que un trabajador sanitario debería comentar con una mujer con VIH sobre este tema de SSR en particular;
 - considere cómo es que las informaciones/recomendaciones difieren en función de que se conozca la condición de VIH de la mujer;
 - considere quién debe suministrar el servicio y en dónde debe ofrecerse;
 - examine qué otras referencias pueden ser necesarias para asegurar que las necesidades de la mujer se satisfacen;
 - considere las barreras que las mujeres y las niñas adolescentes con VIH pudieran enfrentar cuando actúan con base en la información que se les proporciona. ¿Hay otros servicios (apoyos) adicionales disponibles para abordar esas barreras?
 - Utilizando la lista de cotejo (Material de participantes 16.1, p. 145), haga que los grupos se aseguren de haber cubierto todos los tópicos en la categoría de servicio que se les asignó.
3. Cada grupo debe presentar un informe de su tarea; aclare y corrija cualquier información errónea que el grupo haya presentado.
4. Ofrezca a los participantes un resumen de las ideas esenciales para transmitir

Notas para el capacitador/Opciones de capacitación

Considere la posibilidad de invitar a un/a experto/a en SSR para ayudar a facilitar esta sesión. Asegúrese de que a esta persona se le informe con anticipación de los objetivos y actividades de la sesión, suministrándole copia de los Materiales para participantes. Considerando que la siguiente sesión está dedicada a las necesidades de PF de mujeres y niñas adolescentes con VIH, usted puede elegir no asignar este tema a ninguno de los grupos pequeños. De cualquier manera, informe a los participantes que habrá una sesión completa dedicada a la PF.

Objetivos

Al término de la sesión los participantes serán capaces de:

- describir por qué razones una mujer o niña adolescente con VIH pudieran elegir tener un hijo y las opciones disponibles para prevenir la transmisión perinatal;
- describir las razones por las cuales una mujer o niña adolescente con VIH pudiera elegir no tener un hijo y las opciones a su alcance para prevenir embarazos no deseados;
- explicar los criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos seguros por parte de las mujeres y niñas adolescentes con VIH;
- explicar los componentes de la maternidad sin riesgos, incluyendo la PTMH al evitar la exposición a ITS/ITR, la re-exposición al VIH, las prácticas del trabajo de parto y parto seguros, las prácticas seguras de lactancia y al prevenir los embarazos no deseados;
- explicar la “protección dual”—métodos de sexo más seguro que incluyen la prevención de embarazos no deseados, la infección con ITS/ITR o la reinfección con el VIH.

Tempo

90 minutos

Materiales

- papel de rotafolios
- marcadores
- cinta *masking*
- Material para participantes 17.1: Criterios de elegibilidad médica de la OMS para uso de anticonceptivos y VIH/sida, p. 152
- Material para participantes 17.2: VIH y maternidad sin riesgos, p. 157
- Material para participantes 17.3: Panorama de la protección dual, p. 162

Preparación anticipada

1. Puede ser muy conveniente invitar a alguna persona de la unidad de PF de un hospital local para dar una presentación de una hora sobre PF y las mujeres y niñas adolescentes con VIH (45 minutos para la presentación y 15 para preguntas y respuestas) o para que facilite la sesión completa. Con antelación, ofrezca al expositor invitado un panorama general de los objetivos y actividades de la sesión y copia del Material para participantes 17.1, 17.2 y 17.3, p. 152–164, al igual que tiempo suficiente para leer y revisarlo.
2. Si uno de los capacitadores conduce la presentación, asegúrese de que todo el material para participantes se revise con anticipación. EngenderHealth y Family Health International (FHI) han desarrollado también un módulo de capacitación (*Contraception for Women and Couples with HIV*) al que puede acudir como apoyo para la presentación. Está disponible en www.fhi.org/en/modules/ARV/default.htm.

3. Prepare un rotafolios que muestre las razones que hacen que algunas mujeres con VIH consideren el embarazo, incluyendo:
 - el deseo de tener más hijos,
 - la presión por tener hijos,
 - el temor de que los hijos mayores puedan morir,
 - las inquietudes relacionadas con la esterilidad,
 - una promesa tranquilizadora relacionada con la PTMH,
 - optimismo sobre la terapia ARV,
 - evitar generar sospechas sobre la condición de VIH,
 - aprehensión en relación con la revelación del VIH,
 - falta de conocimiento sobre las opciones para evitar embarazos no deseados.
4. Prepare un segundo rotafolios mostrando las razones que hacen que algunas mujeres y niñas adolescentes con VIH eviten embarazarse, incluyendo:
 - la situación económica,
 - el tamaño deseado de familia,
 - el espaciamiento ideal,
 - las preocupaciones relacionadas con la salud y la calidad de vida,
 - el temor a transmitir el VIH,
 - la ansiedad por dejar hijos huérfanos,
 - las inquietudes sobre un limitado acceso para atender a la familia en razón del estigma y la discriminación.
5. Fije los pliegos de papel con la parte escrita de cara a la pared.

Ideas clave para transmitir

- Las recomendaciones de PF que provengan de un trabajador de la salud no deben convertirse en una presión en favor o en contra de determinada opción de PF. Los trabajadores sanitarios necesitan estar conscientes de que muchas clientes los perciben como si estuvieran en una posición de autoridad, dado lo cual sus recomendaciones pueden experimentarse como instrucciones. Por este motivo, es importante brindar información precisa sobre la gama completa de opciones y asegurar el consentimiento de la cliente mediante la toma de decisiones informada.
- Un conjunto de factores (sociales, económicos y médicos) influyen en la habilidad de una mujer o una niña adolescente con VIH de inclinarse por una opción de PF en particular. El trabajador sanitario debe explorarlas junto con la cliente para asegurar que ella hace la mejor elección.
- En una mujer o una niña adolescente con VIH el embarazo no acelera la progresión de la enfermedad del VIH; pero sí puede acarrear algunas consecuencias para el bebé. Sin intervenciones—en el trabajo de parto y el parto más seguros, la alimentación infantil más segura y las drogas ARV—cerca de un tercio de las madres con VIH transmitirán el virus a sus recién nacidos. Algunas evidencias sugieren que el embarazo en mujeres y niñas adolescentes con VIH aumenta el riesgo de nacimientos de bebés muertos o de bajo peso al

nacer. No obstante, para algunas mujeres y niñas adolescentes con VIH, los beneficios de tener otro bebé pesan más que el riesgo de resultados adversos en el embarazo.

- Volverse una persona infectada con el VIH durante el embarazo o durante la lactancia incrementa de manera importante los riesgos de que esa madre transmita el VIH a su hijo. De ahí que las mujeres embarazadas, al igual que las mujeres y niñas adolescentes que estén amamantando en el postparto, deban tomar mayores precauciones contra la posibilidad de transmitir el VIH a su bebé.
- Una madre sana es tan importante como un niño sano. La evidencia muestra que la terapia ARV puede mejorar la condición general de salud de una mujer o una niña adolescente con VIH durante el embarazo (si ella fuera elegible, de cualquier modo, para la terapia de ARV).
- Salvo contadas excepciones, las mujeres y niñas adolescentes con VIH pueden usar la mayoría de los métodos anticonceptivos modernos.
- La anticoncepción de emergencia constituye una intervención importante para mujeres y niñas adolescentes con VIH cuando el condón se ha roto o la mujer ha experimentado violencia sexual.
- Es importante que a las mujeres y niñas adolescentes con VIH se les brinde consejería acerca de la protección dual, que puede ayudarles a percibir y reducir sus riesgos de adquirir ITS/ITR, de transmitir el VIH a sus parejas, de reinfectarse con otra cepa del VIH y de embarazarse sin desearlo. Del mismo modo, puede ayudar a que desarrollen planes para reducir sus riesgos, incluyendo el uso del método dual (condones junto con algún otro método de planificación familiar) para protegerse a sí mismas y a sus parejas.

Pasos de la capacitación

Actividad A. Lluvia de ideas (15 minutos)

1. Inicie la lluvia de ideas preguntando al grupo por qué razón algunas mujeres y niñas adolescentes con VIH consideran el embarazo. Escriba sus sugerencias en papel de rotafolios.
2. Después pregunte al grupo por qué razón algunas mujeres y niñas adolescentes con VIH evitan embarazarse. Escriba sus sugerencias en un papel de rotafolios aparte.
3. Fije las hojas de rotafolios en seguida de las hojas ya preparadas y voltee estas últimas para que lo escrito sea visible.
4. Pida al grupo comparar sus respuestas con las que se prepararon antes de la sesión. Señale las similitudes y diferencias.

Actividad B. Presentación sobre planificación familiar (45 minutos)

Opción A. Presentación del expositor invitado

Presente al expositor invitado y explique que esta persona ofrecerá un panorama de consideraciones relativas a la PF para mujeres con VIH, incluyendo métodos anticonceptivos para mujeres con VIH, embarazo, paternidad sin riesgos y protección dual. Ello incluye, específicamente, un panorama del criterio médico de elegibilidad de la OMS sobre métodos anticonceptivos para mujeres con VIH; el impacto del VIH sobre el embarazo (incluyendo la

profilaxis ARV); atención en el parto (incluyendo prácticas obstétricas más seguras); atención en el postparto (incluyendo alimentación infantil más segura y prevención de ITS/ITR); atención infantil y protección dual.

Opción B. Presentación por el entrenador

Informe a los participantes que habrá una presentación del panorama de consideraciones de PF para mujeres con VIH, incluyendo métodos anticonceptivos, embarazo, paternidad sin riesgos y protección dual. Refiera al Material para participantes 17.1, 17.2 y 17.3 que incluye: un panorama del criterio médico de elegibilidad de la OMS sobre métodos anticonceptivos para mujeres y niñas adolescentes con VIH; el impacto del VIH sobre el embarazo (incluyendo profilaxis ARV); atención durante el parto (incluyendo prácticas obstétricas más seguras); atención en el postparto (incluyendo alimentación infantil más segura y prevención de ITS/ITR); cuidado infantil y protección dual. Informe que después de la presentación habrá una sesión de preguntas y respuestas.

Actividad C. Actividad en grupos pequeños (30 minutos)

- Después de la presentación, divida a los participantes en grupos de cuatro o cinco personas y entregue a cada grupo una o dos de las preguntas siguientes para que las discutan.
 - ¿Cuáles son las problemáticas que los trabajadores sanitarios tienen que considerar al discutir opciones de PF con mujeres y niñas adolescentes con VIH?
 - ¿Qué problemáticas necesitan ser consideradas si una mujer o una niña adolescente con VIH busca consejo sobre tener un bebé, o si ha resultado positiva a raíz de un examen durante su embarazo?
 - ¿Cómo pueden los trabajadores de la salud ayudar a las clientes a manejar los factores socioeconómicos externos, como son la violencia y la falta de poder en las relaciones?
 - ¿La información sobre PF que usted suministra a una cliente es distinta dependiendo de su condición de VIH? Si así es, ¿de qué modo es diferente?
 - Dado que la mayoría de las mujeres y niñas adolescentes con VIH ignoran su condición de seropositivas, ¿cómo abordaría el análisis de opciones de PF con una mujer cuya condición es desconocida?
 - ¿Qué significa protección dual?
 - ¿Por qué razón una mujer o una niña adolescente con VIH es particularmente susceptible a adquirir una ITS/ITR, a transmitir el VIH a su pareja, o a infectarse con otra cepa del virus durante el embarazo o en el postparto?
 - ¿Por qué razón una mujer o una niña adolescente con VIH tiene mayores probabilidades de transmitirlo a su bebé si lo adquiere durante el embarazo o en el postparto?
- Indique a los grupos que deberán discutir las preguntas que se les asignaron y nombrar a una persona para tomar notas y a otra para ser relator del grupo. Refiera a los grupos al Material para participantes 17.1, 17.2 y 17.3 para información adicional sobre sus preguntas.
- Transcurridos 15 minutos, pida al relator del grupo compartir las respuestas a sus preguntas. Corrija cualquier respuesta errónea o desinformada.
- Ofrezca a los participantes un resumen de las ideas esenciales para transmitir.

Objetivos

Al término de la sesión los participantes serán capaces de:

- explicar los principios de la consejería integrada en SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH;
- describir cómo usar la lista de cotejo del proveedor referida a la atención integral en SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH;
- describir la estrategias para abordar problemáticas comunes de SSR en mujeres y niñas adolescentes con VIH.

Tiempo

90 minutos

Materiales

- papel para rotafolios
- marcadores
- cinta *masking*
- Recurso del capacitador 18.1: Escenarios de una dramatización para la consejería integrada en SSR, p. 89
- Material para participantes 18.1: Consejería integrada en SSR, p. 165
- Material para participantes 16.1: Lista de cotejo del proveedor: atención integral en SSR y consejería para mujeres y niñas adolescentes con VIH, p. 145
- Material para participantes 16.2: Algoritmo de consejería en SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH, p. 151
- Material para participantes 4.2: Panorama del modelo de consejería CETE, p. 111

Preparación anticipada

1. Prepare un rotafolios con la definición de consejería integrada en SSR que aparece en el Material para participantes 18.1, p. 165.
2. Reproduzca el Recurso del capacitador 18.1 (p. 89) y córtelo en tiras—una tira para cada uno de los escenarios de las clientes y los trabajadores de la salud.
3. Revise los escenarios y elija de ahí dos o tres dramatizaciones. Aparte las tiras de cliente y trabajador de la salud para cada uno de los escenarios elegidos a fin de distribuirlos a aquellos participantes que desempeñarán dichos roles.
4. Prepare dos rotafolios: el primero con normas de retroalimentación para quien se desempeñará como “trabajador de la salud” y el segundo con normas de retroalimentación para quien se desempeñará como “cliente” (ver abajo).

Retroalimentación para el psicodrama

- * “Trabajador sanitario”: ¿Cuáles habilidades de consejería está tratando de aplicar? ¿Qué cree que está haciendo bien? ¿Qué es lo que considera que podría mejorar?
- * “Cliente”: ¿El “trabajador sanitario” está abordando sus necesidades? ¿Siente que está siendo escuchada? ¿Hay preguntas que usted querría hacer o cosas que necesita expresar que siente que no puede hacer? ¿Por qué?

Ideas clave para transmitir

- La consejería integral en SSR constituye un componente crítico de las intervenciones programáticas que vinculan la SSR con el VIH/sida; ayuda a que las clientes hagan el mejor uso de la gama de servicios que están disponibles. Sin embargo, la consejería integral en SSR puede ofrecerse en cualquier unidad que brinda servicios. Siendo así, un trabajador sanitario puede discutir una gama completa de temas de SSR que preocupen a la cliente, sin importar el tipo de servicios de SSR que la clínica brinde.
- Para satisfacer las necesidades de la cliente puede ser necesario referirla a servicios en la misma unidad o a otros externos, o bien que el problema se resuelva para determinar qué es lo que la cliente puede hacer en cuanto a una situación para la cual sencillamente no existen servicios locales.
- La consejería integrada en SSR puede ser una parte vital de los servicios de alcance comunitario, y representa un modo de ayudar a que las mujeres y niñas adolescentes con VIH identifiquen sus necesidades de atención clínica y apoyo para desarrollar planes de reducción de riesgos que les permitan modificar sus comportamientos.
- La consejería integral en SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH defiende el concepto de toma de decisiones informada, al asegurar que las mujeres estén conscientes de todas sus posibilidades de elección y que no son juzgadas o dirigidas mientras están tomando decisiones de SSR.
- La consejería integral en SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH no depende de que se conozca la condición de VIH de la persona, pues la meta es brindar información integral que anticipe las necesidades de las clientes, sea que hayan sido examinadas o no de VIH.
- La consejería y la tecnología para la reproducción asistida están disponibles para aquellas parejas fértiles en las cuales ambos miembros son seropositivos, o donde uno es positivo y el otro negativo (conocidas como parejas serodiscordantes); esto los protege a ambos de la infección o de la reinfección con el VIH/ITS.
- Las mujeres y las parejas estériles cuyos miembros son VIH positivos, pueden acudir a la consejería y a las tecnologías para la reproducción asistida que pueden ayudarles a concebir sin riesgos a un bebé.

Pasos de la capacitación

Actividad A. Discusión (30 minutos)

1. Introduzca la actividad indicando a los participantes que aplicarán los principios de la consejería integrada en SSR para la atención integral en SSR de mujeres con VIH.
2. Refiera al grupo a la definición de la consejería integrada en SSR que se dio el primer día de la capacitación:

La consejería integrada en SSR es una interacción de dos vías entre una cliente y un trabajador de la salud, a fin de evaluar y abocarse a las necesidades generales de SSR de la cliente, sus conocimientos y preocupaciones, independientemente del servicio de salud en el que trabaje o del servicio que la cliente haya solicitado.

3. Presente brevemente los principios de la consejería integrada en SSR incluidos en el Material para participantes 18.1, p. 165.
4. Conteste las preguntas que el grupo pudiera plantear en este punto y refiéralo al Material para participantes.
5. Pida a los participantes revisar nuevamente el Material para participantes 16.1: Lista de cotejo del proveedor: atención integral y consejería en SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH.
6. Revise las categorías principales de los servicios que aparecen en la lista y facilite una discusión acudiendo a las siguientes preguntas:
 - ¿De los servicios de SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH que aparecen en la lista de cotejo, cuáles son los que su centro de salud ofrece?
 - ¿Qué otros servicios de SSR están disponibles en su comunidad?
 - ¿En dónde se ubican estos servicios en la comunidad?
 - ¿Cómo es que refiere a las mujeres y niñas adolescentes con VIH a otros servicios de SSR?

Actividad B. Dramatización/Retroalimentación (60 minutos)

1. Informe a los participantes que llevarán a cabo una dramatización para practicar sus destrezas para la consejería y aplicar el conocimiento técnico que han adquirido en los cuatro días del entrenamiento sobre atención integral en SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH. Invítelos a referirse al Material para participantes 4.2, 16.1 y 16.2 para desarrollar y llevar a cabo una dramatización. Ofrezca a los participantes las siguientes instrucciones:
 - en la dramatización, el rol de “trabajador sanitario” se rotará, no así el de la “cliente”. (Asegúrese de informar al grupo que no todos tendrán oportunidad de actuar como clientes o trabajadores sanitarios);
 - pida que un/a voluntario/a se desempeñe como la primer cliente. A esta persona se le dará la información de la cliente cuyo rol desempeñará (de la “tira de la cliente” que aparece en el Recurso del capacitador 18.1), que no mostrará a ninguno de los otros participantes que actúen como trabajadores sanitarios;

- pida que una persona voluntaria con alguna experiencia en consejería actúe como el primer “trabajador de la salud” y entréguele la tira que corresponde a dicho trabajador (que le ofrecerá información muy limitada sobre la cliente).
 - una vez que la dramatización se ponga en marcha, deténgala cada tres o cinco minutos para permitir que otro participante se incorpore como “trabajador de la salud” (el rol de cliente permanece con la misma persona). La persona que actúe en esa calidad puede solicitar ayuda si lo desea; otro participante asumirá el rol de “trabajador de la salud” a partir de donde haya quedado el participante anterior;
 - los participantes deben basarse en su propia experiencia, en la del modelo de consejería CETE que se analizó, o en modelos de consejería con los que estén familiarizados, así como en la información técnica relativa a la atención integral a la SSR de mujeres y niñas adolescentes con VIH que ya posean como resultado de las sesiones previas;
 - mientras los trabajadores sanitarios practican al frente del salón, pida a los otros participantes estar atentos a lo que se ha venido cubriendo y a reflexionar sobre preguntas que no se hayan planteado aún en esta actividad.
2. Después de que tres a cinco participantes hayan tenido oportunidad de desempeñar el rol de trabajador de la salud, solicite las reacciones de los participantes en cuanto al desempeño de la cliente en el escenario; refiera a los participantes a los rotafolios para retroalimentar el desempeño del trabajador sanitario y la cliente.
 3. Al cabo de 15–20 minutos, elija un nuevo escenario para la cliente y pida a una persona voluntaria actuar como la segunda “cliente” con un nuevo “trabajador sanitario”. Repita las instrucciones ya mencionadas y seleccione escenarios adicionales para la cliente, según lo permita el tiempo y el interés del grupo.

Actividad C. Discusión (15 minutos)

1. Tome cuenta de la labor de quienes desempeñaron los roles propiciando una discusión que se base en las siguientes cuestiones claves.
 - Entre quienes actuaron como trabajadores de la salud, ¿qué aspectos representaron los retos más importantes para realizar una sesión de práctica sobre consejería en servicios integrados en SSR?
 - ¿Con qué aspectos se sintió más cómodo y por qué?
 - ¿Con qué aspectos se sintió más incómodo y por qué?
 - ¿Por qué es importante integrar una amplia gama de temas de SSR en una sesión de consejería, aun si la cliente señala que acudió por una razón específica?
 - ¿Qué obstáculos para proveer consejería en protección dual pudieran surgir en su clínica de salud? (Ver la Sesión 17 para detalles sobre la “protección dual”).
 - ¿Qué estrategias podría emplear para salvar estos obstáculos?
 - ¿Las estrategias para mujeres con VIH son de algún modo diferentes de las estrategias para niñas adolescentes con VIH?
2. Ofrezca a los participantes un resumen de las ideas principales para transmitir.



Escenario 1: Cliente

Usted es una niña de 14 años de edad. Lo único que conoce es la escuela y la comunidad local. No la dejan salir sola porque se considera que para una niña adolescente es muy peligroso salir sin chaperón. Le preocupan el VIH y las ITS porque muchas de sus compañeras de escuela hablan de esas infecciones. Usted no sabe qué pedir en la clínica. No puede hacer valer sus derechos porque no los conoce. Ignora su condición con el VIH y le preocupa que pueda ser seropositiva porque no usó condón cuando tuvo relaciones sexuales con su novio recientemente. Ha acudido a ver a su doctor para ver si se hace la prueba del VIH, pero está demasiado asustada para preguntar.

Escenario 1: Trabajador sanitario

Una niña de 14 años ha venido a verlo. Parece que está nerviosa y asustada. La tarea de usted es averiguar por qué razón ha venido y abordar sus preocupaciones.

Escenario 2: Cliente

Usted es una mujer con VIH. Tiene 23 años y usa drogas intravenosas de vez en cuando. No ha buscado tratamiento por las actitudes negativas de los trabajadores sanitarios; siente que piensan que no vale la pena atenderla y teme perder a sus hijos. Se está enfrentando a la presión de su pareja por tener otro niño. Usted no quiere tenerlo, al menos por ahora. Sabe que su pareja se ve con otras mujeres pero no puede dejarlo porque depende económicamente de él. Ha acudido con el proveedor para hablar sobre la obtención de algún tipo de anticoncepción.

Escenario 2: Trabajador sanitario

Una mujer con VIH, de 23 años, ha venido a verlo. En la actualidad, ella no usa ninguna anticonceptivo. La tarea de usted es averiguar por qué razón ha venido y abordar sus preocupaciones.

Escenario 3: Cliente

Usted es una mujer de 35 años de edad que tiene VIH desde hace un año. Ha estado utilizando anticonceptivos orales los últimos tres años. Los programas de salud a los que ha acudido la presionan para poner al descubierto su condición; usted se siente amenazada y temerosa de que en su comunidad se llegue a saber. Los trabajadores de la salud le dicen que está matando a otros y que quizás tenga que ir al juzgado y a la cárcel. Usted quiere tener otro hijo; sin embargo, hace poco el líder de su grupo de apoyo de VIH le dijo a su amigo, “las mujeres con VIH que tienen hijos no son mejores que las asesinas”. A su pareja, que es seropositiva, le preocupa mucho tener un hijo con usted.

**Escenario 3: Trabajador sanitario**

Una mujer con VIH, de 35 años, ha venido a verlo para hablar de tener otro hijo. Parece que está nerviosa. La tarea de usted es averiguar por qué razón ha venido a verlo.

Escenario 4: Cliente

Usted tiene 20 años de edad y dos hijos. Ha estado en terapia ARV un año. Las enfermeras le han aconsejado no tener más hijos. Usted y su pareja han acudido a los condones para evitar nacimientos. Hace poco usted se embarazó de nuevo, pero su pareja se enfermó y murió de sida poco después. Cada vez que la ven, las enfermeras le gritan: “¿Por qué no escuchó lo que le aconsejamos?” Usted se siente presionada por su enfermera para abortar. Tiene que seguir teniendo relaciones sexuales a cambio de dinero para poder mantener a sus hijos, aunque todo lo que quiere es abstenerse.

Escenario 4: Trabajador sanitario

Una muchacha con VIH, de 20 años de edad, ha venido a verlo. Ha estado en terapia ARV durante un año. Parece distante y un poco tímida. La tarea de usted es averiguar por qué razón ha venido a verlo y abordar sus preocupaciones.

Escenario 5: Cliente

Usted es una mujer con VIH de 27 años. Ha estado en un hospital en donde le dijeron que debía insertarse un DIU. Cuando fue a que se lo pusieran no se lo permitieron porque no vive de forma permanente con su pareja sexual. Le preguntaron por qué se iba a molestar en usarlo. Entonces, cuando verificaron su expediente médico y supieron que tenía el VIH dijeron “¡Oh! ¡Ésta está infectada! Las infectadas con el VIH no deben usarlo”. Ahora tiene dolor en el abdomen bajo y ha vuelto a ver a su proveedor porque le preocupa tener una ITS.

Escenario 5: Trabajador sanitario

Una mujer con VIH, de 27 años, ha venido a verlo quejándose de dolor en el abdomen bajo. La tarea de usted es averiguar por qué razón ha venido a verlo y abordar sus preocupaciones.

Objetivos

Al término de la sesión los capacitadores habrán:

- administrado el cuestionario del examen posterior y el formato de evaluación del participante;
- obtenido las impresiones de los participantes y habrán recibido sugerencias para mejorar capacitaciones futuras;
- agradecido formalmente a todos aquéllos que se involucraron en la capacitación expresándoles sus mejores deseos y clausurado la actividad.

Tiempo

60 minutos

Materiales

- cuestionario del examen posterior, Apéndice B
- formato de evaluación del participante, Apéndice D
- certificados de participación para cada participante

Preparación anticipada

1. Identifique a quienes serán invitados a la ceremonia de clausura y proceda a convidarlos.
2. Reproduzca en número suficiente el cuestionario del examen posterior.
3. Reproduzca en número suficiente el formato de evaluación del participante.
4. Prepare los certificados de participación (según sea apropiado en cada lugar) para cada uno de los asistentes a la capacitación.
5. Prepare y distribuya una lista de contactos de todos los participantes y capacitadores.

Pasos de la capacitación

1. Distribuya el cuestionario del examen posterior. Asigne 30 minutos para completarlo y recoja después todas las copias.
2. Distribuya el formato de evaluación del participante. Asigne 15 minutos para el llenado y recoja después todas las copias.
3. Distribuya la lista de contactos de los participantes y capacitadores e invite a los participantes a mantenerse en contacto después de la actividad para apoyarse mutuamente conforme aplican sus nuevos conocimientos y habilidades.

4. Realice la ceremonia de clausura que sea más apropiada. Exprese un agradecimiento a todos los participantes y capacitadores, anfitriones y ponentes invitados; distribuya los certificados de terminación del curso y celebre la culminación de la capacitación.
5. Si el tiempo lo permite, invite a los participantes a hablar y a expresar su agradecimiento.

APÉNDICES

Apéndice	Título
A	Muestra de una agenda de capacitación de cuatro días 95
B	Cuestionarios de los exámenes previo y posterior 97
C	Materiales para participantes 105
D	Formato de evaluación del participante 167
E	Recursos adicionales 171
F	Hojas de datos de SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH 173
G	Planeación de intervenciones programáticas vinculando la SSR con el VIH/sida 191

Día 1	
Mañana	
<p>Sesión 1: Panorama general (90 minutos)* Receso (15 minutos) Sesión 2: Información básica sobre el VIH y el sida (30 minutos) Sesión 3: Exploración de las creencias, valores y actitudes sobre el VIH y el sida (90 minutos)</p>	
Tarde	
<p>Sesión 4: Habilidades y enfoques básicos para la consejería (90 minutos) Receso (15 minutos) Sesión 5: Vulnerabilidad de la SSR de mujeres y niñas adolescentes con VIH (90 minutos) Cierre (15 minutos)</p>	
Día 2	
Mañana	
<p>Recapitulación: Comentarios de los participantes sobre las sesiones del día anterior (15 minutos) Sesión 6: Abordando el estigma y la discriminación en torno al VIH/sida en las unidades de atención a la salud (90 minutos)* Receso (15 minutos) Sesión 7: Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas adolescentes con VIH (90 minutos)*</p>	
Tarde	
<p>Sesión 8: Apoyo a la toma de decisiones informada e voluntaria de las clientes (75 minutos) Sesión 9: Aspectos éticos de la consejería (75 minutos) Receso (15 minutos) Sesión 10: Brindar apoyo psicosocial para un diagnóstico positivo (75 minutos) Cierre (15 minutos)</p>	
Día 3	
Mañana	
<p>Recapitulación: Comentarios de los participantes sobre las sesiones del día anterior (15 minutos) Sesión 11: Revelación del VIH (90 minutos)* Receso (15 minutos) Sesión 12: Abordando la sexualidad con las mujeres y niñas adolescentes con VIH (90 minutos)</p>	
Tarde	
<p>Sesión 13: Mejoramiento de la percepción de riesgo de la cliente (75 minutos) Receso (15 minutos) Sesión 14: Sexualidad adolescente, embarazo y VIH/sida (90 minutos) Cierre(15 minutos)</p>	

* Estas sesiones son particularmente relevantes para los gerentes o administradores de programa, a quienes exhortamos para que asistan a las sesiones que ofrecen un panorama general y también a la clausura, a más de las otras sesiones, para demostrar su apoyo al personal y su compromiso con la importancia de la capacitación.

Muestra de una agenda de capacitación (*cont.*)

Apéndice



Día 4
Mañana
<p>Recapitulación: Comentarios de los participantes sobre las sesiones del día anterior (15 minutos)</p> <p>Sesión 15: Consejería sobre SSR para niñas adolescentes con VIH (90 minutos)</p> <p>Sesión 16: Atención integral en SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH (60 minutos)</p> <p>Receso (15 minutos)</p> <p>Sesión 17: Necesidades de planificación familiar de mujeres y niñas adolescentes con VIH (120 minutos en total)—Inicio (60 minutos)</p>
Tarde
<p>Sesión 17: Necesidades de planificación familiar de mujeres y niñas adolescentes con VIH (120 minutos en total)—Término (60 minutos)</p> <p>Receso (15 minutos)</p> <p>Sesión 18: Consejería integrada en SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH (90 minutos)</p> <p>Sesión 19: Clausura (60 minutos)*</p>

Página 2 de 2

* Estas sesiones son particularmente relevantes para los gerentes o administradores de programa, a quienes exhortamos para que asistan a las sesiones que ofrecen un panorama general y también a la clausura, a más de las otras sesiones, para demostrar su apoyo al personal y su compromiso con la importancia de la capacitación.

Sírvase anotar los últimos cuatro dígitos de su número telefónico; ello servirá para parear e identificar las respuestas del examen previo y el posterior.

El llenado de este cuestionario le tomará 30 minutos aproximadamente. Es voluntario y totalmente confidencial. Agradecemos su colaboración

Creencias, valores y actitudes. (Sírvase marcar una respuesta para cada una de las preguntas que aparecen a continuación)

1. Creo que para las clientes es fácil expresar sus sentimientos y deseos en relación con la sexualidad, aun si ello ocurre con extraños.

De acuerdo De acuerdo En desacuerdo En desacuerdo
 hasta cierto punto hasta cierto punto
2. Creo que decirles a las personas que ciertos comportamientos las ponen en riesgo de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual/infecciones del tracto reproductivo (ITS/ITR) es, en general, suficiente para hacer que modifiquen su comportamiento.

De acuerdo De acuerdo En desacuerdo En desacuerdo
 hasta cierto punto hasta cierto punto
3. Creo que si a las niñas adolescentes con VIH se les da demasiada información sobre sexualidad y reproducción se volverán promiscuas.

De acuerdo De acuerdo En desacuerdo En desacuerdo
 hasta cierto punto hasta cierto punto
4. Creo que es importante que todas las mujeres con VIH reciban consejería en relación con su salud sexual y reproductiva (SSR).

De acuerdo De acuerdo En desacuerdo En desacuerdo
 hasta cierto punto hasta cierto punto
5. Creo que por el hecho de trabajar en una unidad de salud pública estoy en un alto riesgo de contagiarme del VIH.

De acuerdo De acuerdo En desacuerdo En desacuerdo
 hasta cierto punto hasta cierto punto
6. Creo que por brindar servicios de SSR a mujeres y niñas adolescentes con VIH no estamos ofreciendo buenos servicios de salud a la población general.

De acuerdo De acuerdo En desacuerdo En desacuerdo
 hasta cierto punto hasta cierto punto

7. Creo que en mi centro de salud las/os clientes que pertenecen a grupos como los de los trabajadores del sexo y los usuarios de drogas inyectables tienen derecho a acceder a servicios de salud de la más alta calidad.

De acuerdo hasta cierto punto De acuerdo hasta cierto punto En desacuerdo hasta cierto punto En desacuerdo hasta cierto punto

8. Me siento incómodo de dar servicios de salud a mujeres y niñas adolescentes con VIH.

De acuerdo hasta cierto punto De acuerdo hasta cierto punto En desacuerdo hasta cierto punto En desacuerdo hasta cierto punto

9. No me preocupa exponerme al VIH cuando estoy trabajando con un colega que es seropositivo.

De acuerdo hasta cierto punto De acuerdo hasta cierto punto En desacuerdo hasta cierto punto En desacuerdo hasta cierto punto

Ahora vamos a plantear algunas preguntas cuya respuesta puede ser verdadera o falso. Para cada una de ellas, encierre en un círculo si es falso o positiva.

VIH y sida

10. Observar las “precauciones estándar” es la mejor manera de asegurar la prevención de la transmisión del VIH en una clínica de salud.

Verdadero Falso

11. Los trabajadores sanitarios tienen la obligación profesional de ser objetivos y de no juzgar a las clientes, sean seropositivas o seronegativas.

Verdadero Falso

Vulnerabilidad de la salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas adolescentes con VIH

12. En muchas culturas y en todas las etapas de su vida, las mujeres casi siempre carecen de poder, lo cual les impide protegerse de problemas de SSR.

Verdadero Falso

13. Las necesidades de SSR son similares en cualquier etapa de la vida de una mujer o niña adolescente con VIH

Verdadero Falso

Derechos de las mujeres y niñas adolescentes con VIH

14. Las mujeres y niñas adolescentes con VIH tienen los mismos derechos sexuales y reproductivos que las mujeres y niñas no afectadas por el virus; por ejemplo, tienen derecho a una vida sexual segura y satisfactoria.

Verdadero Falso

15. Las niñas adolescentes con VIH tienen más probabilidades de acceder a servicios de SSR diseñados para las necesidades de la juventud.

Verdadero Falso

Abordando el estigma y la discriminación en torno al VIH y el sida

16. Para prevenir el estigma y la discriminación en la clínica de salud, el personal debe tratar a todas las clientes con respeto y darles la bienvenida, trátense de personas con VIH o no, o que crean o no serlo.

Verdadero Falso

17. A menudo, las mujeres y niñas adolescentes con VIH son objeto de más estigma y discriminación por parte de sus parejas, amigos y familiares en comparación con los hombres con VIH, y también porque es más probable que se hagan la prueba del VIH.

Verdadero Falso

Habilidades y enfoque básicos de la consejería

18. Realmente, el contexto social no es importante cuando se considera el riesgo de la cliente; todas las clientes se enfrentan a los mismos factores al tomar decisiones sobre sus necesidades de salud sexual y reproductiva.

Verdadero Falso

19. Es responsabilidad de quien ofrece la consejería persuadir a la mujer o la niña adolescente con VIH de tomar aquellas decisiones que representen las elecciones más sanas en relación con la sexualidad y la planificación familiar.

Verdadero Falso

Apoyo a la toma de decisiones informada y voluntaria de la cliente

20. El derecho de una mujer o una niña adolescente con VIH a tomar decisiones acerca de su reproducción y sexualidad significa poco si no existen servicios de SSR en la comunidad que respeten y apoyen sus decisiones.

Verdadero Falso

Suministro de apoyo psicosocial para un diagnóstico positivo

21. Cuando algunas mujeres y niñas ya creen que tienen un control limitado sobre sus vidas, un diagnóstico positivo del VIH puede agregar un elemento más desventaja percibida; ello incluye la reducción que experimentan en su poder para negociar sexo seguro.

Verdadero Falso

22. Al dar un diagnóstico positivo de VIH, el trabajador sanitario puede enmarcar la información para todas las clientes de modo similar, sin importar su situación particular.

Verdadero Falso

Revelación del VIH

23. Revelar a padres, familiares, amigos, la comunidad, el vecindario y a todo mundo la condición del VIH no constituye un evento único; se trata más bien de un proceso continuo.

Verdadero Falso

24. Las ventajas de poner al descubierto el VIH sobrepasan siempre las desventajas; de ahí que la consejería para revelar esta condición deba adaptarse para alentar a las clientes a exteriorizar el hecho.

Verdadero Falso

La ética en la consejería

25. Las mujeres y niñas adolescentes pueden ser sometidas a la prueba del VIH sin enterarse si el trabajador de la salud cree que es bueno para ellas conocer su condición.

Verdadero Falso

26. Los resultados positivos de un examen del VIH no deben usarse para negar el tratamiento a nadie ni para segregarlo de otros pacientes (a menos que se justificara clínicamente).

Verdadero Falso

Abordando la sexualidad con mujeres y niñas adolescentes con VIH

27. Si un trabajador sanitario se siente incómodo de comentar la sexualidad con una cliente, lo que puede hacer es ofrecerle consejos generales sin entrar en detalles sobre prácticas sexuales específicas.

Verdadero Falso

28. Los trabajadores sanitarios deben esperar que la cliente tome la iniciativa de introducir en la consejería los temas relacionados con la sexualidad.

Verdadero Falso

Mejoramiento de la habilidad de la cliente para percibir el riesgo

29. La evaluación de riesgo es un proceso de la consejería para ayudar a la cliente a comprender los riesgos asociados con las prácticas sexuales y/o de uso de drogas inyectadas que ella o su/s pareja/s practique/n, y cómo este nivel de riesgo puede modificarse dependiendo de nuevas circunstancias.

Verdadero Falso

30. A las mujeres con VIH se les recomienda el tratamiento adecuado y oportuno de las ITS/ITR para prevenir complicaciones ginecológicas y obstétricas asociadas con las ITS/ITR.

Verdadero Falso

Sexualidad adolescente, embarazo y VIH/sida

31. Es responsabilidad de los trabajadores sanitarios asegurar que las niñas adolescentes con VIH posean suficiente información sobre prevención de la adquisición de ITS/ITR, transmisión del VIH a sus parejas, infección por el VIH y prevención de embarazos no deseados.

Verdadero Falso

32. Los cambios físicos, sociales y cognitivos asociados con la adolescencia pueden intensificarse en las niñas adolescentes con VIH como resultado de los sentimientos de vergüenza y baja autoestima relacionados con el diagnóstico.

Verdadero Falso

Consejería en SSR para niñas con VIH

33. En los centros de salud, las niñas adolescentes suelen sentirse indefensas; por ende, las sugerencias de los trabajadores de la salud puedan ser tomadas fácilmente como órdenes.

Verdadero Falso

Atención integral en SSR a mujeres y niñas adolescentes con VIH

34. El examen de cáncer cervical es un componente clave de la atención en SSR de las mujeres y niñas adolescentes con VIH.

Verdadero Falso

Necesidades de planificación familiar de mujeres y niñas adolescentes con VIH

35. El deseo de embarazarse de una mujer o una niña adolescente con VIH constituye un obstáculo para analizar las opciones para la planificación familiar.

Verdadero Falso

36. Salvo contadas excepciones, las mujeres y niñas adolescentes con VIH pueden usar la mayoría de los métodos modernos de anticoncepción.

Verdadero Falso

37. La “protección dual” se refiere a la protección simultánea contra embarazos no planeados y la adquisición de ITS y del VIH.

Verdadero Falso

38. Si una mujer adquiere el VIH durante su embarazo o mientras amamanta, su riesgo de transmitir el VIH a su bebé es mayor.

Verdadero Falso

Consejería integrada en SSR para mujeres con VIH

39. La consejería integrada en SSR constituye una interacción de dos vías entre una cliente y un trabajador sanitario, para evaluar y abordar las necesidades generales de SSR de la cliente, sus conocimientos y preocupaciones, sin importar el servicio de salud al que la cliente está teniendo acceso.

Verdadero Falso

Códigos de respuesta a los cuestionario de los exámenes previo y posterior

Las preguntas sobre “acuerdo” y “desacuerdo” en los cuestionarios de los exámenes previo y posterior miden los cambios en las actitudes y creencias de los participantes; no existen respuestas erróneas. Por ello, los siguientes códigos son las respuestas correctas a las preguntas cuya respuesta es “verdadero” o “falso”.

10. Verdadero
11. Verdadero
12. Verdadero
13. Falso
14. Verdadero
15. Verdadero
16. Verdadero
17. Verdadero
18. Falso
19. Falso
20. Falso
21. Verdadero
22. Falso
23. Verdadero
24. Falso
25. Verdadero
26. Verdadero
27. Falso
28. Falso
29. Verdadero
30. Verdadero
31. Verdadero
32. Verdadero
33. Verdadero
34. Verdadero
35. Falso
36. Verdadero
37. Verdadero
38. Verdadero
39. Verdadero

Sesión	Título
2	2.1: Información básica sobre VIH y sida 106
4	4.1: Habilidades de comunicación de un consejero eficaz 108
4	4.2: Panorama del modelo de consejería CETE 111
5	5.1: Conceptos y definiciones clave de SSR 115
7	7.1: Panorama de los derechos sexuales y reproductivos 119
7	7.2: Testimonios de mujeres y niñas adolescentes con VIH 124
8	8.1: Toma de decisiones informada y voluntaria 133
9	9.1: Leyes y políticas que restringen el acceso a la atención de SSR de las mujeres y niñas adolescentes con VIH 137
11	11.1: Pautas para la revelación 139
13	13.1: Panorama de la evaluación de riesgo 140
14	14.1: Etapas del desarrollo adolescente 144
16	16.1: Lista de cotejo del proveedor: atención integral en SSR y consejería para mujeres y niñas adolescentes con VIH 145
16	16.2: Algoritmo de consejería en SSR para mujeres y niñas adolescentes con VIH 151
17	17.1: Criterios de elegibilidad médica de la OMS para uso de anticonceptivos y VIH/sida 152
17	17.2: VIH y maternidad sin riesgos 157
17	17.3: Panorama de la protección dual 162
18	18.1: Consejería integrada en SSR 165

2.1

Material para participantes

Información básica sobre VIH y sida

VIH

- El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) forma parte de una familia de virus conocida como retrovirus.
- El VIH puede infectar y destruir un tipo especial de glóbulos blancos llamados linfocitos CD4+
- Estas células son parte importante del sistema inmunológico, que constituye la defensa del cuerpo contra las infecciones.
- La inmunodeficiencia significa que el sistema inmunológico se ha debilitado y tiene menos capacidad para combatir las enfermedades.
- El VIH puede desembocar en un conjunto de infecciones oportunistas y tumores, así llamados porque aprovechan la oportunidad que les da un sistema inmunológico deprimido.

Sida

- El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es la última etapa de la enfermedad del VIH.
- El VIH debilita la capacidad del cuerpo para combatir otras infecciones y enfermedades.
- Se dice que una persona padece sida cuando el virus ha debilitado su sistema inmunológico a tal grado que pueden desarrollarse una o más infecciones específicas y cánceres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que una persona adulta o un/a adolescente (alguien que tiene más de 12 años) tiene sida cuando una prueba de anticuerpos arroja un resultado positivo y están presentes, además, una o más de las siguientes condiciones:
 - pérdida de >10 por ciento del peso corporal, o cachexia, con presencia de diarrea o fiebre, o ambas, de manera intermitente o constante durante un mes cuando menos, desconociéndose que se deba a una condición no relacionada con la infección del VIH;
 - meningitis criptococal;
 - tuberculosis pulmonar o extrapulmonar;
 - sarcoma de Kaposi;
 - daño neurológico suficiente que impide las actividades cotidianas independientes, desconociéndose que se deba a una condición no relacionada con la infección del VIH;
 - candidiasis del esófago (que presuntamente se diagnostique en base a la presencia de candidiasis oral acompañada de disfagia);
 - neumonía diagnosticada clínicamente con amenaza para la vida, o episodios recurrentes de este mismo padecimiento con o sin confirmación aetiológica;
 - cáncer cervical invasivo.

Fuente: WHO 1994. *Weekly epidemiological record*, Núm. 37, p. 274. Ginebra.



Otros puntos clave

- El VIH y el sida no son la misma cosa.
- Durante la mayor parte de la enfermedad del VIH, las personas que lo padecen se ven como cualquiera otra.
- En el mundo, la mayoría de las personas con VIH no están conscientes de padecer la infección.
- Si bien los individuos con VIH pueden potencialmente infectar a otros, la infección por VIH propiamente dicha sólo puede transmitirse de maneras muy específicas, que incluyen:
 - el coito vaginal o anal
 - las agujas
 - la transmisión madre-hijo
 - productos sanguíneos no examinados
- A partir del momento en que la infección por el VIH ocurre, pueden transcurrir hasta diez años antes de que los síntomas del sida se desarrollen.
- No existe cura conocida para el VIH y el sida, aunque los medicamentos antiretrovirales (ARV) pueden mejorar sustancialmente la calidad y el periodo de vida de una persona con VIH o sida.
- Dado que la presencia de otras ITS puede incrementar la susceptibilidad de una persona a la infección por VIH* los esfuerzos para diagnosticar y tratar las ITS curables se han convertido en una estrategia crucial para combatir la epidemia del VIH. Los esfuerzos para diagnosticar y tratar el VIH y las ITS incluyen la consejería a fin de asegurar tratamientos adecuados y estrategias para notificar a las parejas a fin de que se atiendan.
- Existen pruebas diversas para detectar el VIH que buscan en la sangre los anticuerpos contra el virus.
- La transmisión del VIH y de otras ITS a través de la actividad sexual puede prevenirse con el uso consistente y correcto de los condones masculino y femenino.
- Una mujer infectada con VIH puede transmitir el virus a su bebé durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto, o al amamantarlo. Esto se conoce como transmisión madre-hijo, o transmisión vertical.

* WHO, 1999. *STD case management. The syndromic approach for primary health care settings. Training Guide*. Ginebra; Silva, G., y cols. 2002. Sexually transmitted infections as facilitators of HIV infection—experiment in Brazil. Memoria de la XIV Conferencia Internacional sobre SIDA, 7–12 de Julio; y Taha, T.E., y Gray, R.H. 2000. Genital tract infections and perinatal transmission of HIV. *Annals of the New York Academy of Sciences* 918:84–98.



(Adaptado de EngenderHealth 2003. *Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum. Participant Handbook*. Nueva York).

1. Construcción de entendimiento mutuo

Dar la bienvenida a la cliente

Los cuatro pasos para “dar la bienvenida a la cliente” son:

- dar la bienvenida a la cliente,
- hacer las presentaciones,
- introducir el tema de la sexualidad,
- asegurar la confidencialidad.

Los aspectos de bienvenida a la cliente incluyen ser amigable, respetuoso, no hacer juicios críticos y mostrar interés por su situación y necesidades.

Respeto

Las muestras de respeto entre los individuos se expresan de modo diferente, en función de la cultura y las costumbres. Es importante que los trabajadores de la salud consideren cómo van a mostrar su respeto hacia la cliente. Deben, asimismo, considerar las inequidades de poder que puedan existir entre ellos mismos y la cliente en virtud de la condición socioeconómica o la educación, y cómo esas inequidades pueden afectar la comunicación entre el trabajador sanitario y su cliente.

Mostrar respeto es apoyar el derecho y la dignidad de la cliente en sus interacciones con el trabajador sanitario. En muchas culturas, el elogio genuino y el estímulo mostrado hacia la cliente será muestra del respeto hacia sus esfuerzos como persona que está tratando de manejar sus problemas, aun si tales esfuerzos están desinformados o mal orientados. El elogio y el aliento son, además, eficaces casi siempre para ayudar a que la cliente reconozca y logre resolver sus problemas.

Elogio

El elogio es una expresión de aprobación o admiración. En el contexto de la atención a la salud, un elogio refuerza un buen comportamiento—lo cual quiere decir identificar y apoyar las conductas de búsqueda de salud de la cliente. Algunos ejemplos serían:

- mostrar que usted respeta preocupación por la salud de ella,
- reconocer las dificultades que pudo haber sorteado para acudir a la unidad o centro de salud,
- buscar a alguien que, más que juzgar, apruebe.

Aliento

El aliento significa dar valor, confianza y esperanza. En el contexto de la atención en salud,



dar aliento significa dejar saber a la cliente que usted confía en que ella será capaz de remontar sus problemas y ayudarla a encontrar la manera para que tal cosa ocurra. Los ejemplos incluyen:

- señalar posibilidades esperanzadoras,
- enfocarse en aquello que es bueno de lo que ha hecho hasta ahora y en instarla a continuar,
- expresarle que ya está haciendo algo por ayudarse a sí misma al acudir a la unidad de salud.

2. Preguntas de respuesta abierta

Las preguntas de respuesta abierta son útiles para explorar las opiniones y sentimientos de la cliente; requieren, normalmente, respuestas más extensas. Estas preguntas son más eficaces para determinar qué es lo que la cliente necesita (en términos de información o apoyo emocional) y lo que ya sabe. Ejemplos que pueden mencionarse son:

- ¿Qué podemos hacer por usted hoy?
- ¿Qué cree que pudo haber causado este problema?
- ¿Qué ha escuchado sobre este método de planificación familiar?
- [Para pacientes en atención postaborto] ¿Cómo se sintió la primera vez que supo que estaba embarazada? ¿Cómo se siente ahora?
- ¿Cuáles son las preguntas o preocupaciones de su esposo/pareja en relación con su condición?
- ¿Qué ha pensado hacer para no contagiarse de nuevo de una infección de transmisión sexual?
- ¿Qué fue lo que la decidió a usar el mismo método de su hermana?

3. Escucha atenta

Las habilidades para la escucha pueden mejorarse si:

- se mantiene contacto visual con la persona que se interactúa (dentro de las normas que la cultura permite);
- se demuestra interés asintiendo con la cabeza, inclinándose hacia la cliente y sonriendo;
- se sienta cómodamente evitando movimientos que puedan distraer;
- pone atención a la persona (por ejemplo, evitando hacer otras tareas al mismo tiempo o hablar con alguien más; o interrumpir o permitir que otras personas interrumpen);
- escucha a la cliente con atención, en vez de estar pensando en otras cosas o en lo que va a decir a continuación;
- escucha *aquello* que la cliente dice y *cómo* lo dice, y observa el tono de voz de ella, las palabras que elige para expresarse, las expresiones de su cara y sus ademanes;
- se imagina en el lugar de la cliente a medida que la escucha;
- se mantiene en silencio por ratos para que la cliente tenga tiempo para pensar, hacer preguntas y hablar;
- parafrasea lo que la cliente ha expresado para mostrarle que entiende lo que ella ha dicho y para aclarar que usted ha comprendido correctamente.

4.1

Material para participantes

Habilidades de comunicación de un consejero eficaz (cont.)

4. Uso de un lenguaje que la cliente comprenda

El lenguaje y la sexualidad

- Un reto que las personas confrontan al analizar asuntos relacionados con la SSR es la elección de las palabras. A veces, las palabras que vienen a la mente pueden parecer demasiado clínicas u ofensivas. No obstante, para comunicarse de manera eficaz, usted, como trabajador sanitario, debe conocer las palabras que una cliente entendería.
- Durante la consejería, no debe sentirse obligado a emplear palabras que considere ofensivas. A pesar de ello, es importante identificar aquella que la cliente usa para referirse a una parte del cuerpo en particular, o a una actividad, y después explicarle que cuando se emplea un término médico se está refiriendo a esa parte del cuerpo o a esa actividad.
- Si usted se siente suficientemente cómodo para emplear palabras que se usan comúnmente en el lugar a manera de un puente para la comprensión, estará ayudando a que la cliente venza su propia turbación al comentar esos temas. Una parte importante de este proceso de capacitación es que usted exprese estas palabras en voz alta para que empiece a sentirse más cómodo al usarlas o escucharlas de las clientes.

Empleo de un lenguaje sencillo

- Para que exista una comunicación eficaz es esencial que las problemáticas de la SSR sean explicadas de modo comprensible para la cliente. Aunque podamos creer que sabemos algo muy bien, no siempre resulta fácil expresarlo de un modo sencillo. La práctica permite llegar a hacerlo.
- Es esencial preguntar a la cliente qué es lo que ya sabe. Eso permite tener una idea de qué tanto conocimiento de la terminología (por ejemplo, modismos, palabras comunes y corrientes y términos médicos) posee la cliente. Lo anterior constituye también un punto de partida que al mismo tiempo refuerza el conocimiento actual de la cliente siendo posible corregir las imprecisiones.
- Si no se averigua en primera instancia qué es lo que la cliente ya sabe, pueden resultar dos errores que son bastante comunes: que se le den explicaciones a un nivel que está más allá de poder comprender, o que se desperdicie tiempo explicando lo que ella ya sabe (de paso, insultando a la cliente en el proceso, posiblemente).
- En consejería, es raro que se disponga del tiempo suficiente para explicar de modo adecuado todo lo que la cliente necesita saber. Este proceso es mucho más eficaz si la información básica sobre anatomía, fisiología y los términos médicos clave se explican en sesiones educativas grupales previas a la consejería. Entonces, durante la consejería propiamente dicha, usted puede revisar rápidamente la información para ver qué es lo que la cliente entendió o no y qué preguntas pudiera tener, para luego proceder a la consejería individual sobre sus riesgos del VIH, de infecciones de transmisión sexual o del tracto reproductivo, de un embarazo y acerca de las decisiones que deben hacerse respecto de la prueba, elecciones de SSR y posibles cambios en el comportamiento.

4.2 Material para participantes

Panorama del modelo de consejería CETE

(Adaptado de EngenderHealth. 2003. *Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum. Participant handbook.* New York).

CETE: Construcción de entendimiento mutuo, exploración toma de decisión y ejecución de la decisión

<p>Fase 1: Construcción de entendimiento mutuo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dé la bienvenida a la cliente • Haga las presentaciones • Introduzca el tema de la sexualidad • Asegure la confidencialidad <p>Fase 2: Exploración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explore las necesidades, riesgos, vida sexual, contexto social y circunstancias de la cliente • Evalúe los conocimientos de la cliente y bríndele la información necesaria • Ayude a la cliente a percibir o determinar su riesgo de embarazo (y el de su pareja), y su riesgo (o el de su pareja) en relación con el VIH o las infecciones de transmisión sexual (ITS) 	<p>Fase 3: Toma de decisión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifique las decisiones que la cliente necesita tomar en esta sesión • Identifique las opciones de la cliente respecto de cada decisión • Sopese los beneficios, desventajas y consecuencias de cada opción • Ayude a la cliente para que ella misma tome las decisiones siendo realista <p>Fase 4: Ejecución de la decisión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elabore un plan concreto y específico para ejecutar la decisión • Identifique las destrezas que la cliente requerirá para llevar adelante la decisión • Practique las habilidades que sean necesarias con ayuda del trabajador de la salud • Haga un plan de seguimiento
--	--

Nota. Los aspectos que se mencionan a continuación son sugerencias sobre áreas para abordar en cada fase del CETE. No constituyen una lista de cotejo que deba observarse en un orden estricto, ni son tampoco para leerse o recitarse a la cliente. La interacción debe ajustarse siempre a la situación de ella.

Fase 1: Construcción de entendimiento mutuo

1. Dé la bienvenida a la cliente
 - Salude a la cliente afectuosamente.
 - Ayude a que la cliente se sienta cómoda y relajada.
2. Haga las presentaciones
 - Identifique cuáles son las razones por las que la cliente acude a la visita.
 - Plantee preguntas de carácter general: nombre, edad, número de hijos y otras.
3. Introduzca el tema de la sexualidad
 - Explique las razones que lo llevan a indagar acerca de la sexualidad.
 - Póngalas en el contexto del VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS) y asegure a la cliente que usted aborda el VIH y las ITS con todas las clientes.
 - Explique a la cliente que no tiene que contestar todas sus preguntas.

4.2

Material para participantes

Panorama del modelo de consejería CETE (cont.)

4. Asegure la confidencialidad

- Explique la política sobre confidencialidad y su propósito.
- Establezca una atmósfera de privacidad asegurándose de que nadie pueda escuchar su conversación, aun si las posibilidades de usar un cuarto aislado no existen.

Fase 2: Exploración

1. Explore las necesidades, riesgos, vida sexual, contexto social y circunstancias de la cliente:

- Evalúe aquello que la cliente comprende en relación con su condición o situación de SSR, las preocupaciones o inquietudes que pueda tener y lo que específicamente confía lograr durante la visita.
- Explore el contexto de las relaciones sexuales de la cliente:
 - ¿En qué tipo de relaciones sexuales está involucrada, cuál es la naturaleza de las relaciones (incluyendo cualquier tipo de violencia o abuso) y cómo se siente?
 - ¿Cómo se comunica con sus parejas en torno a la sexualidad, la planificación familiar, el VIH y las ITS?
 - ¿Qué sabe la cliente acerca del comportamiento sexual de sus parejas fuera de la relación?
- Explore el historial de embarazos de la cliente y su conocimiento y uso de métodos de planificación familiar, incluido el condón.
- Explore el historial de VIH e ITS de la cliente, sus síntomas actuales y conocimiento del historial de VIH e ITS de sus parejas.
- Explore otros factores relativos a las circunstancias de la cliente que pudieran limitar su poder o control sobre la toma de decisiones, como pudiera ser la dependencia financiera de sus parejas, tensiones en el seno de una familia extensa y temor de violencia, entre otras.

2. Evalúe los conocimientos de la cliente y bríndele la información necesaria.

- Evalúe los conocimientos de la cliente sobre atención al embarazo (si es apropiado), atención postaborto (si es apropiado), planificación familiar, VIH e ITS.
- Corrija cualquier desinformación y llene los vacíos, según se requiera.

3. Ayude a la cliente para que perciba o determine su propio riesgo de embarazo, de VIH o de ITS.

- Pregunte a la cliente si se siente en riesgo de un embarazo no deseado o de contagiarse del VIH o una ITS, y explore por qué sí o por qué no.
- Pregunte a la cliente si cree que sus parejas están en riesgo de un embarazo no deseado o de contagiarse del VIH o una ITS, y explore las razones.
- Explique cómo es que el VIH y las ITS se transmiten y los riesgos del embarazo (según sea necesario), relacionando todo lo anterior con las prácticas sexuales individuales de la cliente y de sus parejas.
- Ayude a que la cliente reconozca sus riesgos de contagio del VIH y las ITS o de un embarazo no deseado

4.2

Material para participantes

Panorama del modelo de consejería CETE (cont.)

Fase 3: Toma de decisión

1. Identifique las decisiones que la cliente necesita tomar en esta sesión.
 - Ayude a la cliente para que asigne prioridades a las decisiones a fin de determinar cuáles son las más importantes el día de hoy.
 - Explique cuán importante es que ella tome sus propias decisiones.
2. Identifique las opciones de la cliente respecto de cada decisión.
 - Muchos trabajadores sanitarios y clientes sienten que las opciones de decisión de las clientes en casi todas las áreas de la SSR son limitadas. Un rol importante del trabajador es presentar a la cliente las varias decisiones que pudiera tomar, para explorar las consecuencias de cada una. Esto empodera a la mujer para que sea capaz de hacer la mejor elección, algo que es un elemento clave para apoyar sus derechos sexuales y reproductivos.
3. Sopesa los beneficios, desventajas y consecuencias de cada opción.
 - Asegúrese de que el análisis se centra en aquellas opciones que van a satisfacer las necesidades individuales de la cliente tomando en consideración sus preferencias y preocupaciones.
 - Suministre información más detallada, según sea necesario, sobre las opciones que la cliente está considerando.
 - Cuestione quién más se vería afectado por cada decisión.
 - Explore con la cliente cómo cree que reaccionarán sus parejas o su familia (por ejemplo, con la sugerencia de uso del condón o por discutir la sexualidad con sus parejas).
4. Ayude a la cliente para que ella misma tome las decisiones siendo realista.
 - Pregunte a la cliente cuál es su decisión (qué opción elige).
 - Pida a la cliente que explique en sus propias palabras el por qué de la decisión que ha tomado.
 - Verifique que esta decisión es la que la cliente eligió, libre de presión por parte del esposo, la pareja, la familia, los amigos o los trabajadores sanitarios.
 - Ayude a la cliente a evaluar si su decisión puede, de hecho, realizarse, dadas sus relaciones, vida familiar y situación económica, entre otras cosas

Fase 4: Ejecución de la decisión

Elabore un plan concreto y específico para ejecutar la decisión.

- Sea *específico*. Si una cliente dice que va a hacer algo, averigüe cuándo es que tal cosa ocurrirá, bajo qué circunstancias y cuáles serán los próximos pasos en cada situación. Para desarrollar un plan para reducir riesgos, es importante preguntar a la cliente: “¿Qué hará después?” Por ejemplo, si una cliente dice que va a empezar a usar condones, el trabajador de la salud debería preguntar “¿Con qué frecuencia?” “¿En dónde va a conseguir los condones?”, “¿Cómo va a pagarlos?”, “¿Cómo va a decirle a su pareja que quiere usarlos?” y “¿En dónde va a guardarlos para tenerlos a la mano cuando los necesite?”

4.2

Material para participantes

Panorama del modelo de consejería CETE (cont.)

- Averigüe sobre las posibles consecuencias del plan: “¿Cómo reaccionarán sus parejas?”, “¿Teme alguna consecuencia negativa?”, “¿Cómo afectará el plan sus relaciones de pareja?”, “¿Se puede comunicar *directamente* con sus parejas respecto al plan?” y “¿La comunicación indirecta será más eficaz inicialmente?”
 - Indague acerca de apoyos sociales. ¿Quién puede ayudarle a llevar adelante su plan? ¿Quién puede crearle obstáculos? ¿Cómo manejaría la cliente una falta de apoyo o qué haría con los individuos que interfirieran en sus esfuerzos por reducir sus riesgos?
 - Elabore un “Plan B”—en caso de que el plan inicial no funcione, ¿qué puede hacer la cliente entonces? (ver Núm. 3 a continuación).
2. Identifique las destrezas que la cliente requerirá para llevar adelante la decisión
 3. Practique las habilidades que sean necesarias con ayuda del trabajador de la salud.
 - Habilidades de comunicación y negociación con la pareja
 - Analice con la cliente sus temores y preocupaciones en cuanto a comunicación y negociación con sus parejas sobre uso de condón, planificación familiar, inquietudes relacionadas con la salud materna, el sexo más seguro o la sexualidad, y ofrézcale algunas ideas para mejorar la comunicación y la negociación.
 - Si una cliente siente que la negociación del uso del condón para prevenir el VIH y las ITS se le pudiera dificultar, analicen si sería más fácil introducir el tema del condón como parte de la prevención de embarazos.
 - Practique con la cliente un desempeño de roles para posibles situaciones de comunicación y negociación.
 - Destrezas para el uso del condón
 - Demuestre a la cliente el uso correcto del condón en un modelo de pene; describa los pasos y pida a la cliente replicar la demostración para asegurarse que los ha comprendido.
 - Analicen estrategias para hacer del uso del condón una práctica más aceptable para las parejas.
 - Suministre muestras de condones (si tal cosa es posible), y asegúrese de que la cliente sepa dónde y cómo obtener más.
 - Habilidades para usar otros métodos de planificación familiar
 - Asegúrese de que la cliente comprende cómo emplear otros métodos de planificación familiar que haya elegido, pidiéndole que repita la información básica y alentándola a solicitar cualquier aclaración que sea necesaria.
 4. Elabore un plan de seguimiento
 - Invite a la cliente a regresar a su visita de seguimiento con el fin de brindarle apoyo continuo en la toma de decisiones, sus negociaciones y los cambios de comportamiento.
 - Explíquele el factor tiempo en el seguimiento médico y para reabastecerse de anticonceptivos.
 - Haga la referencia para los servicios que su unidad no ofrezca.

5.1 Material para participantes

Conceptos y definiciones clave de SSR

Adaptado de EngenderHealth 2003. Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum. Participant handbook. Nueva York; y Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). 1994. Programme of Action. Consulta del 26 de junio de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm#ch7.

Sexo

El sexo puede significar las características biológicas (anatómicas, fisiológicas y genéticas) que nos hacen hombre o mujer.

Sexo puede significar también actividad sexual, incluso coito.

Sexualidad

La sexualidad es la forma en la que un individuo experimenta ser hombre o mujer. Se incluyen aquí aspectos físicos y biológicos de la vida personal (tales como menstruación, sueños húmedos, embarazarse o tener coitos), así como aspectos emocionales (como ser atraído por otra persona o la orientación sexual) y aspectos sociales (como comportarse de la forma que espera la comunidad en que uno vive, según si uno es hombre o mujer; aquí se consideran los papeles de género).

Sexualidad:

- involucra la mente y el cuerpo;
- está formada por nuestros principios, actitudes, apariencia física, creencias, emociones, personalidad, gustos y antipatías y la forma en la que nos hacemos sociales;
- está influenciada por normas sociales, por la cultura y la religión;
- incluye proporcionar y recibir placer sexual, así como permitir la reproducción;
- abarca toda nuestra vida.

Género

Genero es el modo como un individuo o la sociedad definen ser “mujer” u “hombre.” Los roles de género son actitudes, conductas, expectativas y obligaciones de hombres y mujeres definidas social y culturalmente. La identidad de género es la convicción personal y privada que cada uno de nosotros tiene de ser mujer u hombre; define el grado en el que cada persona se identifica como hombre o mujer, o alguna combinación de ambos.

Orientación sexual

La heterosexualidad es la atracción erótica o romántica que ejercen en uno personas del sexo opuesto. La homosexualidad es la atracción erótica o romántica hacia personas del mismo sexo. Bisexualidad es la atracción erótica o romántica hacia personas de ambos sexos.

5.1

Material para participantes

Conceptos y definiciones clave de SSR (cont.)

Salud reproductiva

De acuerdo con la definición adoptada en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo, Egipto, en 1994:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. (ver: www.unfpa.org/icpd/summary.htm#chapter7).

Salud sexual

El término salud sexual incluye aspectos de la sexualidad que no se relacionan necesariamente con la reproducción. Reconoce que las personas pueden tener relaciones sexuales con fines de placer y no sólo de reproducción, y que los individuos tienen necesidades de salud relacionadas con dicha actividad sexual.

De acuerdo con la *International Women's Health Coalition* (IWHC):

“Salud sexual significa tener una vida sexual con sentido de responsabilidad, satisfactoria y segura. Alcanzar la salud sexual exige un punto de vista positivo sobre la sexualidad humana y el respeto mutuo entre la pareja. Al reconocer la salud sexual—y los derechos sexuales—los sistemas de salud y de educación pueden ayudar a evitar y a abordar las consecuencias de la violencia, la coacción y la discriminación sexuales, y pueden asegurar para todas las personas el disfrute de una sexualidad humana sana y aceptada como parte de su bienestar general”. (Ver: IWHC. 2001. *Sexual health*. Nueva York. Consultado en: www.iwhc.org/docUploads/FWCW%5FSexHealthfact-sheet.PDF)

La IWHC describe los elementos fundamentales de la salud sexual como:

- una vida sexual libre de enfermedades, lesiones, violencia, incapacidad, dolor innecesario o peligro de muerte;
- una vida sexual sin temor, vergüenza, culpa y falsas creencias sobre la sexualidad;
- la capacidad de disfrutar y ejercer el dominio de la propia sexualidad y la reproducción.

5.1

Material para participantes

Conceptos y definiciones clave de SSR (*cont.*)

Salud sexual y reproductiva

Las definiciones de salud sexual y de salud reproductiva se traslapan. Para evitar confusiones y asegurar que todos sus aspectos se incluyen, muchos proveedores, planificadores y encargados de diseñar políticas emplean ahora el término salud sexual y reproductiva, que incluye todo lo que comprenden la salud sexual y la salud reproductiva.

El término *salud sexual y reproductiva* puede referirse a un estado de salud y bienestar, a distintos tipos de servicios o a un “enfoque” en la prestación de servicios, como sigue:

Un estado de salud y bienestar:

- bienestar físico, mental y social relacionado con la sexualidad y la reproducción;
- libertad para disfrutar las relaciones sexuales sin temor al embarazo, a las enfermedades, al abuso de poder, a la coacción sexual o la violencia;
- poderes equilibrados en las relaciones sexuales;
- respeto a la integridad física y al derecho al dominio del propio cuerpo.

Tipos de servicios:

- servicios relacionados con el embarazo (atención prenatal, postparto y cuidados obstétricos de urgencia);
- prevención y atención del VIH y de ITS;
- planificación familiar;
- atención postaborto;
- servicios integrados (planificación familiar y prevención de VIH y de ITS).

Acceso a los servicios:

- la *forma* en la que los servicios se brindan;
- los *aspectos* que se toman en cuenta o se abordan cuando se prestan los servicios;
- las nuevas formas de brindar servicios *ya existentes*;
- la *mentalidad y la actitud* tras de la forma en la que se brindan los servicios.

Algunos ejemplos de “acceso” a los servicios incluyen:

- adoptar un método holístico e integrado en torno a la salud reproductiva y la oferta de los servicios;
- enfocarse en la participación y la comunicación de la pareja;
- promover la sensibilidad a los temas de género;
- fomentar la conciencia de la sexualidad;
- tomar en consideración las circunstancias de la decisión de la persona (dinámicas de poder de género, pobreza, violencia doméstica y otras vulnerabilidades);

5.1

Material para
participantes

Conceptos y definiciones clave de SSR (*cont.*)

- incorporar la perspectiva de los derechos humanos en la consejería y en otros servicios;
- fomentar la participación de la comunidad.

Componentes de la atención a la salud sexual y reproductiva

De acuerdo con el Programa de Acción adoptado por la CIPD en 1994 (Párrafos 7.2, 7.3, y 7.6), los siguientes son los componentes de los derechos reproductivos y de la atención a la salud reproductiva:

- información, orientación y servicios de planificación familiar;
- prevención y tratamiento de ITS/ITR;
- diagnóstico y tratamientos de VIH y sida;
- atención prenatal, durante el parto y en el postparto;
- atención a la salud infantil;
- atención a las complicaciones derivadas de abortos;
- prevención y tratamiento de la esterilidad;
- información, educación y orientación sobre sexualidad humana, salud sexual y reproductiva y paternidad;
- diagnóstico y tratamiento de los diferentes tipos de cáncer en el aparato reproductivo.

Perspectiva internacional

- En 1993, la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos realizada en Viena declaró que los derechos de las mujeres eran derechos humanos.
- El Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994) refinó la afirmación de la conferencia de Viena y comprometió a los gobiernos participantes a asegurar que los derechos humanos se pondrían en práctica para promover los derechos sexuales y reproductivos, ya fuera en las constituciones nacionales o en los tratados de derechos humanos.
- Los derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con VIH (PV) y de otras poblaciones vulnerables, entre ellas los trabajadores del sexo, los usuarios de drogas inyectables (UDI), los hombres que tienen sexo con hombres, los jóvenes, inmigrantes, prisioneros, etc., no difieren de los derechos de las personas que no están afectadas directamente por el VIH.
- Este reconocimiento de los derechos humanos se funda en leyes internacionales de derechos humanos, con todos sus instrumentos regionales e internacionales, que garantizan los derechos y libertades a todas las personas, sin distinción de ningún tipo, sea raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra clase, origen nacional o social, propiedad, nacimiento o alguna otra condición.

Acuerdos y compromisos internacionales fundamentales

- El Programa de Acción de la CIPD (United Nations, 1994), es el documento de consenso internacional más importante referente a la salud sexual y reproductiva y al establecimiento de los derechos reproductivos (www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm, última consulta: 21 de agosto de 2006).
 - El Programa de Acción de la CIPD incluye la salud sexual bajo la definición de salud reproductiva. De esta manera, por implicación, los derechos relacionados con la salud sexual están comprendidos en la definición de derechos reproductivos.
 - La Plataforma de Acción acordada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995, avanzó en la definición de los derechos sexuales (www.un.org/womenwatch/daw/beijing/fwcw.htm, última consulta: 21 de agosto de 2006).
 - La Convención sobre los Derechos del Niño y otros acuerdos internacionales de derechos humanos adoptados en los pasados 15 años confirman también la salud y los derechos de los adolescentes.
- El vocabulario de los derechos humanos se ha empleado desde la década pasada para hacer responsables a los gobiernos en caso de no proteger la salud sexual y reproductiva.
 - A ciertos conservadores de distintas partes del mundo les parece ahora que este lenguaje es un obstáculo para algunos asuntos fundamentales a los que se oponen, entre ellos el derecho al aborto, el derecho de los adolescentes a la información y los servicios sobre temas relacionados con la sexualidad, orientaciones sexuales y familias no tradicionales, y una mayor igualdad para la mujer.

7.1

Material para participantes

Panorama de los derechos sexuales y reproductivos (cont.)

Ejemplos de derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales son los derechos de todas las personas a:
decir “no” al sexo
tener relaciones sexuales seguras o protegidas
decidir con quién tener relaciones sexuales sin ser juzgadas
decidir qué tipo de relaciones sexuales se tienen (“genital”, oral, de penetración, etc.)
dominar nuestra propia sexualidad
educación sexual e información sobre derechos y salud sexual
emprender acción legal contra todo abuso sexual o acoso
tener placer sexual
que se mantenga el acceso al tratamiento de problemas de salud sexual y a los servicios que aseguren la salud sexual
no realizar actos sexuales tradicionales peligrosos
no ser obligado a casarse
Los derechos reproductivos son los derechos de todas las personas a:
decidir si o cuándo concebir sin ser juzgada
tener un aborto o esterilización seguros sin solicitar el consentimiento de otra persona
conservar al bebé
adoptar
educación e información objetiva sobre opciones de salud reproductiva (trabajo de parto, parto, amamantar y prevenir la transmisión madre-hijo del VIH)
acceso a atención prenatal de calidad (con la presencia de la pareja o sin ella)
acceso igual a la atención en SSR sin importar la condición social, económica o política
información sobre planificación familiar y toma de decisiones sobre el tipo de anticonceptivo y su empleo
acceso a métodos preventivos de anticoncepción como los microbicidas
parto seguro, cómo y dónde lo queramos
concepción asistida o inseminación artificial
alimentar al bebé de la forma que queramos (e información precisa sobre opciones de alimentación para poder tomar una decisión informada)
servicios para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo

Adaptada da: ICW. 2004. Young women’s dialogue: Swaziland workshop report.



Hacer operativos los derechos a la salud sexual y reproductiva de las PV

- Es necesario pasar de la retórica a los hechos y hacer operativos, a escala nacional e internacional, los derechos a la salud sexual y reproductiva de las personas con VIH y de otras poblaciones vulnerables.
- Elaborar un marco conceptual fundado en las normas y principios de los tratados y acuerdos internacionales existentes, y que su alcance sea integral; que proporcione una guía práctica para los encargados de diseñar políticas, para quienes desarrollan programas y los administran, para abogados de estas causas y proveedores, a fin de lograr un enfoque fundado en el derecho al cuidado de la salud reproductiva de las mujeres y niñas adolescentes con VIH.
- Las medidas y programas internacionales relacionados con la salud sexual y reproductiva deben tomar en cuenta los derechos, necesidades y aspiraciones de mujeres, hombres y jóvenes con VIH. De acuerdo con las normas de los derechos humanos y la eficacia de esos enfoques, los más importantes de esos principios se describen en seguida.

Guía de principios para abordar los derechos a la salud sexual y reproductiva y las necesidades de las personas con VIH

- Las mujeres, los hombres y los jóvenes con VIH deben ser capaces de tomar decisiones autónomas y sin coacción sobre su sexualidad y fertilidad.
- A través de los sistemas de salud, las mujeres, los hombres y los jóvenes con VIH deben tener acceso a la información relevante, a consejería y a servicios a la medida de sus necesidades de SSR.
- A las mujeres, hombres y jóvenes con VIH se les debe dar el derecho a la confidencialidad y se debe buscar su consentimiento plenamente informado en todo servicio que se les brinde.
- Siempre que sea posible, las mujeres, los hombres y los jóvenes con VIH deben recibir la oportunidad de que su pareja participe en la toma de decisiones y en los actos que emprendan sobre sexualidad, salud reproductiva y cuidado de sus hijos.
- Se deben tomar en cuenta las necesidades de parejas tanto VIH concordantes como VIH discordantes, así como las necesidades de aquellas personas que no viven en pareja y de quienes pudieran tener o no, con regularidad, una o más parejas sexuales.
- Los encargados de la atención y los profesionales de la salud que proporcionan servicios de salud sexual y reproductiva a mujeres, hombres y jóvenes con VIH deben contar con equipos de buena calidad y suministros, y haberse adiestrado en las precauciones universales para protegerse y proteger a sus pacientes de infecciones o reinfecciones de VIH o de otras infecciones transmitidas por la sangre, como la hepatitis.

Adaptado de: de Bruyn, M. 2000. *Gender, adolescents and the HIV/AIDS epidemic: The need for comprehensive sexual and reproductive health responses.* Informe de la reunión de un grupo de expertos sobre la pandemia del VIH/sida y las implicaciones de género, 13-17 de noviembre de 2000, Windhoek, Namibia. Consulta del 7 de septiembre en el sitio: www.un.org/womenwatch/daw/csw/hivaids/De%20bruyb.htm.

7.1

Material para participantes

Panorama de los derechos sexuales y reproductivos (cont.)

- Un reto fundamental es la generación del compromiso político, la intervención y la responsabilidad de los cuerpos internacionales y los gobiernos nacionales para dicho marco, en particular para garantizar el flujo efectivo de recursos para subsanar las deficiencias programáticas y de políticas. Esto es lo que finalmente asegurará los derechos tanto de las personas con VIH como de otras poblaciones vulnerables a las normas que requieren para el cuidado de la SSR.
 - Para algunos gobiernos resulta controvertido abordar los derechos sexuales en el marco de la SSR, pues esta última está ligada a otros temas delicados como la homofobia, los matrimonios del mismo sexo, los derechos de los trabajadores del sexo, los de los UDI y otros.
 - En la competencia con otras necesidades para obtener recursos—incluyendo la terapia antiretroviral—la provisión de atención integral a la SSR de PV tiene un lugar secundario en la mayoría de los países que tienen altas tasas de prevalencia de VIH. En consecuencia, estos servicios se caracterizan a menudo por ser limitados, por estar poco integrados con otros servicios para atender a portadores de VIH, por su discriminación y estigma exagerados y por el acceso limitado, en particular para grupos vulnerables como los de los UDI, los trabajadores del sexo y los hombres que tienen sexo con hombres.
- Los esfuerzos para hacer funcionales los programas de SSR para PV se inhiben fundamentalmente por los distintos mecanismos de financiamiento y administración que refuerzan la separación a través de requisitos discretos para los informes de monitoreo, evaluación y contabilidad de los recursos.
 - Inclusive al interior de departamentos como el de servicios de maternidad, el personal de las salas de prenatal, trabajo de parto y parto y postnatal rara vez se comunica entre sí, y menos aún lo hacen con las unidades externas relacionadas, como las de planificación familiar, prenatal y salud infantil. Además, entre el personal, la falta de orientación para considerar el valor de, y aprender cómo colaborar con las unidades relacionadas impide todavía más la integración de los servicios y la comunicación entre proveedores de atención al VIH y planificación familiar.
 - La vigilancia para la aplicación de políticas de SSR a escala internacional y nacional, así como la adhesión de los gobiernos a los tratados y acuerdos internacionales, representan enormes retos, dada la gran demanda por recursos escasos, la miríada de leyes nacionales, las políticas y directrices que se cruzan en el problema de la SSR de mujeres y niñas adolescentes con VIH y el grado de estigma y discriminación que las mujeres y niñas adolescentes con VIH enfrentan en muchos países.
 - Asimismo, se han creado pocos indicadores de carácter político para vigilar la calidad de la atención a mujeres con VIH. Ipas, en colaboración con la ICW y otros socios, crearon una herramienta para la vigilancia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con los derechos sexuales y reproductivos de mujeres con VIH. Dos de los ODM de las Naciones Unidas se relacionan directamente: el ODM 5 está destinado a mejorar la salud materna reduciendo la mortalidad materna en 75 por

7.1

Material para participantes

Panorama de los derechos sexuales y reproductivos (cont.)

ciento, en tanto que el ODM 6 tiene el propósito de detener y empezar a corregir la propagación del VIH/SIDA (consulta del 21 de agosto de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/icpd/about.htm).

- Se debe poner énfasis en la abogacía basada en la evidencia para informar a los diseñadores de políticas, administradores de programa, trabajadores sanitarios y ciudadanos en general, sobre las necesidades y preocupaciones en torno a la SSR de las personas que viven con VIH y de otras poblaciones vulnerables. Varios son los temas en los que la abogacía se debe concentrar.
 - La formulación de leyes que penalicen la violencia doméstica y sexual, en particular la violación marital y el incesto, y dar a las mujeres la posibilidad de emprender acción legal contra los perpetradores. Los reglamentos que establecen los servicios mínimos que deben recibir los sobrevivientes de esta violencia—como la profilaxis post-exposición (para mujeres seronegativas), la anticoncepción de emergencia, el aborto legal, el acceso a ayuda legal y referencias a consejería y a refugios para atender violaciones—pueden ayudar a la mujer a superar las consecuencias de la violencia.
 - Reformar las leyes que penalizan el uso de estupefacientes, el trabajo sexual y el aborto puede ayudar a que las mujeres reciban mejores servicios para mejorar su salud sexual y reproductiva. La aprobación de leyes que garanticen los derechos de las mujeres en materia de atención a la salud, educación, empleo, derechos de propiedad y asuntos familiares sirve para promover los recursos de la mujer y mejorar su bienestar. Ocurre de igual modo con las leyes específicas que prohíben la discriminación de las PV.
 - Asegurar que las PV y las poblaciones vulnerables se comprometan de forma significativa puede dar forma y dirigir las políticas y programas.
 - Reformular los presupuestos de salud para determinar la reubicación de fondos puede contribuir a la vinculación y la integración de servicios para la atención en SSR y VIH/sida.
 - La promoción del diálogo entre las organizaciones de la sociedad civil, las PV, las poblaciones vulnerables y los trabajadores de la salud puede mejorar la capacidad de los sistemas de salud para resolver las necesidades de SSR no atendidas y las preocupaciones de las PV, los trabajadores del sexo, los UDI, los hombres que tienen sexo con hombres, jóvenes, migrantes y otros.
 - El compromiso de los líderes comunitarios puede llegar a despertar la conciencia de las comunidades en cuanto a las necesidades de SSR de las poblaciones vulnerables.

Nota: adaptado de EngenderHealth, Harvard University, ICW, Ipas y UNFPA. 2006. *Rights-based approach to sexual and reproductive health for HIV-positive women and adolescent girls*. Borrador de documento preparado para EngenderHealth y UNFPA.

7.2 Material para participantes

Testimonios de mujeres y niñas adolescentes con VIH

Un testimonio de África del Sur

Supe de mi condición de seropositiva en 1995, cuando asistí a revisión por mi tuberculosis. Estaba embarazada entonces. Tenía 20 años. (Creo que me infecté cuando tenía 15 años porque mi primera hija, que ahora tiene 12 años, tiene también VIH/sida. Los médicos especulan que se infectó al nacer.) Estaba embarazada. Con gusto acepté que me hicieran una prueba de VIH; pero nunca pensé que el resultado podía ser positivo. Cuando recibí el resultado quedé conmocionada y enojada. Había formado parte de un proyecto de VIH/sida estando en la escuela. Sabía del sida, pero nunca creí que me sucedería a mí. Tenía una pareja sexual, era de una familia religiosa y no andaba por ahí durmiendo con cualquiera.

Me resultó muy difícil dar a conocer mi condición de VIH. Luego de meditarlo mucho, alcancé a comprender que era VIH positiva y que no podía hacer nada para cambiarlo. Me acepté como mujer que vivía con VIH/sida. Se los dije a mi pareja y a mi familia. Mi pareja se conmocionó y no podía creerlo. Mi familia me dio su apoyo.

El enojo me hizo asistir a las reuniones de sida. Quería cambiar la forma en la que se hacía el trabajo con sida. Después de todo, si la prevención del sida hubiera funcionado yo no me habría contagiado. Cinco meses después de saber que era seropositiva, comencé a hablar abiertamente de vivir con el VIH/sida con la intención de evitar que otros se contagiaran. A mis padres no les agradaba que hablara abiertamente de vivir con VIH/sida. Son católicos devotos y sentían que mi franqueza podría tener efectos negativos en la familia a los ojos de su iglesia.

A los ocho meses, el niño que llevaba en el útero murió. Tres días después de que descubrí que el bebé ya no respiraba me indujeron el parto y di a luz a un niño que nació muerto. Fue una experiencia horrible. Un día antes, mi pareja había perdido otro niño que iba a tener con otra mujer. Ese niño nació muerto también a causa de una infección uterina. Comencé a comprender que el VIH estaba de veras en mi cuerpo y que me estaba causando un daño lento.

A mi pareja le inquietó también perder a dos niños. A partir de ese momento, comenzó a negar que estuviera infectado. Empezó a cuestionarse que pudiera ser VIH positivo y comenzó a acusarme por traer el VIH a su vida. Las cosas no quedaron ahí. Mi pareja habló con su familia y les dijo de mi condición de VIH positiva, pero no les dijo que él también era positivo. Les dijo que si algo le sucedía a él, yo sería la culpable.

El abuso aumentó a diario. Me golpeaba porque era seropositivo y estaba frustrado. Yo, por mi parte, tenía que aceptar la forma en la que me trataba—si lo desafiaba significaría
(cont.)

7.2 Material para participantes

Testimonios de mujeres y niñas adolescentes con VIH (cont.)

Un testimonio de África del Sur (cont.)

que no me importaba. Él exigía que lo apoyara, a pesar de sus abusos. Fue entonces que nos casamos. Habíamos vivido juntos un tiempo, le pagó a mis padres la *lobola* (dote de la novia). Aunque la relación era de abuso, sentía que no tenía más opción que casarme con él.

El matrimonio no modificó nada. Su ira contra mí por asistir a las reuniones sobre el sida y contar ahí mi historia personal aumentó día tras día. Sentía celos de que yo me reuniera con otras personas que eran también seropositivas, y decía que cuidaba y apoyaba a otras personas a costa suya. Aunque ambos recibíamos consejería e información sobre la necesidad de tener relaciones sexuales más seguras para no reinfectarnos unos a otros, él me obligaba a tener contacto sexual sin protección porque yo era su mujer y porque había pagado la *lobola* por mí. Mi vida se convirtió en un círculo vicioso de golpes y relaciones sexuales sin protección, en especial cuando llegaba borracho. Ya no me queda nada más que dejarlo, no obstante la deshonra y la vergüenza que esto causaría.

Tres meses después de dejarlo me enfermé. Los médicos me descubrieron un quiste cervical. Me hospitalizaron para retirarme el quiste. Sin embargo, descubrieron también que estaba embarazada. No quería tener un hijo en estas condiciones y pedí que interrumpieran mi embarazo. Los médicos aceptaron hacerlo con la condición de que aceptara también que me esterilizaran. No tenía otra opción. A causa de la actitud de las hermanas enfermeras, pasaron tres días antes de que el embarazo fuera interrumpido. Tuve que soportar la actitud condenatoria del personal de atención médica, incluso porque no podían creer que una mujer con VIH se pudiera embarazar.

Mi historia resalta algunos de los aspectos negativos y de los problemas de ser una mujer con el VIH/sida. Sin embargo, no todas las cosas son negativas. Es posible vivir una vida positiva con el VIH y con su estigma y discriminación; los obstáculos se pueden vencer.

Fuente: Miembro de ICW, publicado con permiso de la ICW.

7.2 Material para participantes

Testimonios de mujeres y niñas adolescentes con VIH (cont.)

Un testimonio de Tailandia

Si realmente existen las “mujeres buenas” y las “mujeres malas”, como las define la sociedad para luego dividirnos, yo sostengo que fui una “mujer buena” que siempre se comportó como se supone que debe comportarse una “mujer buena.” Crecí en el seno de una familia en la que el padre tenía el poder absoluto del hogar. Siguiendo la cultura familiar china, y como yo era niña, no tuve educación superior, pues cuando me casara iba a pertenecer a otra familia. No obstante, crecí bajo la severa vigilancia de mis padres, quienes temían que una hija pudiera manchar el honor de la familia. Un viejo dicho reza que “Tener una hija es como tener un baño frente a la casa.” Me comporté para cumplir con las normas de un baño de clase alta—limpio y sin olores. Me apegué estrictamente a la máxima tai de conservar la virginidad hasta casarme. Mi primera experiencia sexual fue cuando me casé, a los 28 años, con un hombre al que consideraba un esposo responsable y amoroso.

Pensábamos que estábamos seguros

Antes de casarme, le pedí a mi novio que se hiciera una prueba de sangre y que me mostrara los resultados. En ese entonces el gobierno realizaba una importante campaña. Recuerdo claramente un anuncio de televisión que decía: “No importa de cuánto sea la dote, el resultado de la prueba del VIH es una obligación.” Sin embargo, lo que no sabíamos es que una prueba de sangre no dice nada del VIH si uno no dice claramente que quiere una prueba de VIH. Ni novio se hizo la prueba de sangre y ésta no mostró ningún problema de salud. Así que nos casamos en 1995. Tuvo que pedir dinero prestado para la dote y para los gastos de la boda.

A principios de 1996, cuando tenía cuatro meses de embarazo, fui al hospital para recibir los servicios de cuidados prenatales. Fue ahí donde una enfermera me dijo que tenía el VIH. Mi vida se destrozó. El aborto era la única solución en la que podía pensar. Creía que mi bebé estaría infectado también, pero incluso si el bebé estaba bien no sabía cuanto tiempo yo podría sobrevivir. Me enteré que un aborto a los cuatro meses costaba 3.000 bath (75 dólares). Para muchos podía ser una cantidad reducida, pero yo no podía pagarla porque aún tenía la deuda de la boda. Decidí tomar alguna droga para provocar el aborto; pero no funcionó. No tuve más remedio que conservar el bebé.

Traté de suicidarme

Mientras tanto mi esposo enfermaba. Su desaliento al descubrir que tenía el VIH y su sentimiento de culpa por haberme contagiado el virus contribuyó a su enfermedad. Yo estaba furiosa. Sin embargo, no tenía más remedio que permanecer a su lado y alentarle a que tuviera el valor para enfrentar la situación juntos. Yo estaba bajo mucha tensión y desesperada por mi bebé, por tener que cuidar a mi esposo enfermo y hacer su trabajo de conserje en la escuela donde trabajaba. Traté de suicidarme en tres ocasiones tomando toda suerte de drogas, pero no resultó.

(cont.)

7.2 Material para participantes

Testimonios de mujeres y niñas adolescentes con VIH (cont.)

Un testimonio de Tailandia (cont.)

Mi esposo murió cuando mi hija tenía 15 meses. Luego que él se fue, los seguros me liberaron de las deudas. Guardé algo para el futuro de mi hija—la hija por la que no sentía nada de “amor.” Luego que nació, siempre que la veía sólo podía pensar en todas las tristezas y sufrimientos de mi vida. Hubiese seguido siendo una madre extraña de no haber sido porque un día mi hija—quien por entonces ya sabía hablar—dijo: “Yo te quiero y te voy a cuidar, quiero tener una madre.” Me quedé sin habla y pude sentir lo que ella necesitaba. En ese momento comprendí que tenía que vivir porque ella me necesitaba. Mientras la miraba me preguntaba a mí misma: “¿Es ésta la pequeña a la alguna vez quise matar?”

Diez años después

Han pasado casi diez años en los que he vivido con el VIH. Las pesadillas se convirtieron en la comprensión de que el sida no es terrible ni pecaminoso. Comprendí mejor la vida cuando pude compartir mi pesar, mis lágrimas y mi felicidad con mis amigas seropositivas, que en su mayoría son viudas, como yo. Me convertí en una integrante del comité de la Red Nacional Tailandesa de Personas con VIH/sida. En la actualidad trabajo de tiempo completo para la red en un proyecto para fortalecer dichos grupos para que sean parte del tratamiento (antiretroviral) y de los sistemas de cuidado general de la salud. Me uní al Grupo de Mujeres Tai y VIH/sida, y por mi misma he visto y enfrentado los prejuicios de género y el sinsentido de las desigualdades.

He aprendido más del VIH/sida. Comprendo que cuando mi esposo se hizo la prueba de sangre ése era un chequeo general de salud; pero no una prueba del VIH. Creo que quizás hay mucha gente que no sabe nada del VIH/sida. Igual que yo, quiero que sepan más. Quiero que sepan que nunca es demasiado tarde.

Fuente: ICW, 2004. *ICW NEWS*, Núm. 26, julio/agosto.

7.2 Material para participantes

Testimonios de mujeres y niñas adolescentes con VIH (cont.)

Un testimonio de Bolivia

Cuando era más joven, nadie me habló con honestidad de nada relacionado con el sexo y la sexualidad, así que aprendí en secreto casi todo lo que sé.

Fui violada cuando tenía 20 años. Sospecho que los dos hombres que lo hicieron me infectaron; pero, como eran forasteros, nunca los volví a ver. Ser sobreviviente de una violación dañó mi confianza por mucho tiempo y las consecuencias de esa experiencia en mi vida sexual fueron enormes. Me sentí destrozada y tuve relaciones sexuales sin ninguna protección ni cuidado. Quería morirme. Tres años después de que fui violada descubrí que tenía el VIH.

Nunca he estado embarazada, así que no sabía qué se siente; pero estoy consciente de que, para mí, ser madre es mucho más complejo que para una mujer sin VIH. Algunas personas me dijeron que la mujer con VIH pondrá a su hijo automáticamente en peligro. La verdad es que todo embarazo trae consigo un peligro, aunque la mujer sea seropositiva o no. El VIH no me despojó de mi derecho a ser madre.

Deseo mucho tener un bebé, pero quiero tener la certeza de que él o ella estará bien en todos los sentidos. Una consecuencia que todavía arrastro de haber sobrevivido una violación es que no puedo confiar en los hombres—sencillamente no creo en lo que me dicen. Pero estoy trabajando para resolver ese problema. Quiero estar segura con mi bebé y con su padre. Si enfermo, su padre estará a su lado para cuidarlo.

Tengo muchos temores sobre tener un niño, y por el momento no tengo una pareja que me apoye en esta decisión. Es difícil porque la mayoría de los hombres no quieren estar con una mujer que podrá caer enferma. Los papeles de género tradicionales son todavía muy rígidos en nuestra sociedad, así que el hombre lo que quiere es que alguien lo cuide y que sea una buena esposa. Si alguna vez encuentro un hombre que esté preparado para vivir conmigo y que quiera al bebé que espero que crearemos juntos, lo consideraré un regalo de Dios. La posibilidad de que un día sea madre me llena de felicidad; pero siento que estoy muy lejos de alcanzarla de inmediato.

A causa de la infección del VIH me empiezo a sentir débil físicamente. Uno de mis temores es que las fuerzas no me alcancen para cumplir mi deseo de embarazarme. Creo que todas las organizaciones de salud sexual y reproductiva y las clínicas de planificación familiar tienen que aceptar y comprender plenamente cómo es que el VIH/sida afecta a la mujer. Las organizaciones tienen que dejar de negarse y aceptar a las mujeres con VIH. Deberían promover como algo urgente la conciencia del VIH/sida para prevenir su contagio, y para dar tratamiento, atención y apoyo a las mujeres con VIH.

(cont.)

7.2 Material para participantes

Testimonios de mujeres y niñas adolescentes con VIH (*cont.*)

Un testimonio de Bolivia (*cont.*)

El futuro es incierto y yo no voy a sumergirme en él. Prefiero concentrarme en el presente—todavía estoy viva hoy y viviré hoy con plenitud. El mañana vendrá con sus propios problemas. Sueño que en mi futuro ideal seré madre de dos hermosos bebés, que me casaré con un esposo amoroso y que trabajaré en una organización dedicada al VIH.

Fuente: International Planned Parenthood Federation (IPPF)/ICW. 2004. *Dreams and desires: Sexual and reproductive health experiences of HIV-positive women.* Londres.

7.2

Material para
participantesDepoimentos de Mulheres e Adolescentes
Vivendo com HIV (cont.)**Un testimonio de Nigeria**

Cuando vivía con mi marido no tenía derechos sobre mi cuerpo. No podía negociar relaciones sexuales seguras, aunque sabía que él era infiel y que al final yo tendría que pagar las consecuencias. Finalmente tuvimos que hacer frente al contagio del VIH. La idea de ser etiquetada como “divorciada y con VIH” me espantaba, así que pasé cuatro años en un matrimonio miserable e infeliz. Por último, escogí mi vida y la sanidad por encima de mi matrimonio y el temor a lo que la gente pudiera decir. Ahora estoy separada. Tomé la decisión de sobrevivir y ahora [nombre que se conserva en el anonimato] es la persona más importante de mi mundo.

Cuando tienes el VIH, los médicos te hacen sentir culpable por esperar un niño. Durante años, luego de mi diagnóstico, estuve completamente confundida sobre si podría o no dar a luz un hijo saludable. El temor de tener un hijo con VIH me paralizaba; pero recibía mensajes tanto positivos como negativos de los profesionales de la salud sobre los peligros que involucraba esa decisión. Siendo una mujer con VIH, la gente dice que no tiene caso embarazarse, y una mujer con VIH y sola recibe en los centros de salud un trato peor que el que se le da a un delincuente. Pero yo, de verdad, ¡si quería tener un bebé! Ahora, al saber que existe un tratamiento, he recuperado mi esperanza de embarazarme algún día.

Estar en tratamiento te hace sentir menos contagiosa, menos como un canal de transmisión. Esto te permite regresar a tu vida. Pero yo no estoy tomando los antiretrovirales (ARV). No los necesito porque mi sistema inmunológico todavía funciona. A pesar de las mejorías de salud que he visto en otras mujeres nigerianas, yo no estoy psicológicamente lista para comenzar a tomar medicamentos. De empezar, tendría que seguirlos tomando por el resto de mis días. Dado que trabajo en la promoción de los tratamientos, también estoy al tanto de los efectos colaterales que esas drogas pueden causar.

¿Cómo puedes satisfacer tus necesidades y deseos sexuales cuando tienes todo el tiempo infecciones ginecológicas como las que yo tengo? Lo que empeora las cosas es que esas infecciones se definen constantemente como infecciones de transmisión sexual. Esto hace que te sientas completamente indeseable. Con el tratamiento tienes menos episodios y las cosas en algún momento se normalizan. Puedes tener actividad sexual saludable, placentera y no violenta, que es lo que todas deseamos.

En la actualidad estoy fundando en Nigeria una organización de información, tratamiento y abogacía. El trabajo que hacemos se concentra fuertemente en cuestiones de género, pues en mi país poco o nada se ha dicho o hecho respecto del VIH y las mujeres con VIH. Quiero compartir lo que he aprendido y transmitir las destrezas que he adquirido a otras mujeres con VIH. Las clínicas de planificación familiar de Nigeria deberían subsidiar

(cont.)

7.2 Material para participantes

Depoimentos de Mulheres e Adolescentes Vivendo com HIV (cont.)

Un testimonio de Nigeria (cont.)

el condón femenino, pues esto les da a las mujeres poder y un mayor control de sus vidas sexuales. Y deberían presentar estos asuntos desde una perspectiva equilibrada, considerando el marco más amplio en el que vivimos nuestras vidas. Esto incluiría restricciones económicas, sociales y de género y cómo estas influirían las opciones y selecciones de salud sexual y reproductiva de las mujeres con VIH.

Fuente: International Planned Parenthood Federation (IPPF)/ICW. 2004. *Dreams and desires: Sexual and reproductive health experiences of HIV-positive women*. Londres.

7.2

Material para participantes

Depoimentos de Mulheres e Adolescentes Vivendo com HIV (cont.)

Un testimonio de Ucrania

Comencé a usar drogas hace 10 años. Mi primera droga fue el alcohol. Bebía esencialmente porque no me gustaba a mí misma y me resultaba difícil relacionarme con otras personas. Mis padres se habían divorciado cuando tenía cinco años y esto me afectó de manera terrible. A los 18 años comencé a inyectarme opiáceos. Las drogas y el alcohol me ayudaban a cambiar mi realidad. Para cuando tenía 21 años ya estaba casada y tenía un niño. Mi marido y yo nos dedicábamos a robar para pagar nuestras adicciones.

Después de que nos separamos, me reuní con mi madre en Rusia y posteriormente caí en prisión. La primera prueba de VIH me la hicieron en Rusia. Pero resulté negativa y volví a las andadas. En prisión me hicieron otra prueba. Esta vez fue positiva.

Luego que fui liberada, el jefe de la policía me dijo que si me volvía ver en la ciudad me mataría. Me trasladé a Odessa, volví a la cárcel y seguí usando drogas. Esperaba la muerte. Finalmente tomé la decisión de vivir—tratar de sentir la vida, sentir el viento y el aire, sentir la diferencia de los colores. Empecé a ir a las reuniones de TA (Toxicómanos Anónimos). Poco a poco comencé a sentirme mejor. Empecé a trabajar en un organismo de Odessa llamado Esperanza y Amor, que se consagra a la prevención del VIH/sida y otras enfermedades. Estoy totalmente limpia, sin drogas y he asistido a las reuniones de TA durante seis meses. Ahora puedo ver cómo empleé las drogas para embotar el dolor dentro de mí; pero al final de cuentas, las drogas no me quitaban el dolor.

En mi asociación encontré un hombre también con VIH que estaba al tanto de mi condición de VIH positiva y comencé a hablarle de mi situación. Ahora vivo con mi madre y con mi hija y ambas saben de mí. Aunque en ocasiones todavía me asusta hacer saber mi condición, ya publiqué mi historia en un libro.

Espero vivir mucho; pero principalmente emplear el tiempo que me queda al máximo. Esta es la primera conferencia a la que asisto en Rusia, y ha sido una oportunidad para conocer a nuevas personas, hacer amigos y encontrarme con otras gentes que sufren el mismo problema y que trabajan en el mismo campo. Cuando estoy con otras personas que hablan también de su condición, me siento mejor, es más fácil para mí. Cuando estoy abierta, siento que otra esquina oscura de mi alma se ilumina y puedo limpiar un rincón de ella.

Fuente: ICW. 2000. *ICW News*, Núm. 15, diciembre.



Marco conceptual para la toma de decisiones informada y voluntaria

Los siguientes elementos o condiciones elementales respaldan la elección informada y la toma de decisiones en materia de SSR.

1. Que las opciones de servicio estén disponibles.
2. Que el proceso de toma de decisión sea voluntario.
3. Que los individuos tengan la información apropiada.
4. Que la interacción cliente-proveedor, considerada ahí la orientación, esté asegurada.
5. Que el marco social y de derechos respalde la toma de decisiones autónoma.

El marco sugiere indicadores que uno puede buscar para afirmar o no si dichos elementos o condiciones existen.

1. Que las opciones de servicio estén disponibles.

- Que los servicios estén disponibles cuando y donde las personas los necesiten.
- Que se ofrezca una elección de métodos/servicios/opciones.
- Que las opciones sean asequibles.
- Que existan mecanismo de referencia a otros servicios.
- Que existan vínculos con otros servicios de salud.

2. Que el proceso de toma de decisión sea voluntario.

- Que las personas sean libres de decidir si usan o no los servicios, sin coacción.
- Que las clientes tengan la libertad de elegir entre los métodos/servicios/opciones, disponibles, sin coerción ni coacción.
- Que una gama de opciones de servicios sea accesible para toda clase de clientes, en particular adolescentes y personas solteras.
- Que los trabajadores de la salud sean objetivos con respecto a todas las clientes y métodos.
- Que se respete y apoye el derecho de la persona a elegir.

3. Que los individuos tengan la información apropiada.

- Que los individuos tengan acceso a información apropiada y precisa sobre los servicios y opciones.
- Que las personas comprendan sus riesgos y la protección que los servicios/ opciones/métodos ofrecen.
- Que los trabajadores sanitarios evalúen el conocimiento de las clientes, aclaren cualquier duda y corrijan toda información equivocada.
- Que haya carteles y anuncios claramente visibles para las clientes.
- Si fuera el caso, que haya muestras de métodos (por ejemplo, métodos de planificación familiar) para que las clientes los vean y toquen.
- Que las clientes comprendan sus opciones, la información esencial sobre los métodos o tratamientos que eligieron (en particular beneficios y riesgos, condiciones que no harían aconsejable su empleo y efectos colaterales comunes), y la forma en que su elección puede afectar sus circunstancias personales.

8.1 Material para participantes **Toma de decisiones informada y voluntaria (cont.)**

4. Que la interacción cliente-proveedor, considerada ahí la orientación, esté asegurada.

- Que clientes y trabajadores sanitarios tengan una interacción dinámica de dos vías.
- Que las clientes participen activamente en el análisis y se les exhorte a preguntar.
- Que el personal tenga aptitudes para la buena comunicación (hablar, escuchar, provocar respuestas, sondear, evaluar).
- Que el personal de consejería proporcione atención individualizada, que adapte la interacción cliente-proveedor y la información a lo que la cliente desee y necesita, y que aborde las circunstancias y preocupaciones individuales.
- Que todo el personal use un lenguaje y términos que las clientes puedan entender.
- Que el personal de consejería posea información completa y correcta sobre SSR y sobre los servicios disponibles.
- Que el personal responda las preguntas de las clientes plena y claramente.
- Que todo el personal sea comprensivo y respetuoso, que no emita juicios, que sea sensible a los desequilibrios de poder y a las diferencias de género entre las clientes y los trabajadores sanitarios.
- Que la consejería sirva de control para asegurar la toma de decisiones informada y voluntaria.
- Que el personal emplee las ayudas de memoria y las proporcione a las clientes.
- Que el entorno del servicio esté organizado, limpio y alegre para que las clientes se relajen.
- Que se asegure la privacidad auditiva y visual para la consejería, sin importar el entorno.
- Que en la consejería haya asientos suficientes para los consejeros, las clientes y cualquier otra persona que la cliente desee que esté presente.

5. Que el marco social y de derechos respalde la toma de decisiones autónoma.

Que las leyes, políticas y normas sociales apoyen:

- la equidad de género;
- los derechos individuales a decidir si tener hijos, cuántos y cuándo tenerlos, (Programa de Acción, CIPD, 1994);
- el derecho de las clientes al acceso a información sobre SSR y a los servicios sin importar su edad, sexo, estado civil u orientación (Programa de Acción, CIPD, 1994);
- el derecho de las clientes a tomar decisiones y a ejercer el dominio de su sexualidad y su reproducción, sin discriminación, coacción o violencia;
- el derecho de la cliente a proteger su salud y a evitar enfermedades;
- el derecho de la cliente a la intimidad, confidencialidad, dignidad y seguridad.

8.1

Material para
participantes

Toma de decisiones informada y voluntaria (cont.)

Tres factores para considerar y analizar

Hay múltiples factores dentro y fuera del ámbito del servicio que afectan negativamente la capacidad de la cliente para tomar decisiones informadas y voluntarias sobre SSR:

- factores individuales y comunitarios,
- factores de prestación de servicios,
- políticas.

Factores individuales y comunitarios. Incluyen todas las normas familiares, de la educación, las religiosas y sociales que los individuos experimentan al vivir en una comunidad en particular, así como también la forma específica en la que los individuos asimilan e interpretan todos esos factores. El sentido del individuo de lo que necesita y desea en términos de su SSR es una experiencia íntimamente personal en la que influyen de forma particularmente intensa los principios y expectativas de la comunidad. Esas influencia son particularmente poderosas para determinar el tamaño deseado de familia, la conducta sexual, si procurarse cuidados sanitarios y la forma de hacerlo, preferencias de métodos de planificación familiar y de qué tópicos los individuos creen que pueden conversar o no y con quién. Tales oportunidades de comunicación o límites son fundamentales para el elemento “informado” de la toma de decisiones informada y voluntaria. La comunidad desempeña también una función muy poderosa para determinar de quién se espera, o permite, que tome las decisiones sobre SSR, y también qué tipo de decisiones son aceptables. Ambos elementos ejercen una influencia directa en la naturaleza voluntaria de las decisiones.

Factores de prestación de los servicios. Describen lo que realmente existe y sucede en los servicios, sin importar qué es lo que se supone que sucederá según las políticas. Entre los factores que dentro de esta categoría influyen en las decisiones de las clientes se pueden mencionar las opciones de servicio que se ofertan, la disponibilidad de personal entrenado, las habilidades de los trabajadores sanitarios, sus actitudes y la comodidad en el trato de los problemas de SSR, la organización de los servicios y el apoyo de la administración y los supervisores para la atención centrada en la cliente. La conciencia que los trabajadores sanitarios tengan de los derechos y circunstancias de sus clientes, y los desequilibrios de poder entre ellos y sus clientes, tiene una influencia directa en la calidad de la interacción cliente-proveedor y en la toma de decisiones en materia de SSR. Asimismo, la propia conciencia de los trabajadores sanitarios respecto de sus principios, y el reconocimiento de que ellos mismos están sujetos al ambiente social y cultural en el que viven y en el que prestan los servicios, son factores importantes que influyen en si apoyarán o no el derecho de sus clientes a tomar decisiones informadas y voluntarias.

8.1Material para
participantes**Toma de decisiones informada y voluntaria (cont.)**

Políticas. Éstas pueden incluir convenciones internacionales (como el Programa de Acción de la CIPD de 1994), condiciones de los donantes, las políticas gubernamentales, leyes, reglas, reglamentos, metas de los programas, protocolos y directrices de prestación de los servicios. Las políticas se ven influidas por la política, la economía, las presiones demográficas, la religión, las expectativas culturales y la opinión pública. Algunas políticas fomentan un ambiente de apoyo para la atención centrada en la cliente, los derechos sexuales y reproductivos, la toma de decisiones autónoma en materia de SSR y la elección informada de servicios. Otras pueden limitar el acceso a la información o a los servicios y, así, dificultar la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas y voluntarias. Las disposiciones relativas a los programas de servicios se crearon para orientar a los administradores de programa y a los trabajadores sanitarios con la delimitación de funciones, obligaciones y expectativas de actuación. En ocasiones hay buenas disposiciones; pero no se llevan a cabo por una difusión inadecuada, por mala comprensión o una comunicación deficiente, o por límites que impiden que el personal ponga en práctica las disposiciones tal y como se pretendía.

Adaptado de: EngenderHealth. 2003. *Realizing rights in sexual and reproductive health services: Choices in family planning: Informed and voluntary decision making.* Nueva York.

9.1 Material para participantes

Leyes y políticas que restringen el acceso a la atención de SSR de las mujeres y niñas adolescentes con VIH

Leyes y políticas nacionales

- Aunque en teoría los derechos humanos abarcan los derechos sexuales y reproductivos de las personas con VIH y sida y de otras poblaciones vulnerables, en el ejercicio cotidiano hay muchos ejemplos de leyes y políticas nacionales que restringen por la fuerza esos derechos.
- Los derechos humanos son el marco legal en el que se debieran dictar y vigilar las leyes, políticas y servicios nacionales, así como un enfoque para diseñar políticas y programas.
- La mayoría de los países del mundo han adoptado algunas leyes y políticas respecto al VIH y al sida; sin embargo, algunas de ellas restringen o impiden con rigor los derechos de las personas con VIH, de trabajadores del sexo, de los UDI, de hombres que tienen sexo con hombres, de jóvenes, prisioneros, migrantes y otras.

VIH y matrimonio

La prueba premarital obligatoria del VIH y la negativa a conceder la licencia de matrimonio para quienes están infectados con el VIH, junto con la prohibición de matrimonio entre personas de quienes se sabe o se sospecha que son seropositivas, interfieren con el derecho al matrimonio y a fundar una familia. Las razones de salud pública no justifican suficientemente la violación de ese derecho, pues dicha restricción no sirve como un medio efectivo para evitar la transmisión sexual o perinatal del VIH. Las relaciones sexuales extramaritales y premaritales son comunes.

- La penalización de ciertas conductas influye sobre la capacidad de las poblaciones vulnerables a tener acceso y hacer uso de los servicios de salud sexual y reproductiva, a causa del estigma y la discriminación, aun si los servicios están a su disposición.

Penalización del trabajo sexual

A causa de la penalización del trabajo sexual que se manifiesta en la mayoría de los países, del estigma y la discriminación, y de la violencia cotidiana que sufren los trabajadores del sexo por parte de sus clientes y la policía, muchos de ellos temen acercarse a los servicios de SSR existentes, debido a la actitud discriminatoria de los proveedores de servicios de salud y también por temor a que su nombre, condición de VIH y demás información personal llegue a manos de la policía o de alguna agencia gubernamental.

- Otras leyes y políticas restringen el empleo de los servicios de SSR a poblaciones vulnerables:

Leyes que afectan a migrantes

Diversos países tienen políticas que otorgan a los individuos el derecho a la atención en salud solamente en su lugar de nacimiento. Cuando un individuo tiene que abandonar su tierra para buscar trabajo en la capital, no podrá recibir allí servicios de salud. De igual forma, migrantes indocumentados que viven en ciudades fronterizas a menudo no tienen cabida en los servicios de salud del país “anfitrión.”

9.1 Material para participantes

Leyes y políticas que restringen el acceso a la atención de SSR de las mujeres y niñas adolescentes con VIH (cont.)

Violencia de género, derecho familiar y derechos de mujeres y niñas

Ciertas leyes del derecho civil restringen los derechos de las mujeres y niñas en áreas como la educación, el empleo, la propiedad y el hogar; ello tiene consecuencias económicas sobre su capacidad para proteger su SSR. En otros casos, la ausencia de leyes que protejan a la mujer y a las niñas adolescentes de prácticas tradicionales—como la purificación de las viudas o la mutilación genital femenina—restringen su capacidad para tomar decisiones informadas en relación con su SSR

- Muchos aspectos de los derechos de las personas con VIH y otras personas vulnerables van más allá del ámbito de la SSR.

Acceso de las/os niños al tratamiento antiretroviral

Hasta hace poco, las leyes sudafricanas impedían el acceso de las/os niños a medicamentos para salvar sus vidas y al tratamiento antirretroviral. En tanto que el gobierno no ampliara la definición del prestador de atención a la salud o del representante institucional, las/os niños no podían recibir tratamientos médicos reforzados ni drogas antiretrovirales.

Penalización de la actividad sexual con personas del mismo sexo

Las leyes que penalizan la actividad sexual con personas del mismo sexo no sólo son discriminatorias, sino que impiden también el acceso a los programas de atención al VIH/sida y la SSR. La falta de información y de servicios en países donde la sexualidad con personas del mismo sexo es ilegal, daña la salud de los hombres que tienen sexo con hombres y la salud pública en general.

Leyes que penalizan el uso de estupefacientes

Muchos programas para ofrecer jeringas en intercambio y otros servicios para los UDI exigen que el nombre y otros datos generales de la persona se entreguen a la policía o a otras dependencias gubernamentales. La estigmatización de los UDI y la discriminación de la que son objeto, y que se arraiga en las leyes vigentes, puede también reducir el acceso de los UDI a los programas de reducción de riesgos y a los servicios de SSR.

Leyes que afectan a las/os adolescentes

Muchas de las restricciones para que las/os adolescentes acudan y usen los servicios de SSR se encuentran en las leyes y políticas, así como en las actitudes culturales y sociales. Muchos países requieren legalmente el consentimiento del padre o tutor para que un/a adolescente reciba ciertos servicios de SSR, y también para que se revelen a los padres o tutores los resultados de las pruebas de VIH o las preocupaciones de SSR de las/os jóvenes. Es frecuente que a las/os adolescentes se les nieguen los más elementales servicios de SSR a causa de los prejuicios del proveedor sobre si las/os primeras/os debieran ser activas/os sexualmente.

Nota: Adaptado de Gruskin, S. y O'Malley, J, 2006. Reproductive choices for women and men living with HIV: Policy and programmatic guidance. Borrador de un documento preparado para la OMS, EngenderHealth y UNFPA. 2006. Rights based approach to sexual and reproductive health for HIV-positive women and adolescent girls. Borrador de un documento preparado para EngenderHealth y UNFPA.



Pasos para facilitar la revelación

- Ayude a la cliente a que tome su tiempo para reflexionar y asegurarse que toda decisión que tome para revelar o no su condición sea exactamente lo que desea hacer.
- Evalúe la capacidad de la cliente para hacer frente a la situación y establecer sus fuentes de apoyo.
- Identifique fuentes de apoyo, tales como grupos de personas con VIH/sida, integrantes de iglesias, amigos y organizaciones que brindan consejería.
- Brinde apoyo y tranquilidad a la cliente y ayúdele a aceptarse positivamente.
- Analice con amplitud las consecuencias para ayudar a la cliente a considerar por anticipado la reacción de su padre, madre, novia o novio, pareja sexual, colegas, maestros, sacerdotes y otros. Los consejeros deben abordar y analizar la condición de VIH de las parejas sexuales, pues ello puede influir en la información y consejería que una cliente necesita. La revelación es un proceso y puede ser más fácil comenzar con alguien cercano y confiable. No obstante, para algunas clientes puede ser mejor exteriorizar la condición a personas un tanto más lejanas (por ejemplo, a trabajadores de apoyo que entienden mejor la problemática, aunque quizás no conozcan bien a la cliente).
- Si una persona siente que quiere dar a conocer a alguien su condición, ayúdele a planear cómo hacerlo. Esto puede incluir cualquier preparativo que quisiera hacer antes de la revelación, y reflexionar respecto de a quien, cuándo, cómo y dónde exteriorizar su condición y hasta qué punto.
- La cliente necesita valorar qué tanto comprende y sabe del VIH/sida la persona a la que planea revelar su condición. Esto ayudará a la cliente a decidir lo que necesita decir a esa persona y cómo hacerlo para que resulte menos traumático para ambas.
- Las técnicas de psicodrama y de la “silla vacía” (que consiste en practicar frente a una silla vacía fingiendo que una cliente está sentada ahí) se pueden usar para ayudar a la cliente a prepararse para la revelación.
- El consejero tiene que trabajar con la cliente sobre las consecuencias de la revelación a personas o grupos inapropiados.
- Incluso si una persona no tiene pareja sexual en el momento de recibir la consejería, es importante abordar estos temas para relaciones futuras.
- Analice cómo la revelación pudiera llegar a quedar total o parcialmente fuera del control de la persona y las formas de proteger la confidencialidad de la cliente. Los consejeros deben proteger a su cliente de presiones innecesarias a causa de la revelación.
- Póngase de acuerdo con la cliente para un nuevo encuentro a una hora y fecha determinadas, a fin de revisar cómo marchan las cosas.

Adaptado de: Canadian International Development Agency (CIDA) y Canadian Health Association 2001. *Counselling guidelines on survival skills for people living with HIV. Harare, Zimbabwe: Southern African AIDS Training Programme.* Consulta del 13 de octubre de 2006 en el sitio: www.unicef.org/aids/files/aids_counseling_survival_skills_PLHA.pdf. Esto no debería verse ni presentarse como la “mejor” o única consecuencia posible para todas las personas con VIH y sida—la revelación debe abordarse siempre como una decisión informada y voluntaria de parte de la persona).

Evaluación de riesgo

¿Qué es?

La valoración del riesgo es un proceso de la consejería para ayudar a la cliente a entender el riesgo (es decir, la oportunidad de quedar embarazada o de contraer una infección de transmisión sexual [ITS] o una infección del tracto reproductivo [ITR]); se asocia con las relaciones sexuales en las que ella o sus parejas se involucran, y cómo ese grado de riesgo puede aumentar o disminuir dependiendo de cambios en las circunstancias. Por ejemplo, su riesgo puede aumentar si:

- su pareja sexual no infectada se infecta
- tenía una pareja sexual y ahora tiene más de una
- tiene una nueva pareja sexual y no conoce su historial sexual
- su pareja sexual cambia de opinión y decide que no quiere usar condones
- aparecen efectos secundarios de un método anticonceptivo y deja de usarlo
- sufre depresión del sistema inmunológico
- tiene una ITS o una ITR

¿Por qué lo hacemos?

Nosotros ayudamos a que las clientes evalúen sus propios riesgos de modo que puedan utilizar tal comprensión para reducir sus riesgos, enfatizando en cambios en el comportamiento.

¿Cómo lo empleamos en CETE?

Exploración

Empleamos la exploración como una guía para plantear preguntas, aprender de las relaciones y conductas sexuales de las clientes, así como de otros factores que pudieran ponerla en peligro, y para brindarle la información que requiere para tomar una decisión que reduzca sus riesgos.

Toma de decisiones

Empleamos la toma de decisiones para ayudar a la cliente a elegir su plan de reducción de riesgos y los métodos de planificación familiar o tratamientos médicos que podrán reducir sus riesgos.

Ejecución de la decisión

Utilizamos el procedimiento de ejecución de la decisión para ayudar a la cliente a elaborar un plan del modo como reducirá sus riesgos, cómo lo comunicará a sus parejas sexuales, cómo resolverá el problema o las dificultades que pudiera encontrar, y cómo abordará las transformaciones de las circunstancias de su vida.

Tres razones que hacen necesarias las estrategias de prevención para las personas con VIH

Adaptado de International HIV/AIDS Alliance. 2003. Positive prevention: Prevention strategies for people with HIV/AIDS, Brighton, Reino Unido.

Hasta la fecha, la mayoría de las estrategias de prevención se han dirigido a personas no contagiadas para evitar que adquieran el VIH. Históricamente, estos programas han evitado emplear la prevención del VIH/ITS en personas con VIH porque creen que el concepto de prevención para personas que ya están contagiadas es de suyo contradictorio. Hay también preocupaciones justificadas por la posible victimización de un grupo ya de por sí estigmatizado. Además, los programas se han negado a reconocer que las personas con VIH tienen sexo y luchan también con los complejos problemas éticos que rodean las obligaciones hacia otras personas con VIH.

Por otra parte, hay razones que mueven poderosamente a considerar actividades de prevención que satisfagan las necesidades particulares de las personas con VIH. Estas incluyen:

- 1. Las personas con VIH tienen derecho a vivir bien con el VIH.** Desde el punto de vista de los derechos humanos, las personas que viven con VIH tienen derecho a saber su condición de seropositivas. Si están al tanto de su condición o no, las mujeres, los hombres y los jóvenes que viven con VIH tiene derecho a vivir bien aun estando con el virus; eso incluye tener una vida sexual saludable; exige estrategias para apoyarlas a fin de que puedan proteger su salud sexual, evitar nuevas ITS y retardar la progresión hacia la enfermedad de VIH/sida.

Sufrir una ITS incrementa el riesgo de transmitir el VIH a la pareja a través del sexo. En el caso de las mujeres, esto puede aumentar su riesgo de desarrollar ciertos cánceres del cuello uterino relacionados con el virus del papiloma humano (VPH). Hay también evidencia creciente de la necesidad de estrategias de prevención para proteger a las personas con VIH de la retransmisión del VIH o del supercontagio (es decir, el contagio por segunda vez con otra “cepa” de VIH, en particular las cepas resistentes a los tratamientos con drogas).

Las personas con VIH tienen necesidades de prevención específicas que exigen estrategias preventivas ajustadas a sus necesidades particulares. Por ejemplo, las mujeres y niñas adolescentes con VIH tienen derecho a tomar decisiones informadas sobre planeación del embarazo con implicaciones para la prevención de ITS/VIH. Esas necesidades se tienen que satisfacer, igualmente, con estrategias que reduzcan el estigma y la discriminación.

- 2. Una persona con VIH está involucrada en todos los casos de transmisión de VIH.** Desde el punto de vista epidemiológico y de salud pública, es importante también abordar las necesidades de atención al VIH/ITS de personas que ya viven con VIH para reducir la transmisión del VIH/ITS a sus parejas sexuales.

13.1

Material para participantes

Panorama de la evaluación de riesgo (cont.)

3. **La prevención del VIH, el tratamiento, la atención y el apoyo se interrelacionan.** El continuum prevención-tratamiento-atención refuerza las razones para apoyar la intervención preventiva para personas con VIH. Por ejemplo, las mujeres y niñas adolescentes con VIH necesitan tener acceso a atención médica y a apoyo psicológico y contar igualmente con respaldo para adoptar y mantener comportamientos seguros.

Barreras a la percepción de riesgo de las clientes

Si la cliente percibe que de verdad está en riesgo de un embarazo involuntario, de reinfectarse del VIH, de adquirir una ITS/ITR o de infectar a una pareja, ello es un punto de partida fundamental para ayudarla a que desee adoptar algunas medidas que reduzcan sus riesgos. En muchos casos, las personas se ven a sí mismas corriendo riesgos menores que los que en realidad las amenazan. Es posible que las mujeres y niñas adolescentes con VIH tengan muchas razones para subestimar su propio riesgo.

Algunas razones que llevan a las mujeres y las niñas adolescentes con VIH a subestimar su riesgo son:

- **Creencias estereotipadas de quién está en peligro.** Algunas mujeres y niñas adolescentes con VIH creen aún, equivocadamente que los trabajadores del sexo y los UDI son las únicas personas en peligro de contraer ITS/ITR o de reinfectarse con otra cepa del VIH. Creen que por el hecho de estar casadas o sostener una relación monógama pueden confiar en que sus parejas no tendrán otras parejas. Para muchas mujeres y niñas adolescentes en particular, el mensaje sobre “ser fiel” puede darles un falso sentido de seguridad, puesto que están más constantemente en peligro, más que por su propia conducta, a causa del comportamiento de su pareja.
- **La ilusión de invulnerabilidad.** Algunas mujeres y niñas adolescentes se pueden sentir inmunes a los riesgos sin importar su comportamiento. En términos generales, las personas tienden a subestimar sus propios riesgos en comparación con el peligro que corren otras personas que tienen exactamente el mismo comportamiento. Un ejemplo sería una muchacha adolescente que cree que no quedará embarazada aun si tiene relaciones sexuales sin emplear un método de planificación familiar: “Esto no puede pasarme a mí.” Las adolescentes en particular, como parte de su desarrollo emocional, suelen creerse invulnerables a muchas cosas.
- **Fatalismo.** El fatalismo es creer que las circunstancias están fuera del control propio. Ninguna persona cambiará lo que va a pasar de todos modos. Un ejemplo sería ser una mujer o una niña adolescente con VIH que cree que las fuerzas espirituales determinan sus circunstancias y que ella no tiene ni el más mínimo control sobre lo que pueda sucederle.
- **Problemas mayores o más urgentes.** Algunas mujeres y niñas adolescentes con VIH pudieran enfrentar otras preocupaciones que requieran su atención inmediata, lo que haría que pospusieran su atención a la amenaza de reinfección de VIH, de ITS/ITR o de un embarazo no deseado. Es más probable, por ejemplo, que las personas que viven en co-

13.1 Material para participantes

Panorama de la evaluación de riesgo (cont.)

munidades en donde el hambre, la violencia o la pobreza están generalizadas, pongan en primer término otros asuntos, como alimentar a su familia y proteger a sus hijos del peligro.

- **Ideas equivocadas sobre el riesgo.** Las creencias equivocadas pueden entorpecer la comprensión de algunas mujeres y niñas adolescentes con VIH sobre qué es de verdad riesgoso. Por ejemplo, una mujer o una niña adolescente pudieran no comprender con claridad cómo es que el VIH se transmite; una mujer con VIH pudiera creer que como ya tiene el VIH no puede reinfectarse con otra cepa; o una adolescente con VIH podría creer, equivocadamente, que no puede quedar embarazada la primera vez que tiene relaciones sexuales.
- **Los papeles tradicionales de género y las expectativas sociales.** Diferentes expectativas y normas sociales influyen con frecuencia en la percepción de riesgo de la cliente. Por ejemplo, una mujer o una niña adolescente con VIH podría sospechar que su pareja sexual tienen relaciones extramaritales; pero no sería aceptable, en su rol social o cultural, encarar a su pareja o pedirle que use preservativos. De ahí que sea más sencillo para ella no reconocer o minimizar el riesgo potencial, dado que es poco o nada lo que siente que puede hacer al respecto.

Adaptado de: STD/HIV Prevention Training Center. 1998. *Bridging theory and practice: Participant manual.* Berkeley.

14.1

Material para participantes

Etapas del desarrollo adolescente

Desarrollo psicológico y social del adolescente

El desarrollo social y psicológico del adolescente se caracteriza por una gama de comportamientos adolescentes normales (ver esquema abajo). Los grupos de edad designados abajo pueden variar de país a país dependiendo de las normas sociales y culturales.

Comportamiento característico del adolescente

Etapa de desarrollo	Adolescencia temprana (10–13 años)	Adolescencia media (14–16 años)	Adolescencia tardía (17–19 años)
	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia la transición a la adolescencia • Se caracteriza por la pubertad 	<ul style="list-style-type: none"> • Es la esencia de la adolescencia • Experimenta fuerte influencia del grupo de pares 	<ul style="list-style-type: none"> • Comienza la transición a la edad adulta * Asume roles de adulto
Independencia	<ul style="list-style-type: none"> • Desafía a la autoridad, a los padres y a otros familiares • Rechaza las cosas de la infancia • Desea mayor privacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Se aleja de los padres y se acerca a sus pares • Empieza a desarrollar su propio sistema de valores 	<ul style="list-style-type: none"> • Se emancipa: comienza a trabajar o prosigue su educación superior • Ingresa a la vida adulta • Se reintegra a la familia en calidad de adulto joven
Desarrollo cognoscitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Se le dificulta el pensamiento abstracto • Trata de tomar más decisiones • Tiene cambios de humor más marcados 	<ul style="list-style-type: none"> • Comienza a desarrollar el pensamiento abstracto • Comienza a responder de acuerdo con el análisis de consecuencias potenciales • Experimenta sentimientos que contribuyen a su conducta que, sin embargo, no domina 	<ul style="list-style-type: none"> • Establece firmemente el pensamiento abstracto • Demuestra soluciones perfeccionadas a los problemas • Es más hábil para resolver conflictos
Grupos de pares	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene intensa amistad con amigos del mismo sexo • Posiblemente tiene comunicación con integrantes del sexo opuesto en grupos 	<ul style="list-style-type: none"> • Forma fuertes filiaciones de compañerismo • Comienza a explorar la habilidad para atraer una pareja 	<ul style="list-style-type: none"> • En sus decisiones la influencia de sus compañeros es menor que antes • Se relaciona con otras personas fuera del grupo de pares
Imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Le preocupan los cambios físicos • Es crítico con la apariencia • Le inquietan la menstruación, la masturbación, el tamaño de su pecho, de su pene 	<ul style="list-style-type: none"> • La imagen corporal le preocupa menos que antes • Está más interesado en verse atractivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Por lo general está satisfecho con su imagen corporal • Acepta la apariencia personal
Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> • Comienza a sentirse atraído por otros • Puede empezar a masturbarse • Puede experimentar juegos sexuales • Compara su desarrollo físico con el de sus pares 	<ul style="list-style-type: none"> • Muestra mayor interés sexual • Puede luchar con su identidad sexual • Puede iniciarse en las relaciones sexuales dentro o fuera del matrimonio 	<ul style="list-style-type: none"> • Comienza a desarrollar relaciones íntimas serias que reemplazan las relaciones iniciales de su grupo

Adaptado de: The Center for Continuing Education in Adolescent Health, Division of Children’s Medicine, Children’s Hospital Medical Center, 1994; PHN Center FOCUS del proyecto Adultos Jóvenes, 2001.

16.1 Material para participantes

Lista de cotejo del proveedor: atención integral en SSR y consejería para mujeres y niñas adolescentes con VIH

Nota: Esta lista esta adaptada de: UNFPA y OMS, 2006. *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource constrained settings.* Ginebra. Tomado el 31 de agosto de 2006 de: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=297&filterListType=1.

La siguiente lista de cotejo pretende ayudarle a decidir qué servicios e información de SSR se deberían brindar a una mujer o a una niña adolescente VIH positiva. Es recomendable que todos los trabajadores sanitarios, sin importar su especialización o el lugar en donde proporcionan atención a la cliente, ofrezcan a cada una de ellas la información y los servicios bajo el título de “Información general sobre servicios de SSR”. De acuerdo con las necesidades de la cliente, pueden decidir qué otra información o servicios especializados se le pueden ofrecer basados en su propia preparación, capacitación y experiencia, o si necesitan referir a la cliente a la información y servicios considerados en la sección “Servicios e información especializados de SSR” de esta lista de cotejo.

Servicios e información generales sobre SSR Los trabajadores sanitarios deben ofrecer estos servicios generales de SSR a toda mujer o niña adolescente con VIH. Una buena parte de esta información es también importante para mujeres que ignoran su condición de VIH.	
Tipos de servicios y de información	Verificar
Promoción de la SSR	
Ofrecer información sobre VIH/sida, y para las clientes que no conocen su condición de VIH, ofrecer consejería voluntaria y prueba (CVP) o referirlas al centro de CVP más cercano	
Ofrecer consejería sobre necesidades y deseos sexuales, incluyendo el análisis sobre el contexto y las condiciones de la mujer	
Evaluar a la cliente para encontrar síntomas físicos o tensión psicológica que pudieran afectar la función sexual	
Ofrecer consejería sobre necesidades y deseos de fecundidad, en especial preguntar si la mujer está o no embarazada y si utiliza actualmente alguna forma de anticoncepción.	
Ofrecer consejería sobre pastillas anticonceptivas de emergencia y, si están disponibles, proporcionárselas si la mujer cumple con el criterio de elegibilidad para tomarlas.	
Si la cliente no piensa tener más hijos, ofrecerle consejería sobre métodos anticonceptivos eficaces, entre ellos la protección dual, y darle preservativos, píldoras o anticonceptivos inyectables. Referirla a una clínica de planificación familiar si desea un DIU o asesorarla, sin coacción, sobre la esterilización.	
Si la mujer desea tener más hijos, brindarle información sobre opciones de fecundidad, entre ellas el tratamiento de fecundidad (lavado de esperma/inseminación artificial, de haberla) y adopción.	
Proporcionar información sobre la interacción potencial de drogas con métodos hormonales.	
Brindar información sobre la interacción entre el embarazo y el VIH.	
Ofrecer consejería sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y las infecciones del tracto reproductivo (ITR), sobre transmisión del VIH/ITS, y sobre reinfección de VIH, incluyendo la importancia del tratamiento temprano de ITS/ITR.	
Suministrar condones masculino y femenino y demostrar su consistencia y uso correcto.	
Proporcionar información sobre los riesgos de transmisión perinatal y sobre la eficacia de la profilaxis ARV.	

16.1

Material para participantes

Lista de cotejo del proveedor: atención integral en SSR y consejería para mujeres y niñas adolescentes con VIH (cont.)

Tipos de servicios y de información		Verificar
Servicios e información generales sobre SSR (Cont.)		
Los trabajadores sanitarios deben ofrecer estos servicios generales de SSR a toda mujer o niña adolescente con VIH. Una buena parte de esta información es también importante para mujeres que ignoran su condición de VIH.		
Evitar la violencia contra las mujeres		
Valorar el riesgo de la violencia, en particular de las relaciones sexuales sin consentimiento.		
Ofrecer consejería sobre violencia doméstica y apoyar la decisión de la mujer respecto a la revelación de su condición de VIH y de cualquier problema de violencia que sufra en el hogar o en su comunidad.		
Tratar las lesiones físicas y los problemas de SSR relacionados con la violencia.		
Referir a otros servicios relacionados, en particular a la consejería psicosocial, a pruebas de embarazo, tratamiento y profilaxis de ITS, asistencia social, ayuda legal y albergues seguros para mujeres.		
Diagnóstico de la infección de VIH		
Ofrecer CPV a las clientes que desconozcan su condición de VIH.		
Ofrecer consejería y apoyo sobre prevención de ITS/VIH para negociar el sexo voluntario y seguro, en particular la protección dual.		
Suministrar condones a hombres y mujeres y mostrarles su uso correcto y consistente.		
Brindar información sobre los efectos de la progresión de la enfermedad y de la eficacia, disponibilidad y costos del tratamiento ARV.		
Recalcar la importancia del cuidado planeado para ella, sus hijos y su familia si ella llegara a enfermarse.		
Ofrecer consejería sobre las ventajas y desventajas de revelar la condición de VIH.		
Referir para la prevención de la transmisión (del VIH) de madre a hijo y a los servicios de apoyo, atención y tratamiento del VIH/sida.		
Servicios e información especializados		
Luego de proporcionar a la mujer o la adolescente con VIH los servicios y la información general, los trabajadores sanitarios deben ofrecerle los siguientes servicios e información especializados de acuerdo con las necesidades de la cliente y su propia preparación, entrenamiento y experiencia, o referir a la cliente a otros servicios en las mismas instalaciones o fuera de ellas.		
Ofrecer tratamiento, atención y apoyo para el VIH/sida		
Examen para tuberculosis si hubiese tos persistente, y tratamiento si tal examen es positivo.		
Brindar información sobre necesidades alimenticias y consideraciones nutricionales.		
Referir a programas de atención comunitaria y doméstica.		
Tratar infecciones oportunistas (OIs).		
Asegurar que las mujeres que lo necesiten reciban el tratamiento antiretroviral.		

16.1 Material para participantes

Lista de cotejo del proveedor: atención integral en SSR y consejería para mujeres y niñas adolescentes con VIH (cont.)

Servicios e información especializados (Cont.) Luego de proporcionar a la mujer o la adolescente con VIH los servicios y la información general, los trabajadores sanitarios deben ofrecerle los siguientes servicios e información especializados de acuerdo con las necesidades de la cliente y su propia preparación, entrenamiento y experiencia, o referir a la cliente a otros servicios en las mismas instalaciones o fuera de ellas.	
Tipos de servicios y de información	Verificar
Ofrecer tratamiento, atención y apoyo para el VIH/sida (cont.)	
Proporcionar información para evitar los regímenes ARV que incluyan efavirenz para mujeres que están tratando de concebir o que emplean anticonceptivos poco confiables.	
Brindar consejería sobre reducción de riesgos y apoyar el plan de la cliente para el mismo efecto.	
Referir a los servicios de manejo y revisión para detectar ITS.	
Proporcionar educación, métodos y apoyo en materia de planeación familiar	
Proporcionar información sobre las interacciones entre el VIH y el embarazo.	
Ofrecer consejería sobre necesidades y deseos de fecundidad, en particular averiguar si la mujer está embarazada o si emplea algún método de control natal.	
Ofrecer consejería sobre las pastillas anticonceptivas de emergencia y, si las hubiese, proporcionárselas en caso de que se cumplan las condiciones para ello.	
Ofrecer consejería sobre opciones anticonceptivas para apoyar la toma de decisiones informada y voluntaria.	
Dar información sobre los criterios de elegibilidad de la OMS para los diferentes métodos anticonceptivos.	
Si la mujer no considera tener más hijos, ofrecerle consejería sobre métodos anticonceptivos, en especial la protección dual, y proporcionarle condones y anticonceptivos en pastillas e inyecciones, Implantes Norplant, DIU y esterilización sin coacción.	
Si la mujer desea tener más hijos, brindarle información sobre opciones de fecundidad, entre ellas tratamiento de fecundidad (por ejemplo, lavado de esperma/inseminación artificial, si la hubiera) y la adopción.	
Dar información sobre la potencial interacción de las drogas con los anticonceptivos hormonales o defectos de nacimiento relacionados con algunas drogas ARV.	
Llevar a cabo valoraciones de riesgo de ITS/ITR y brindar información sobre mejores métodos anticonceptivos.	
Que el personal que trabaja en los servicios de PF brinde información sobre VIH/sida y ofrezca CPV a clientes que desconozcan su condición de VIH.	
Referir a los servicios de PTMH (del VIH), y de apoyo, tratamiento y atención al VIH/sida	
Mejorar la atención prenatal, intraparto, postparto y del recién nacido	
Ofrecer CPV a la cliente si desconoce su condición de VIH	
Ofrecer consejería preventiva y apoyo en ITS/ITR para negociar sexo seguro y voluntario, incluyendo el reconocimiento a la importancia de la protección dual en el periodo postparto, y suministrar condones a hombres y mujeres.	
Examen para buscar tuberculosis, malaria (si existe en la región) y anemia y ofrecer tratamiento.	
Brindar información sobre los riesgos y beneficios de los regímenes de drogas ARV para evitar la transmisión perinatal.	

16.1

Material para participantes

Lista de cotejo del proveedor: atención integral en SSR y consejería para mujeres y niñas adolescentes con VIH (cont.)

Servicios e información especializados (Cont.)	
Luego de proporcionar a la mujer o la adolescente con VIH los servicios y la información general, los trabajadores sanitarios deben ofrecerle los siguientes servicios e información especializados de acuerdo con las necesidades de la cliente y su propia preparación, entrenamiento y experiencia, o referir a la cliente a otros servicios en las mismas instalaciones o fuera de ellas.	
Tipos de servicios y de información	Verificar
Mejorar la atención prenatal, intraparto, postparto y del recién nacido (cont.)	
Brindar información sobre interacciones entre VIH y el embarazo.	
Examen para buscar sífilis.	
Realizar valoración de signos relacionados con el VIH y síntomas, en particular pruebas de IO.	
Proporcionar profilaxis ARV si la mujer es elegible.	
Tratar las IO.	
Brindar profilaxis ARV a mujeres que no tienen indicaciones para tratamiento ARV o si el tratamiento no se ofrece.	
Ofrecer consejería y apoyo sobre cómo ganar peso durante el embarazo, sobre prevención y manejo de la anemia y acerca de la importancia de una dieta adecuada para apoyar el embarazo y la lactancia.	
Brindar ayuda nutricional, de ser posible.	
Recalcar la importancia de dar a luz con ayuda de un asistente preparado y ayudar a la mujer a elaborar un plan del parto.	
Evitar la ruptura artificial de membranas durante el nacimiento del niño y los procedimientos invasivos como la vigilancia del feto y la episiotomía.	
Ofrecer consejería sobre alimentación para el niño y apoyo a la decisión de la mujer de cómo alimentar a su hijo.	
Ofrecer consejería sobre planificación familiar postparto, o referir a la cliente a la clínica de PF más cercana.	
Eliminar el aborto inseguro	
Ofrecer consejería confidencial y no dirigida o condenatoria sobre la opción de terminar el embarazo, en la medida que lo marque la ley.	
Ofrecer la referencia a servicios de atención al aborto (si es legal) y postaborto, si la mujer lo solicita.	
Que el personal que labora en los servicios de aborto y postaborto brinde información sobre VIH/sida y ofrezca CPV.	
Proporcionar antibióticos en el momento del aborto para reducir al mínimo el riesgo de infección luego del procedimiento.	
Recalcar la importancia de buscar de inmediato atención médica en caso de sangrado abundante, dolor pélvico, fiebre que dure más de un día u otros síntomas de infección.	
Dar información anticonceptiva y consejería y ofertar diferentes métodos anticonceptivos, entre ellos la protección dual, siguiendo el criterio de elección de la mujer luego del aborto.	
Referir a la mujer a los servicios de tratamiento, atención y apoyo en VIH/sida, en especial a los servicios de apoyo psicosocial.	

16.1 Material para participantes

Lista de cotejo del proveedor: atención integral en SSR y consejería para mujeres y niñas adolescentes con VIH (cont.)

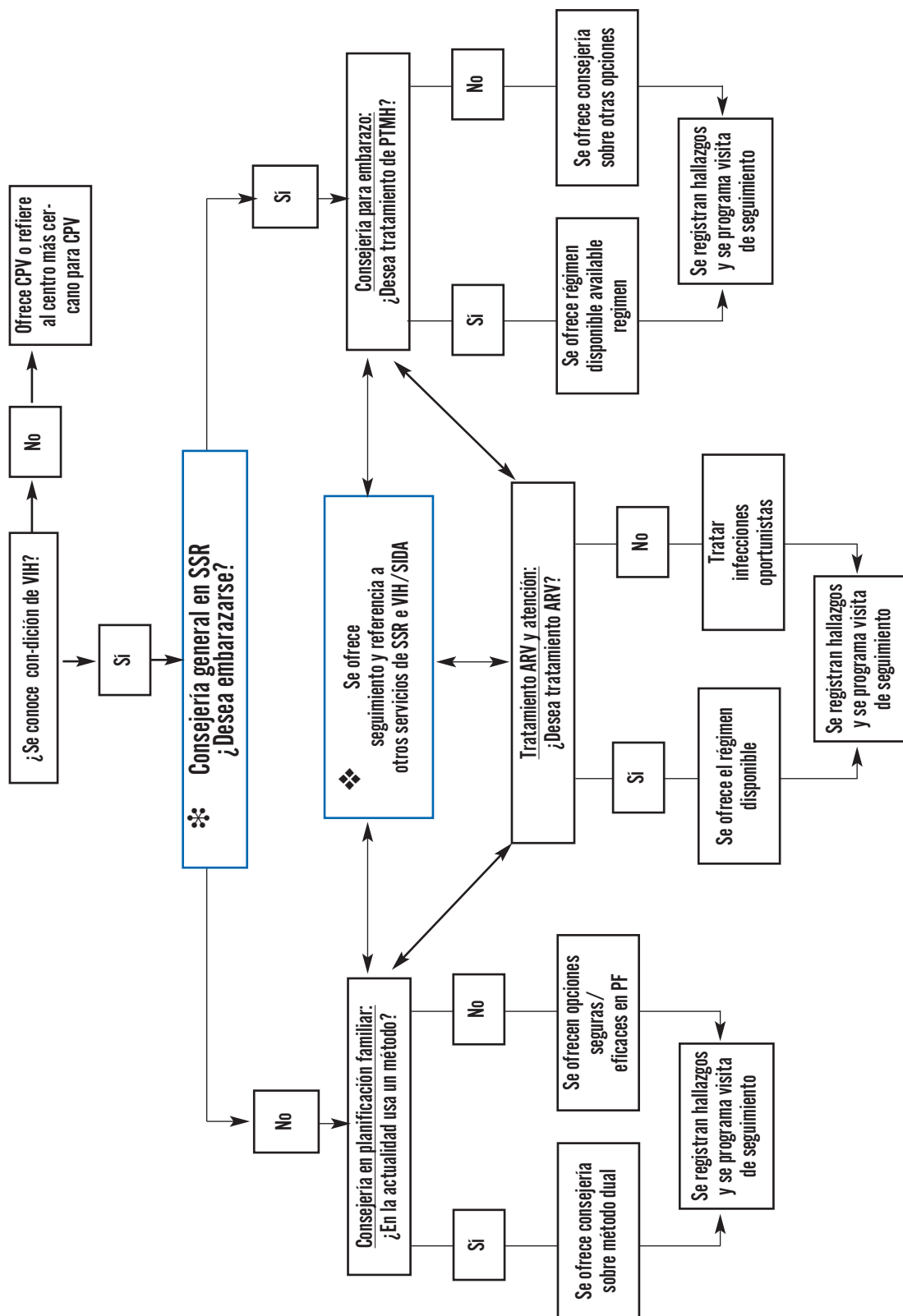
Servicios e información especializados (Cont.)	
Luego de proporcionar a la mujer o la adolescente con VIH los servicios y la información general, los trabajadores sanitarios deben ofrecerle los siguientes servicios e información especializados de acuerdo con las necesidades de la cliente y su propia preparación, entrenamiento y experiencia, o referir a la cliente a otros servicios en las mismas instalaciones o fuera de ellas.	
Tipos de servicios y de información	Verificar
Prevención y manejo de ITS/ITR	
El personal que labore en los servicios de ITS debe brindar información sobre VIH/sida y ofrecer CPV si la cliente ignora su condición de VIH.	
Realizar valoraciones de riesgos de ITS/ITR; en especial, indagar sobre las prácticas y los síntomas de la pareja.	
Realizar los exámenes físicos para detectar signos de ITS/ITR.	
Examinar por sífilis y, si los recursos lo permiten, por gonorrea y clamidia.	
Recalcar la importancia de evitar ITS/ITR durante el embarazo.	
Tratar las ITS/ITR según los protocolos de tratamiento ordinarios.	
Recalcar que por lo general el tratamiento prolongado de la candidiasis es necesario.	
Enfatizar que la frecuencia y gravedad de los episodios genitales debidos al herpes están asociados con la inmunosupresión.	
Recalcar la mayor probabilidad de contagiarse del VPH; la mayor persistencia del VPH; la probabilidad mayor de contagiarse de diferentes tipos de VPH, entre ellos de tipos de VPH asociados al cáncer, y tener mayores cargas virales de VPH.	
Realizar biopsias de las verrugas genitales cuando el diagnóstico sea incierto, cuando las lesiones empeoran durante la terapia o las verrugas resultan atípicas (por ejemplo, pigmentadas, endurecidas, fijas o ulceradas).	
Ofrecer consejería preventiva y apoyo en ITS/VIH para negociar sexo voluntario y seguro, considerada ahí la protección dual, y que hombres y mujeres dispongan de condones.	
Brindar consejería y apoyo en la notificación a la pareja.	
Proporcionar seguimiento clínico en la medida que se requiera.	
Diagnóstico y tratamiento del cáncer	
Recalcar la importancia del examen del cuello uterino por lo menos una vez al año debido al riesgo mayor de precáncer y cáncer.	
Revisión para buscar citología anormal.	
Evitar el tratamiento de lesiones de menor grado debido al riesgo de complicaciones y la transmisión del VIH.	
Tratar las lesiones de mayor grado y resaltar la importancia del seguimiento debido a la persistencia y la recurrencia.	
Realizar cirugía o aplicar tratamiento atenuado con radiación o quimioterapia en el cáncer invasivo de la mujer con una cuenta de CD4 por debajo de 200 106 células/L.	
Brindar apoyo psicosocial	
Realizar la valoración de necesidades emocionales y sociales.	
Ofrecer apoyo y consejería psicosocial para abordar las preocupaciones sobre el pesar, la planeación del futuro, el estigma y la discriminación, idealización del suicidio y el embarazo.	
Referir a otros servicios, en particular a los grupos de orientación y apoyo psicosocial.	

16.1

Material para participantes

Lista de cotejo del proveedor: atención integral en SSR y consejería para mujeres y niñas adolescentes con VIH (cont.)

Servicios e información especializados (Cont.)	
Luego de proporcionar a la mujer o la adolescente con VIH los servicios y la información general, los trabajadores sanitarios deben ofrecerle los siguientes servicios e información especializados de acuerdo con las necesidades de la cliente y su propia preparación, entrenamiento y experiencia, o referir a la cliente a otros servicios en las mismas instalaciones o fuera de ellas.	
Tipos de servicios y de información	Verificar
Proporcionar apoyo financiero y legal	
Realizar la evaluación de la situación financiera y de las estrategias para disponer de modos de vida sostenibles.	
Ofrecer consejería y apoyo para aquellas vidas y relaciones que se modificaron luego del diagnóstico del VIH, y también para atender los efectos físicos del virus sobre la capacidad para obtener un ingreso.	
Brindar información sobre subsidios para atención médica y tratamientos (en caso de existir) y/o sobre los servicios médicos gratuitos en la comunidad.	
Referir a otros servicios relevantes, como la consejería financiera constante, la asesoría legal, los programas de generación de ingresos, los programas de microfinanzas y los de auxilio financiero.	



◆ Referencias posibles incluyen:

- planificación familiar
- atención prenatal, parto, postparto y del recién nacido
- tratamiento ARV y atención postaborto
- prevención y manejo de ITS/IT
- diagnóstico y tratamiento de cáncer
- detección de tuberculosis
- apoyo psicosocial continuo
- apoyo nutricional
- apoyo legal/financiero

◆ Temas de consejería general en SSR a cubrir incluyen:

- salud sexual y reproductiva
- detección de violencia de género
- necesidades y deseos de fecundidad
- anticoncepción de emergencia
- métodos anticonceptivos eficaces, incluyendo protección dual
- interacciones potenciales de medicamentos con métodos hormonales
- interacciones entre embarazo y VIH
- prevención de ITS/ITR, reinfección de VIH, transmisión de ITS/VIH a pareja
- riesgo de transmisión perinatal y eficacia de profilaxis de ARV



La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la planificación familiar como “la habilidad de los individuos y las parejas para anticipar y lograr el número deseado de hijos y el espaciamiento y momento de sus nacimientos. Ello se logra mediante el empleo de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad involuntaria”.² Tal y como lo describe el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), “La planificación familiar permite a los individuos y las parejas determinar el número y espaciamiento de sus hijos—un derecho humano reconocido”.³

La OMS ha desarrollado criterios de elegibilidad médica para el empleo seguro de diversos métodos anticonceptivos. Los trabajadores de la salud usan estos criterios para decidir si es apropiado o no que una mujer con una condición médica particular emplee el método anticonceptivo en cuestión. La infección por el VIH de una mujer, la presencia del sida y el uso de la terapia antiretroviral (ARV) constituyen, todas ellas, condiciones que pueden afectar su elegibilidad para un método anticonceptivo.

Por cada método anticonceptivo, las condiciones médicas se clasifican en categorías basadas en los riesgos y beneficios asociados al uso del método entre mujeres que presentan tales condiciones. Los criterios de elegibilidad médica de la OMS usan cuatro categorías para clasificar las condiciones médicas.

Categoría 1. Para mujeres con estas condiciones, el método no presenta riesgos y puede emplearse sin restricciones.

Categoría 2. Para mujeres en estas condiciones, los beneficios de emplear el método generalmente sobrepasan los riesgos teóricos o probados. Las mujeres con condiciones de la categoría 2 pueden, en general, usar el método, aunque en algunos puede ser apropiado un seguimiento por parte del trabajador de la salud.

Categoría 3. Para las mujeres en estas condiciones, los riesgos teóricos o probados de usar el método sobrepasan, en general, los beneficios. Las mujeres con condiciones de la categoría 3 no deberían, en general, usar el método. Sin embargo, si no existen mejores opciones disponibles o aceptables para la anticoncepción, el trabajador sanitario puede juzgar que el método es apropiado, dependiendo de la gravedad de la condición. En tales casos, se requiere de acceso permanente a los servicios clínicos y un seguimiento cuidadoso por parte del trabajador sanitario.

Categoría 4. Para las mujeres en estas condiciones, el método significa un riesgo para la salud inaceptable y no debe emplearse.

¹ Los contenidos de este material son una adaptación de: WHO. 2004. *Medical eligibility criteria for contraceptive use, third edition*. Ginebra.

² Definición de trabajo usada por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS. Consulta del 27 de junio de 2006 en el sitio: www.who.int/topics/family_planning/en/.

³ UNFPA. Sin fecha. *Reproductive health and family planning: Family planning and sexual health*. Consulta del 27 de junio de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/swp/2004/english/ch6/index.htm.



En algunos casos y para una condición particular, se asigna una categoría al inicio, y otra para la continuación del método. En otras palabras, para ciertas condiciones la categoría depende de si una mujer con la condición desea iniciar un método anticonceptivo o ya estaba usando ese método cuando desarrolló la condición.

La tabla de las páginas 154–156, adaptada del criterio de elegibilidad médica de la OMS para uso de anticonceptivos, ofrece un panorama de las condiciones médicas clasificadas en las categorías anteriores, en base a los riesgos y beneficios asociados con el VIH y el sida para tales condiciones. Por ejemplo, los condones caen dentro de la Categoría 1 para las mujeres y niñas adolescentes que:

- tienen un alto riesgo de VIH o son VIH positivas;
- han sido diagnosticadas con el sida pero no están en terapia antiretroviral (TAR)
- han sido diagnosticadas con el sida y están en la actualidad en TAR.

17.1

Material para participantes

Criterios de elegibilidad médica de la OMS para uso de anticonceptivos y VIH/sida (cont.)

Método	Categoría 1 Sin riesgo; uso sin restricciones	Categoría 2 Los beneficios, en general, sobrepasan los riesgos	Categoría 3 Los riesgos, en general, sobrepasan los beneficios	Categoría 4 El nivel de riesgo es inaceptable	Comentarios
Condón	<ul style="list-style-type: none"> Alto riesgo de VIH o VIH positiva Diagnóstico de sida, sin terapia antiretroviral (ARV) Diagnóstico de sida, en terapia ARV 				<ul style="list-style-type: none"> Debe emplearse aun cuando la infección por el VIH está controlada con ARV
Uso de método dual (depende de qué otro método, además del condón, se esté usando. Ver abajo)	<ul style="list-style-type: none"> Alto riesgo de VIH o VIH positiva Diagnóstico de sida, sin terapia ARV 				<ul style="list-style-type: none"> Uso de condones para proteger contra infecciones de transmisión sexual (ITS)/VIH y otro método para prevenir el embarazo, como se muestra más abajo
Anticonceptivo oral	<ul style="list-style-type: none"> Alto riesgo de VIH o VIH positiva Diagnóstico de sida, sin terapia ARV 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de sida, en terapia ARV 			<ul style="list-style-type: none"> Los ARV pueden reducir la eficacia del método o aumentar los efectos secundarios No es la mejor elección para las mujeres que olvidan tomar sus pastillas oportunamente
Inyectables/implante	<ul style="list-style-type: none"> Alto riesgo de VIH o VIH positiva Diagnóstico de sida, sin terapia ARV 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de sida, en terapia ARV 			<ul style="list-style-type: none"> La nevirapina reduce el nivel de progestina en la sangre en ~18%



Material para participantes

Criterios de elegibilidad médica de la OMS para uso de anticonceptivos y VIH/sida (cont.)

Método	Categoría 1 Sin riesgo; uso sin restricciones	Categoría 2 Los beneficios, en general, sobrepasan los riesgos	Categoría 3 Los riesgos, en general, sobrepasan los beneficios	Categoría 4 El nivel de riesgo es inaceptable	Comentarios
Dispositivo intrauterino (DIU)		<ul style="list-style-type: none"> Alto riesgo de VIH o VIH positiva Diagnóstico de sida, sin terapia ARV Diagnóstico de sida, en terapia ARV 	<ul style="list-style-type: none"> Sintomas relacionados con el sida (inicio) 		<ul style="list-style-type: none"> La inserción en mujeres con sida puede incrementar el riesgo de complicaciones relacionadas con el DIU, a menos que esté en terapia ARV
Espermicidas				<ul style="list-style-type: none"> Alto riesgo de VIH o VIH positiva Diagnóstico de sida, sin terapia ARV Diagnóstico de sida, en terapia ARV 	<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres con VIH están en mayor riesgo de ITS/ITR o de reinfección cuando usan espermicidas La condición de VIH vuelve inapropiado el uso de espermicidas
Diafragma			<ul style="list-style-type: none"> Alto riesgo de VIH o VIH positiva Diagnóstico de sida, sin terapia ARV Diagnóstico de sida, en terapia ARV 		<ul style="list-style-type: none"> En general, las mujeres con VIH no deben usar el diafragma debido a los espermicidas
Esterilización quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> Alto riesgo de VIH o VIH positiva Diagnóstico de sida, sin terapia ARV Diagnóstico de sida, en terapia ARV 				<ul style="list-style-type: none"> Buena opción para parejas que no desean tener más hijos No existe razón médica para negar la esterilización a clientas con VIH Consejería sobre uso del condón, especialmente si la pareja es discordante

17.1

Material para participantes

Criterios de elegibilidad médica de la OMS para uso de anticonceptivos y VIH/sida (cont.)

Método	Categoría 1 Sin riesgo; uso sin restricciones	Categoría 2 Los beneficios, en general, sobrepasan los riesgos	Categoría 3 Los riesgos, en general, sobrepasan los beneficios	Categoría 4 El nivel de riesgo es inaceptable	Comentarios
Método de amenorrea de la lactancia					<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres con VIH que amamantan puede infectar a su hijo (riesgo ~16%). Usar fórmula u otros sustitutos Cuando la alimentación de reemplazo es aceptable, posible, asequible, sostenible y segura, se recomienda evitar todo amamantamiento por parte de las madres con VIH Debe fomentarse el uso de condones
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad					<ul style="list-style-type: none"> Las mujeres que tienen VIH con/ sin sida, y las que están en terapia ARV pueden usarlos sin restricciones, siempre que sus ciclos menstruales sean regulares Debe fomentarse el uso de condones

Adaptada de: UNFPA y WHO, 2006. *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings.* Ginebra. www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=297

Información general

- En el mundo, la mayoría de las mujeres embarazadas que buscan atención prenatal (AP) no están conscientes de su condición de VIH.
- Dado que para muchas mujeres y niñas adolescente la AP representa un importante punto de ingreso a los sistemas de atención a la salud, la importancia de la consejería y de las pruebas voluntarias para la prevención, tratamiento y atención del VIH deben subrayarse con los administradores de programa, trabajadores sanitarios y clientes.
- Las siguientes consideraciones, relacionadas con las pruebas de VIH durante el embarazo y postparto, se deben analizar con las clientes; también deben incorporarse en su plan de atención general estrategias apropiadas para la reducción de riesgos:
 - revelar el diagnóstico de VIH durante el embarazo careciendo del apoyo adecuado puede ser de consecuencias psicosociales devastadoras, en términos de estigma y discriminación, y de una potencial violencia basada en el género;
 - la condición de VIH de las mujeres y niñas adolescentes debe mantenerse confidencial y sus expedientes médicos sólo se pondrán en manos de aquellos trabajadores de la salud que tengan relación directa con su atención o con el cuidado de sus hijos;
 - ofrecer a las mujeres y niñas adolescentes la opción de recibir consejería y de practicarse pruebas junto con su pareja (consejería de pareja), puede resolver algunas de las delicadas problemáticas que se relacionan con la revelación y notificación a la pareja;
 - además del apoyo emocional durante el embarazo, las parejas (ambos miembros o uno de ellos) a las que se identifica como VIH positivas durante el embarazo deben recibir consejería y educación en salud que debe abarcar:
 - o información sobre las interacciones entre el VIH y el embarazo, en particular un posible aumento de ciertas consecuencias adversas del embarazo;
 - o los efectos de la progresión de la enfermedad del VIH en la salud de la mujer y la eficacia, disponibilidad y efectos adversos del tratamiento antiretroviral;
 - o la posibilidad de que ella transmita el VIH a su bebé y a su pareja sexual, inclusive si está recibiendo tratamiento antiretroviral;
 - o el fomento al uso de condones durante el embarazo para evitar el contagio de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) u otras cepas del VIH, así como la transmisión del VIH y otras ITS a parejas sexuales no contagiadas;
 - o información sobre alimentación infantil y apoyo para sobrellevar opciones de alimentación diferentes a la lactancia materna y considerar en esto el estigma y la discriminación¹

¹ WHO, UNICEF, UNAIDS y UNFPA. 2003. HIV and infant feeding: A guide for health-care managers and supervisors. Ginebra. Consulta del 21 de agosto de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=203&filterList-Type=1.

Consejería especializada durante el embarazo, el parto y el postparto

- Muchas mujeres y adolescentes con VIH carecen de información precisa y de orientación compasiva para aliviar sus temores sobre el embarazo.
- Muchas de ellas pueden también experimentar la violencia durante el embarazo (entre 4 y 20 por ciento de las mujeres embarazadas) con consecuencias para ellas y/o para sus bebés, como pudiera ser el aborto espontáneo, el trabajo de parto antes de término y niños de bajo peso al nacer.
- La consejería y la educación en salud durante el embarazo para mujeres y niñas adolescentes con VIH debe incluir:
 - la importancia de emplear condones durante el embarazo para evitar el contagio de otras ITS y cepas del VIH, así como la transmisión del VIH y de otras ITS a parejas sexuales no contagiadas;
 - información sobre las interacciones entre el VIH y el embarazo, incluyendo el posible aumento de ciertas consecuencias adversas del embarazo;
 - los efectos de la progresión de la enfermedad del VIH en la salud de la mujer y la eficacia, disponibilidad y costos de la terapia antiretroviral;
 - la importancia de que al momento de ocurrir el parto se disponga de ayuda especializada;
 - el riesgo de una mujer de transmitir el VIH a su hijo y los riesgos y beneficios de la profilaxis antiretroviral y los procedimientos seguros del trabajo de parto y del parto mismo para reducir la probabilidad de contagio;
 - los riesgos y beneficios de diferentes opciones de alimentación infantil y el apoyo para su elección.

Impacto del VIH en el embarazo

- Si bien se cree que el embarazo es un estado fisiológico e inmunológico inmensamente complejo, este hecho no parece acelerar el progreso de la enfermedad del VIH.
- Las intervenciones para prevenir la transmisión madre hijo del VIH (PTMHV) deben tomar en cuenta que la TMHV puede ocurrir en diferentes etapas del embarazo.
- El riesgo de TMHV es de 15–30 por ciento en poblaciones que no amamantan; una mujer con VIH que da el pecho aumenta los riesgos entre 5–20 por ciento, para elevarlos a un total de 20–45 por ciento.²
- Los periodos prolongados y breves de profilaxis antiretroviral simple, doble o triple, han demostrado que reducen la transmisión del VIH a niños.
- Las directrices de la OMS sobre drogas antiretrovirales para el tratamiento de mujeres embarazadas y para prevenir el contagio de VIH entre los niños ofrecen más detalles sobre la seguridad de la exposición de corto plazo a las drogas antiretrovirales para evitar la

² De Cock, K.M., et al., 2000. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association* 283(9):1175-1182.

TMHV y sobre la resistencia viral y sus consecuencias potenciales para posteriores terapias antiretrovirales.³

- Las medidas recomendadas para PTMHV incluyen:
 - la supresión de la replicación del VIH con la consecuente carga viral indetectable de plasma durante el embarazo y la supresión del contagio genital del VIH en el embarazo con aplicación de terapia antiretroviral;
 - la administración de antiretrovirales intraparto y para el niño el uso de antiretrovirales;
 - evitar durante el trabajo de parto la ruptura prematura de las membranas así como la episiotomía;
 - realizar la cesárea en los casos seleccionados antes de que el trabajo de parto inicie, si las condiciones cumplen con las normas de calidad;
 - evitar amamantar y explorar otras opciones para la alimentación infantil;
 - asegurar que madres e hijos regresen a las consultas de seguimiento postnatales;
 - poner atención especial a la provisión de valores nutricionales y al apoyo a las mujeres y las niñas adolescentes embarazadas con VIH;
 - aumentar el compromiso masculino y enfocarse en la pareja y no sólo en la mujer.

Atención especializada durante el embarazo

- Las mujeres y niñas adolescentes con VIH/sida necesitan la misma atención prenatal que las mujeres no contagiadas del virus, pero algunos componentes se tienen que reforzar o modificar.
- La atención en el embarazo de mujeres y niñas adolescentes con VIH/sida incluye también la valoración de los signos y síntomas relacionados con el VIH, en particular de la presencia de infecciones oportunistas.
- Es recomendable, de ser viable, la preparación de las etapas clínicas y de las etapas inmunológicas de las mujeres y niñas adolescentes con VIH/sida para valorar la prognosis y determinar la elegibilidad de la terapia antiretroviral. Se estima que 15 por ciento de las mujeres embarazadas sufren complicaciones que representan amenazas para sus vidas en el embarazo y durante el parto. Además de esos riesgos, las mujeres y niñas adolescentes con VIH/sida corren riesgos mayores de sufrir consecuencias adversas del embarazo, tales como abortos espontáneos o dar a luz un niño muerto.
- La evidencia, proveniente en su mayoría de países industrializados, indica que el embarazo no tiene un efecto mayor en el avance de la enfermedad del VIH o sobre la mortalidad.
- Las mujeres y las niñas adolescentes con VIH pueden enfrentar mayores riesgos de desnutrición, mientras que la anemia en el embarazo es más común y suele ser más aguda. El desgaste por la enfermedad ocurre también más a menudo.

³ OMS. 2004. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Ginebra. 2004. Site consultado em 6 de setembro de 2006, em: www.who.int/hiv/pub/mtct/en/arvdrugswomenguidelinesfinal.pdf.

Atención especializada durante el parto

- Las precauciones universales son esenciales en todas las unidades de salud para reducir el riesgo de transmisión entre pacientes y trabajadores sanitarios de patógenos transportados por la sangre, por la vía de la exposición a la sangre o a fluidos sanguíneos, y no sólo para las mujeres o niñas adolescentes con VIH.
- Además, el desecho seguro y apropiado de todos los instrumentos cortantes, de la placenta y de otros artículos empapados de sangre es especialmente importante.
- La atención durante el nacimiento necesita modificarse para reducir el riesgo de TMHV, en particular:
 - dejando intactas las membranas tanto como sea posible, y reservando la ruptura artificial de las membranas para casos de sufrimiento fetal y retraso del trabajo de parto;
 - evitando la limpieza vaginal de rutina como medio para reducir la transmisión del VIH;
 - evitando en la medida de lo posible el monitoreo fetal invasivo, como el empleo de electrodos que se colocan en la cabeza del feto, la toma de muestras de sangre del feto u otros procedimientos que requieran abrir la piel del niño;
 - realizando las cesáreas seleccionadas antes de que el trabajo de parto inicie y antes de la ruptura de las membranas, pues esto puede reducir el riesgo de transmisión del VIH al niño (aunque este beneficio se tiene que valorar frente al riesgo que entraña para la mujer la intervención quirúrgica);
 - realizando las cesáreas de rutina para impedir la TMHV cuando, por ejemplo, se trata de embarazos en los que sea probable que el trabajo de parto se prolongue demasiado o las complicaciones obstétricas se puedan relacionar con el aumento del riesgo de TMHV (aunque el parto por cesárea sea rutinario, este procedimiento pudiera agotar los ya de por sí reducidos recursos destinados a la atención).

Atención especializada en el periodo postparto

- Seguimiento y atención integrales a las mujeres con VIH/sida y a sus hijos más allá del periodo postparto tradicional de seis semanas, que son cada vez más importantes para el acceso creciente al tratamiento y atención del VIH.
- El periodo postparto es parte del continuum de la atención y apoyo a mujeres y niñas adolescentes con VIH.
- Los niños expuestos al VIH requieren de profilaxis antiretroviral, de acuerdo con las directrices de la OMS. Los niños nacidos de mujeres y niñas adolescentes con VIH/sida tienen necesidades de seguimiento y atención específicas, además de la atención y las inmunizaciones de rutina.
- La atención postparto de mujeres y niñas adolescentes con VIH incluyen:
 - la valoración de la salud materna después del parto y la evaluación de complicaciones infecciosas postparto, las cuales pueden ser más comunes en las mujeres y niñas adolescentes con VIH/sida;

17.2 Material para participantes

VIH y maternidad sin riesgos (cont.)

- brindar consejería en planificación familiar postparto. (Las mujeres y niñas adolescentes que no desean concebir después del parto requieren información y consejería sobre métodos anticonceptivos apropiados, entre ellos el condón, y sobre los diferentes factores que afecten su elección, incluyendo el proceso fisiológico del puerperio, el regreso de la ovulación y la fecundidad, prácticas alimenticias para los niños y el reinicio de la actividad sexual de las mujeres y niñas adolescentes. A las mujeres y niñas adolescentes que quieren tener más niños se les aconseja espaciar los embarazos dos o tres años cuando menos);
- consejería y apoyo sobre alimentación infantil para la elección que la mujer tome sobre la alimentación del niño.

Atención infantil

- Se recomienda el diagnóstico temprano del bebé de padres con VIH, a fin de minimizar el riesgo de adquirir el VIH con el descubrimiento de la infección con el virus lo antes posible, la prevención de infecciones oportunistas (IO), y el tratamiento de problemas psicosociales que puedan relacionarse con daños en el desarrollo del niño.
- Intervenciones de importancia en este sentido son:
 - el monitoreo serológico del VIH desde el nacimiento hasta los 18 meses para descartar la infección;
 - el monitoreo serológico puede a veces no ser viable, pues el seguimiento es necesario para descartar la transferencia pasiva de anticuerpos de la madre contra el VIH. En estas circunstancias, la detección de ácidos nucleicos virales puede ser una opción que permita el reconocimiento de niños infectados de VIH a temprana edad. Nuevas técnicas, como la detección de VIH-ARN en muestras de sangre secas sobre papel filtro se han usado recientemente en algunas unidades de salud;
 - se recomienda la profilaxis neumocistis neumonía durante cuatro meses por lo menos a partir de las seis semanas del nacimiento, sin importar los resultados virales negativos;
 - la vigilancia clínica y de laboratorio respecto del crecimiento y maduración del niño debe incluir la búsqueda de otras infecciones perinatales y su inmunización, así como la búsqueda de pruebas de anemia asociadas con la zidovudina;
 - organizar el apoyo social apropiado para la alimentación con biberón y para la opción de alimentación que pudiera reducir el riesgo de adquirir el VIH, así como asegurar la nutrición adecuada y segura, deben considerarse prioritarios en las etapas de la atención que se brinda en las unidades de salud y a nivel comunitario.
- A pesar de los avances recientes en la reducción de la transmisión en útero y en el postparto con el empleo de la terapia antiretroviral, hay todavía una necesidad crítica de hacer más segura la alimentación infantil, como lo señalan las directrices actuales de UNAIDS/WHO/UNICEF.⁴

⁴ WHO, UNICEF, UNAIDS y UNFPA. 2003. *HIV and infant feeding: A guide for health-care managers and supervisors*. Ginebra. Consulta del 6 de septiembre de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=203&filterListType=1; y WHO, UNICEF, UNAIDS y UNFPA. 2003. *HIV and infant feeding: Guidelines for decision makers*. Ginebra. Consulta del 6 de septiembre de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=204&filterListType=1.



Adaptado de EngenderHealth y UNFPA. 2004. HIV prevention in maternal health services: Training guide, Nueva York.

¿Qué es la protección dual?

La protección dual puede definirse como una estrategia para evitar tanto la transmisión del VIH como de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados con (1) el empleo del condón únicamente, (2) el uso de condones combinados con otros métodos (uso del método dual), o (3) evitar actividades sexuales consideradas de alto riesgo.

Muchas personas activas sexualmente necesitan protección dual para evitar embarazos no deseados así como ITS incluyendo el VIH. Los anticonceptivos que ofrecen la mejor prevención contra embarazos no protegen de las ITS. Por ello, se recomienda el uso simultáneo del condón para prevenir enfermedades. Si el condón se emplea correcta y constantemente, puede evitar por sí solo las ITS y los embarazos; sin embargo, su uso tiene relación con un mayor índice de embarazos que cuando se le emplea junto con otro método anticonceptivo.

Mais especificamente, a dupla proteção pode incluir:

1. El uso del condón únicamente:
 - usando el condón solamente (masculino o femenino) con ambos propósitos.
2. Uso del método dual:
 - empleando el condón más otro método anticonceptivo para protección extra contra embarazos;
 - empleando el condón más un método anticonceptivo de emergencia por si el condón falla;
 - empleando selectivamente condones con otro método de planificación familiar (PF) (por ejemplo, usar la píldora con la pareja sexual principal, pero la píldora con el condón con parejas sexuales secundarias).
3. Evitar prácticas sexuales inseguras a través de las siguientes opciones:
 - abstinencia;
 - evitar todo tipo de penetración sexual sin condón;
 - practicar la monogamia mutua entre parejas que no se han infectado, además de un método anticonceptivo (para quienes desean evitar el embarazo);
 - retrasar el inicio de las actividades sexuales (entre los jóvenes).

¿Por qué la promoción del condón es tan importante para la protección dual?

- El condón de látex del varón, si se emplea correcta y constantemente, es la única técnica que ha demostrado una alta eficacia para prevenir la transmisión del VIH, de ITS y los embarazos.

17.3 Material para participantes

Panorama de la protección dual (cont.)

- Hay evidencias concluyentes, a partir de investigaciones muy amplias entre parejas heterosexuales en donde uno de sus miembros está infectado con el VIH, que muestran que el empleo correcto y constante del condón reduce significativamente la incidencia de transmisión del virus, tanto del hombre a la mujer como de ella al hombre.¹
- El condón femenino puede brindarle a la mujer más control sobre la protección de ambos. Sin embargo, las mujeres y las niñas adolescentes con VIH seguirán siendo sumamente vulnerables a las ITS/ITR y a la reinfección con otras cepas del VIH, a menos que hombres y mujeres compartan en la misma medida las decisiones en sus relaciones interpersonales.²

¿Por qué es importante legitimar los condones como un método eficaz para la planificación familiar en mujeres y niñas adolescentes con VIH?

- En algunos casos, evitar el embarazo puede ser el gran motivador para emplear el condón más que para prevenir la transmisión de ITS, de infecciones del tracto reproductivo (ITR) y del VIH a la pareja sexual, o la reinfección con otra cepa del VIH.
- Si los programas de PF promueven el condón como método eficaz para prevenir embarazos, esto tendría el beneficio extra de reducir el estigma del condón como método para evitar tan solo el VIH y otras ITS/ITR.
- En términos generales, muchos trabajadores sanitarios de PF creen que los condones no son un método anticonceptivo eficaz, pero que sí lo son para evitar el VIH y las ITS. Este prejuicio se debe, en parte, a que algunos otros métodos de PF, como la esterilización, el dispositivo intrauterino, los anticonceptivos inyectables y el implante Norplant son más eficaces que el condón en uso “perfecto” y “típico”. Pero si los condones se usan correcta y constantemente son muy eficaces para prevenir embarazos. Este hecho necesita transmitirse a los trabajadores sanitarios y, por igual, a las mujeres y niñas adolescentes con VIH.
- Los condones y sus usuarios sufren, en ocasiones, el estigma porque se les relaciona con la prevención del VIH y las ITS, y el empleo del condón implica que los integrantes de la pareja pudieran tener otros compañeros sexuales. Este estigma, que surge de la asociación del condón con el trabajo sexual o la promiscuidad sexual, se puede redefinir con la promoción de los condones como un método eficaz para evitar embarazos no deseados y evitar también la transmisión de ITS/ITR, la transmisión del VIH a la pareja sexual y la reinfección del VIH.

¿Por qué es tan importante la consejería sobre la protección dual para tratar las necesidades de salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres y las niñas adolescentes con VIH?

- La consejería en materia de protección dual puede ayudar a las mujeres y a las niñas adolescentes con VIH a percibir sus propios riesgos de infección y de embarazarse sin desearlo, y les ayudaría a crear estrategias para protegerse.

¹ Holmes, K. Levine, R. y Weaver, M. 2004. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin of the World Health Organization* 82(6):454-461.

² UNAIDS, UNFPA y WHO. 2004. *Position statement on condoms and HIV prevention*. Ginebra.

17.3 Material para participantes

Panorama de la protección dual (cont.)

- Satisfacer las necesidades de las clientes en materia de protección dual mejora la calidad de los servicios de SSR cuando se atienden las múltiples preocupaciones de las clientes.
- Las necesidades de prevención de embarazos y de ITS/ITR se relacionan con la sexualidad o las intenciones reproductivas de las clientes, y se pueden abordar holísticamente en la consejería a las mujeres y las niñas adolescentes con VIH, de acuerdo con sus necesidades de SSR.

¿Cómo se relaciona la consejería sobre protección dual con la “decisión informada”?

- La orientación sobre protección dual sostiene el concepto de la elección informada cuando asegura que las mujeres y las niñas adolescentes con VIH poseen el conocimiento y la conciencia de sus riesgos de adquirir las ITS/ITR, de infectar a su pareja sexual, de adquirir otras cepas del VIH y de embarazarse sin desearlo mientras toman decisiones en materia de planificación familiar.
- Las mujeres y niñas adolescentes con VIH no pueden hacer elecciones verdaderamente informadas sobre un método de PF a menos que estén conscientes de los riesgos que corren de contraer ITS/ITR y sepan qué tan efectivos son los métodos de planificación familiar para evitar tales infecciones. La consejería sobre protección dual asegura que las clientes están conscientes, poseen conocimientos y están informadas.

¿Cuáles son algunas de las estrategias fundamentales de la protección dual para abordar las necesidades de las mujeres y las niñas adolescentes con VIH?

- Brindar información a las mujeres y niñas adolescentes con VIH sobre la gama completa de métodos de planificación familiar.
- Respaldar a las mujeres y niñas adolescentes con VIH que no desean tener más hijos para que utilicen la protección dual, incluyendo el uso del método dual (empleo de condones además de otro método anticonceptivo para protección extra contra el embarazo).
- Trabajar con las mujeres y las niñas adolescentes con VIH en la comunicación con la pareja sexual y en las negociaciones para emplear correctamente el condón.
- Involucrar a la pareja masculina en la consejería y en la educación y abordar sus preocupaciones sobre el condón.
- Hacer aceptable el uso del condón para ambas partes.
- Ayudar a las mujeres y niñas adolescentes con VIH a considerar las consecuencias de sus decisiones (positivas y negativas) y a reconocer las limitaciones que muchas mujeres pueden experimentar para negociar el uso del condón (por ejemplo, la insistencia en el uso del condón puede llevar a la violencia, al abandono, etc.).
- Promover el uso del condón femenino como una opción para sustituir el condón masculino (cuando esté disponible).



Adaptada de EngenderHealth. 2003. *Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum: Trainers' Manual*. Nueva York.

Definiciones

Consejería integral sobre salud sexual y reproductiva

La consejería integral en materia de salud sexual y reproductiva (SSR) es una interacción de dos vías entre la cliente y el trabajador de la salud, para valorar y abordar las necesidades, conocimientos y preocupaciones generales de las clientes, sin importar en qué servicio estén trabajando o el que la cliente haya solicitado.

En la consejería integral en SSR, las tareas y las obligaciones del proveedor son:

- ayudar a las clientes a valorar sus propias necesidades de una gama de servicios de SSR, información y apoyo emocional;
- proporcionar información apropiada sobre los problemas y necesidades identificadas de la cliente;
- ayudar a las clientes a tomar sus propias decisiones voluntarias e informadas;
- ayudar a las clientes a desarrollar las habilidades necesarias para llevar adelante esas decisiones.

¿Cómo se relaciona la consejería integral en SSR con los servicios integrales de SSR?

La consejería integral en materia de SSR se relaciona con los servicios integrados de SSR de diferentes formas:

- la meta de los servicios integrales de SSR es proporcionar atención integral en salud in situ y promover vínculos entre esos servicios. La consejería integral en SSR es un componente crítico de la SSR integrada entre los servicios que ayuda a las clientes a hacer un mejor uso de la gama de servicios disponibles.
- Sin embargo, la consejería integral en SSR se puede ofrecer en cualquier lugar en donde se presten los servicios. De ese modo, un proveedor puede analizar una gama completa de problemas de SSR respecto de los cuales una cliente puede estar preocupada, sin importar el tipo de servicios que se brinden en el lugar. Satisfacer las necesidades de la cliente puede exigir referirla a servicios en un lugar externo, o requerir que se solucione algún problema para determinar qué puede hacer la cliente respecto de una situación para la cual sencillamente no hay servicios localmente.

La consejería integral en materia de SSR se puede brindar en cualquier lugar y en cualquier momento. No siquiera tiene que estar vinculada directamente con una clínica, puesto que muchas estrategias de prevención (por ejemplo la de prevención del VIH y de infecciones de transmisión sexual) involucran el cambio social o de comportamiento más que la atención clínica. De esta forma, la consejería integral sobre SSR puede ser una parte vital de la extensión de los servicios como medio para ayudar a los individuos a identificar sus necesidades, tanto de atención clínica como de estrategias no clínicas para cambiar su consejería.

Instrucciones: Por favor, llene el siguiente formulario que nos permitirá evaluar la actividad en la que acaba de participar. Nos interesa conocer sus opiniones y comentarios sobre las sesiones de capacitación para poder mejorarlas en futuras ocasiones. Sea tan amable de responder a todas las secciones de esta evaluación utilizando el anverso de las hojas, de ser necesario, para agregar o extenderse en sus comentarios. Conteste las preguntas tomando en consideración el punto de vista de los servicios que usted ofrece. Agradecemos su colaboración para llenar este cuestionario.

1. Evaluación general

Favor de encerrar en un círculo la opción que refleje mejor la evaluación general que le merece esta capacitación:

5
Muy bien
4
Bien
3
Buena
2
Deficiente
1
Muy deficiente

II. Logro de los objetivos

Los objetivos generales de la capacitación son garantizar que usted posea los conocimientos, actitudes y destrezas necesarias para proporcionar servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva (SSR) a mujeres y niñas adolescentes con VIH. Los servicios integrales incluyen asesoría y recomendaciones. Para cada una de las tareas sírvase encerrar en un círculo el número que indique el grado con el cual se cumplió con el objetivo: se logró totalmente (5), se logró en su mayoría (4), se logró de alguna forma (3), difícilmente se logró (2), no se logró (1).

Para los objetivos a los que asigne 1, 2 ó 3, sírvase indicar en la columna de comentarios/sugerencias por qué siente que: se lograron de alguna forma, difícilmente se lograron o no se lograron y, por favor, mencione cualquier sugerencia sobre cómo mejorar las tareas.

Principales tareas de una SSR integral	Puntaje					Comentarios/sugerencias
	5	4	3	2	1	
Ayudar a que las clientes evalúen sus necesidades de una gama de servicios de SSR y VIH/sida, y la información y apoyo emocional.	5	4	3	2	1	
Proporcionar información clara, correcta y adecuada a las preocupaciones y necesidades identificadas en las clientes.	5	4	3	2	1	
Asistir a las clientes para que tomen sus propias decisiones en materia de SSR de manera voluntaria e informada.	5	4	3	2	1	
Ayudar a las clientes a que desarrollen las capacidades necesarias para tomar dichas decisiones.	5	4	3	2	1	

III. Otros aspectos de la capacitación

Para cada una de las siguientes preguntas encierre en un círculo la respuesta que mejor represente su opinión. Por favor, agregue cualquier comentario que pudiera tener.

1. ¿Qué tan bien cubrieron sus expectativas los contenidos del curso?

5 4 3 2 1
Muy bien En su mayoría De alguna forma No muy bien Nada bien

Para las dos siguientes preguntas, favor consultar en su agenda el nombre de las sesiones o tópicos del taller.

2. ¿Considerando todas las sesiones cuáles le parecieron las tres **más** útiles y por qué?

a. _____

b. _____

c. _____

3. ¿Considerando todas las sesiones cuáles le parecieron las tres **menos** útiles y por qué?

a. _____

b. _____

c. _____

4. ¿Qué tan bien contribuyeron los métodos de capacitación a lograr los objetivos del taller?

5	4	3	2	1
Muy bien	En su mayoría	De alguna forma	No muy bien	Nada bien

Comentarios:

5. Por favor marque el o los rubros que considere que pudieron haber mejorado el taller.

- Uso de ejemplos y aplicaciones más reales
- Más tiempo para familiarizarse con la teoría y los conceptos
- Más tiempo para poner en práctica destrezas y técnicas
- Integración grupal más efectiva
- Actividades de capacitación más efectivas
- Concentrarse en un tópico más limitado y específico
- Considerar un tópico más amplio e integral
- Otros

Comentarios:

6. Para que esta capacitación resultara más eficaz, ¿cuáles son las tres cosas que cree que los organizadores habrían podido hacer?

- a.

- b.

- c.

- Centre for Development and Population Activities (CEDPA), 2003. *Adolescent sexual and reproductive health: A training manual for program managers*, disponible en: www.phishare.org/documents/cedpa/2483/
- EngenderHealth, 2002. *Youth-friendly services: A manual for health workers*, Nueva York, disponible en: www.engenderhealth.org/res/offc/qi/yfs/index.html
- EngenderHealth, 2003. *Choices in family planning: Informed and voluntary decision making*, Nueva York, disponible en: www.engenderhealth.org/res/offc/ic/choices/index.html
- EngenderHealth, 2003. *Counseling the postabortion client: A training curriculum*, Nueva York, disponible en: www.engenderhealth.org/res/offc/pac/counsel-curr/index.html
- EngenderHealth, 2004. *Comprehensive counseling for reproductive health: An integrated curriculum*, Nueva York, disponible en: www.engenderhealth.org/res/offc/counsel/ccrh/index.html
- EngenderHealth, 2004. *Men's reproductive health curriculum*, Nueva York, disponible en: www.engenderhealth.org/res/offc/map/mrhc/index.html
- EngenderHealth, 2004. *Reducing stigma and discrimination related to HIV/AIDS: A training manual*, Nueva York, disponible en: www.engenderhealth.org/res/offc/hiv/stigma/index.html#stigma
- EngenderHealth y UNFPA, 2004. *HIV prevention in maternal health services: A training manual*, Nueva York, disponible en: www.engenderhealth.org/res/offc/hiv/prevention/index.html
- EngenderHealth y Family Health International (FHI). 2005. *Contraception for women and couples with HIV*, disponible en: www.fhi.org/training/en/modules/ARV/default.htm
- FHI, 2001. *Rethinking differences and rights in sexual and reproductive health: A training manual for health care providers*, Research Triangle Park, Carolina del Norte, disponible en: www.fhi.org/en/RH/Training/trainmat/rethinkDiff/index.htm
- International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), 1999. *Positive women's survival kit*, Londres, disponible en: www.icw.org/icw/Survival%20Kit.pdf
- UNICEF, UNAIDS, OMS y UNFPA, 2003. *HIV and infant feeding: A guide for health-care managers and supervisors*, Ginebra, disponible en: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=203&filterListType=1
- UNAIDS Inter-Agency Task Team on Gender and HIV/AIDS, 2005. *Resource pack on gender and HIV/AIDS*, Amsterdam, disponible en: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=279&filterListType=1
- UNICEF, *Nutrition: Infant feeding and HIV*, Nueva Cork, disponible en: www.unicef.org/nutrition/23964_infantfeeding.html

- Welbourn, A., 1995. *Stepping stones: A training package in HIV/AIDS, communication and relationship skills*, Londres, ActionAid, disponible en: www.steppingstonesfeedback.org/details.htm.
- WHO, 2004. *Medical eligibility criteria for contraceptive use, third edition*, Ginebra, disponible en: www.who.int/reproductive-health/publications/mec/.
- WHO (sin fecha). *Child and adolescent health and development, nutrition: Infant and young child, HIV and infant feeding*, disponible en: www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm.
- WHO, UNFPA, UNAIDS e IPPF, 2005. *Linking sexual and reproductive health and HIV/AIDS: An annotated inventory*, disponible en: www.who.int/reproductivehealth/stis/docs/inventory_linkages_srh_hiv.pdf.
- WHO, UNFPA, UNAIDS e IPPF, 2005. *Sexual and reproductive health and HIV/AIDS: A framework for priority linkages*, disponible en: www.who.int/reproductivehealth/stis/docs/framework_priority_linkages.pdf.
- WHO y UNFPA, 2006. *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*, Ginebra, disponible en: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/616_filename_srh_hiv-aids.pdf.
- WHO, 2001. *Transforming health systems: gender and rights in reproductive health manual*, Ginebra, disponible en: www.who.int/reproductivehealth/publications/transforming_healthsystems_gender/text.pdf.



Las siguientes hojas de datos pueden fotocoparse y distribuirse a mujeres y niñas adolescentes con VIH para que las lleven consigo una vez que hayan acudido a una sesión de consejería sobre preocupaciones comunes relacionadas con su salud sexual y reproductiva (SSR).

- Aftas
- Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)/infecciones del tracto reproductivo (ITR)
- Virus del papiloma humano (VPH) y cáncer cervical
- Reproducción asistida
- Embarazo, nacimiento y alimentación del bebé
- Planificación familiar

Aftas

¿Qué son las aftas (*candida albicans*)?

Muchas mujeres y algunas niñas adolescentes desarrollan aftas en algún momento de su vida. Las aftas son comunes en adultos que se encuentran bajo mucha presión o cuyo sistema inmunológico está dañado debido a una infección de VIH. Muchos bebés las tienen también. Las aftas las ocasionan organismos muy pequeños denominados *candida albicans*, similares a la levadura, que normalmente viven en la piel, la boca e intestinos sin ocasionar problemas.

Hay más probabilidades de que usted desarrolle aftas si:

- está embarazada,
- está tomando ciertos antibióticos,
- tiene diabetes,
- no está bien o está enferma,
- está tomando la pildora anticonceptiva,
- tiene relaciones sexuales con penetración con alguien que tiene aftas,
- come mucha azúcar o productos que la contienen en cantidades importantes,
- usa pantalones muy ajustados o ropa interior de nylon.

Si presenta más de uno de los siguientes síntomas, pudiera estar padeciendo aftas:

- áreas irritadas o protuberancias blancas en la lengua, boca y encías;
- escozor, ardor e irritación alrededor de su vagina, vulva o ano;
- flujo vaginal blanquecino y espeso con apariencia blanca y grumoso y que huele a levadura;
- dolor durante la penetración en las relaciones sexuales;
- dolor al orinar.

Tratamiento

El tratamiento para las aftas es muy sencillo acudiendo, en general, a cremas y supositorios o tabletas.

Para aliviar algunos de los síntomas de las aftas puede probar:

- a la primera señal de irritación, dejar de usar jabón y lavarse con agua;
- dejar de usar pantalones ajustados para permitir que circule la mayor cantidad de aire posible;
- no sentirse tentada a tomar baños o a asearse con mayor frecuencia. En un principio esto puede calmar la irritación, pero después tenderá a empeorar;
- no añadir desinfectante ni burbujas para baño al agua; lo que sí puede poner es un poco de vinagre o 10 gotas de aceite del árbol del té. En lugares donde es posible conseguir yogurt vivo, algunas mujeres con aftas se lo aplican en la parte externa de la vagina para calmar la irritación. Algunas incluso lo untan dentro de su vagina mediante una ducha vaginal o en un tampón. Se piensa que las bacterias benéficas que se encuentran naturalmente en el yogurt vivo destruyen las aftas. Esto funciona en algunos casos, pero no en todos. El ajo es otra opción que podría funcionarle a usted. Pele un diente de ajo, rebánelo y sumérgalo en aceite. Insértelo en su vagina por la mañana y cámbielo por la tarde. Repita al día siguiente o hasta que los síntomas mejoren.
- Si los síntomas persisten consulte a su médico o a una enfermera

¿Las aftas se pueden prevenir?

No hay soluciones simples; pero hay ciertas cosas que se pueden hacer para evitar que se desarrollen con frecuencia:

Aftas (cont.)

- Para las aftas en la boca, evite consumir azúcar, particularmente cuando sufra un ataque.
- Si tiene un ataque de aftas, evite el consumo de frutas, miel y levadura hasta que las aftas desaparezcan por completo, por lo menos durante tres semanas.
- Evite usar ropa interior de nylon muy ajustada. Evite, asimismo, usar pantalones muy ajustados.
- Cuando esté menstruando, use toallas sanitarias en lugar de tampones.
- Evite usar jabones perfumados, aerosoles en los genitales y desodorantes, lo mismo que desinfectantes. Asimismo, evite el uso de mezclas de químicos para la ducha vaginal; todo ello rompe con el equilibrio natural de la vagina.
- Después de defecar, límpiase siempre por la parte de atrás y con movimientos en el sentido que se alejen de la vagina; eso evita que en su vagina entre materia fecal.
- Si le recetaron antibiótico para tratar otra infección, recuérdelo a su médico que usted tiende a desarrollar aftas.

¿Puede tener relaciones sexuales mientras está en tratamiento?

Lo mejor es no tener penetración vaginal, anal u oral hasta que su trabajador sanitario la revise finalmente. Si tiene aftas en la boca deje de besar hasta que se encuentre bien nuevamente. Abrazar y acariciar siempre está bien.

Fuente: ICW, 1999. A positive woman's survival kit, Londres.

Infecciones de transmisión sexual e infecciones del tracto reproductivo (ITS/ITR)

ITS/ITR

Muchas personas padecen ITS o ITR sin percatarse de ello, pues a menudo ese tipo de infecciones son asintomáticas. Esto quiere decir que las personas infectadas no sienten ningún dolor o molestia. Es importante saber sobre las ITS/ITR porque si no se tratan pueden tener efectos muy dañinos, como dolor crónico, cáncer cervical y esterilidad. Si está embarazada y tiene una ITS/ITR sin tratar, el riesgo de contagiar al bebé con VIH u otras infecciones se incrementa. Ahora entendemos que la presencia de una ITS/ITR aumenta las probabilidades de que una persona transmita el VIH a su pareja sexual.

Protéjase usted misma

Es importante que usted misma se proteja contra las ITS/ITR teniendo prácticas de sexo más seguro y usando condón en la relación sexual con penetración, dado que es la única forma de evitar las infecciones de transmisión sexual. Las ITS/ITR pueden realmente afectar su salud y hacer que la enfermedad del VIH avance más rápidamente.

Diagnóstico de una ITS/ITR

En algunos países no es tan sencillo diagnosticar una ITS/ITR cuando usted no presenta síntomas, pues los exámenes necesarios no se encuentran disponibles fácilmente. Sin embargo, ahora se reconoce que practicar exámenes para diagnosticar ITS/ITR y tratarlas es una forma efectiva de reducir el número de nuevos casos de VIH o la reinfección con más de una variedad de cepas del VIH. Esto significa que hoy en día se ofrecen cada vez más tratamientos en clínicas prenatales, en los servicios de ginecología y obstetricia y en los de planificación familiar. Si su pareja presenta síntomas de una ITS pero usted no, es importante que usted reciba tratamiento también. Si uno de los miembros de la pareja tiene una ITS, ambos deben recibir el tratamiento para evitar una reinfección.

Tratamiento

El tratamiento de una ITS/ITR puede ser relativamente barato y sencillo. En ocasiones se reduce a una dosis completa de antibióticos. No obstante, distintas infecciones necesitan de diferente tratamiento; por ello, es importante contar con supervisión médica. Si está embarazada o planea embarazarse la atención prenatal es importante, además de tratar y eliminar cualquier ITS existente. Una infección de este tipo puede contagiar al bebé durante el parto y ocasionarle daños serios. De igual forma, es importante hacerle saber a su médico si usted está embarazada, pues ello puede afectar el tratamiento que reciba.

Muchas mujeres y niñas adolescentes con VIH ya son portadoras de herpes. Si a una mujer o a una niña adolescente con VIH el médico le da una dosis de 400 mg diarios de acyclovir para tomarla todo el tiempo, pueden evitarse brotes repetidos de herpes, aunque se puedan presentar ocasionalmente cuando se encuentre verdaderamente decaída. Esto puede significar una gran diferencia en su calidad de vida; al mismo tiempo, puede reducir el riesgo de contraer otras ITS a través de úlceras de herpes abiertas. Debido a la forma que el herpes toma, este uso periódico de acyclovir no deteriora su efectividad para curar los brotes de este mal.

ITS/ITR—De qué hay que estar pendientes

Si bien muchas mujeres y niñas adolescentes con VIH no presentan síntomas, usted puede estar padeciendo una ITS si tiene relaciones sexuales y nota que hay:

- sangrado vaginal inusual;
- flujo vaginal inusual o del pene de su pareja (“descarga”);
- úlceras, hinchazón o erupciones en o alrededor de la vagina, ano o en el pene de su pareja;

Infecciones de transmisión sexual e infecciones del tracto reproductivo (ITS/ITR) (cont.)

- sensación de ardor al orinar;
- dolor en la parte superior del abdomen y no hay descarga;
- comezón alrededor de la vagina o ano, o si su pareja siente escozor alrededor del pene.

Importante: Si tiene o sospecha tener una ITS/ITR, busque ayuda y tratamiento en un centro de salud.

¿Qué sucede si tengo relaciones sexuales y estoy en tratamiento por una ITS/ITR?

Con cualquier ITS, la mejor forma de evitar la infección es utilizar condón y tener prácticas de sexo seguro cada vez que tenga relaciones sexuales. Evite el sexo oral durante un brote de úlceras y evite también tocar cualquier herida, verruga o úlcera abiertas para reducir el riesgo de infección.

ITS/ITR comunes

Chancro

El chanco es una infección bacteriana común en los países tropicales. Produce úlceras dolorosas en los genitales. Puede identificarse mediante prueba de laboratorio y puede curarse con antibióticos.

Clamidia

La clamidia es una infección que afecta los genitales. Es una de las ITS más comunes. La mayor parte de las mujeres no presentan síntomas. Cuando ya se ha sido diagnosticada, su tratamiento es sencillo, con antibióticos.

Gonorrea

La gonorrea es de origen bacteriana y, nuevamente, muchas mujeres no experimentan sus síntomas. La gonorrea se transmite de una persona a otra mediante la penetración vaginal, anal u oral durante la relación sexual. El contagio ocurre fácilmente. También puede transmitirse al bebé durante el parto ocasionando infecciones en los ojos y la ceguera. Para diagnosticar la gonorrea se acude a un hisopo para tomar una muestra de la superficie del cerviz, la uretra o el cuello uterino. El tratamiento suele ser a base de antibióticos. Si no se le trata, la gonorrea puede derivar en enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), la cual puede imposibilitarla de tener bebés.

Verrugas Genitais

Las verrugas genitales son pequeñas protuberancias de color rosa/blanquecino que pueden aparecer en cualquier lugar de la zona de los genitales o el ano. Las ocasiona un virus denominado virus de papiloma humano (VPH). Las mujeres y niñas adolescentes que presentan estas verrugas y no se las tratan pueden incrementar el riesgo de desarrollar cáncer genital. Las verrugas se contagian a través del contacto con la piel. Si tiene relaciones sexuales con penetración anal o vaginal sin protección, o contacto con alguien que padece verrugas genitales, usted puede contagiarse. En general, pasan dos o tres meses después del contagio antes de que las verrugas aparezcan en los genitales de la mujer y el hombre. Pueden causar escozor y casi nunca son dolorosas. Son varios los métodos para tratar las verrugas genitales. El más común es tratarlas con una película de productos químicos; este tratamiento se lo puede aplicar su médico o enfermera. Otros métodos incluyen congelar las verrugas usando nitrógeno líquido, inyectándolas o removiéndolas con rayos láser.

Herpes Genital

El herpes genital lo causa el virus de herpes simple (VHS). Los síntomas son un hormigueo doloroso o ampollas o úlceras con dolor. En algunos casos se presenta dolor muscular y fiebre. Con el herpes tipo I suelen presentarse úlceras alrededor de la nariz y la boca. El herpes tipo II ocasiona

Infecciones de transmisión sexual e infecciones del tracto reproductivo (ITS/ITR) (cont.)

úlceras o ampollas que provocan escozor alrededor de la zona de los genitales y el ano. El herpes se transmite mediante contacto directo con las partes infectadas del cuerpo de la persona.

Las úlceras de herpes en la boca o en la boca de la pareja pueden infectar la zona genital de la otra persona. Hay varias cosas que usted puede hacer para evitar la diseminación del herpes; entre ellas:

- evite compartir las mismas toallas con su pareja, con otros integrantes de su familia o amigos. A diferencia del VIH, el VHS puede contagiarse de esta forma;
- después de tocar las úlceras, lave siempre sus manos con jabón.

¿Hay algo que pueda hacer para ayudarse si tiene herpes genital?

Hay varias cosas que puede hacer para sentir alivio en la zona afectada:

- Si el dolor es severo pruebe a tomar analgésicos (aspirina/paracetamol), si están disponibles.
- Trate de mantener la zona lo más seca y limpia posible. Cuando tenga que asear las áreas ulceradas, use una solución salina (media cucharada cafetera de sal en medio litro de agua tibia). También puede agregar cinco gotas de aceite del árbol del té en agua salada tibia. Esto puede aliviar las molestias y ayudar a que las úlceras se sequen.
- Aplique violeta de genciana en las úlceras para evitar una segunda infección.
- También puede aplicar miel en las úlceras; sentirá ardor por un minuto para luego sentir alivio. Ayuda a sanar.
- Tome 50 mg de zinc y 500 miligramos de vitamina E todos los días a partir de que las ampollas del herpes aparezcan (tomar estas dosis todo el tiempo ayuda a prevenir la recurrencia de un ataque de herpes).
- Si puede conseguir Zovirax (acyclovir) ello le aliviará y ayudará con el ataque de herpes. Tómelo junto con el zinc y la vitamina E.
- Use ropa holgada, de manera que el aire circule libremente en torno a las zonas afectadas.
- Coloque sobre la zona afectada una bolsa de hielo envuelta en una toalla limpia o un pedazo de tela limpio.
- Descanse.
- Beba muchos líquidos.

Sífilis

La sífilis es una infección bacteriana. Suele transmitirse a través de relaciones sexuales con penetración vaginal o anal, o sexo oral. Una madre puede contagiar a su bebé al momento del parto. Las señales y los síntomas son similares para hombres y mujeres; casi siempre aparece una úlcera en el pene, la vagina, el ano o la boca unos diez o 20 días después de haber tenido relaciones sexuales con una persona infectada. La úlcera desaparece en una semana o dos, aunque la bacteria permanece en el cuerpo. No obstante, la mayor parte de las mujeres y niñas adolescentes no ven la úlcera y puede que no experimenten ningún síntoma. La única forma de asegurar la presencia o no de sífilis es mediante un análisis de sangre. Durante la segunda fase, que podría ocurrir en el transcurso de los siguientes dos años, podría aparecer un sarpullido en las palmas de las manos o los pies, en el rostro y en otras partes del cuerpo. El tratamiento en cualquier momento durante estas dos primeras etapas de la sífilis curará la infección. Sin embargo, si se la deja sin tratar, al cabo de algunos años ocasionará graves daños a la salud.

Fuente: ICW. 1999. A positive woman's survival kit. Londres.

Virus del papiloma humano (VPH) y cáncer cervical

Infección con VPH en mujeres y niñas adolescentes con VIH

En el mundo, el VPH es el organismo de transmisión sexual más frecuente; la mayor parte de las mujeres y niñas adolescentes están expuestas al VPH, incluso a partir de su actividad sexual inicial. Algunas variedades de VPH son causa de verrugas genitales, mientras que otras pueden ocasionar displasia anal o cervical (cambios anormales del tejido) que pueden avanzar hacia cáncer cervical o anal si no se les trata. No obstante, la mayor parte de las infecciones del VPH se resuelven por sí mismas; en caso de hacerse crónicas o persistentes pueden llevar al desarrollo de precáncer y/o cáncer. Existen varias diferencias importantes entre las infecciones por el VPH entre las mujeres y niñas adolescentes con VIH, en comparación con quienes no están infectadas con el VIH. Las mujeres y niñas adolescentes con VIH:

- tienen mayor persistencia de infecciones de VPH;
- tienen entre dos y seis veces más riesgos de presentar lesiones precancerosas de cerviz (displasia);
- tienen mayores probabilidades de infección por variedades múltiples del VPH, incluidas las asociadas crecientemente con cáncer;
- desarrollan con mayor rapidez cáncer cervical invasivo.

Estas diferencias se encuentran más marcadas entre las mujeres y niñas adolescentes con enfermedad avanzada de VIH.

Las mujeres y niñas adolescentes con VIH presentan una mayor incidencia y prevalencia de verrugas genitales—en particular las mujeres y niñas adolescentes con enfermedad avanzada de VIH, quienes podrían tener una respuesta menos favorable a los tratamientos y recurrencia frecuente. Las opciones de tratamiento son las mismas que las empleadas con mujeres VIH-negativas y dependen de las preferencias de las clientes, los recursos de que dispongan y la experiencia del proveedor de servicios médicos. Se recomiendan biopsias de las verrugas genitales cuando el diagnóstico no es muy claro, cuando las lesiones empeoran durante la terapia o las verrugas son atípicas (que estén pigmentadas, se sientan duras al tacto, rígidas o ulceradas). Las verrugas genitales y las variedades de VPH que las ocasionan no están asociadas con el cáncer cervical.

El término displasia cervical se utiliza para describir el crecimiento anormal de células en la superficie cervical; esto es, la parte del útero que abre hacia la vagina. Estos cambios en el tejido cervical están clasificados como ligeros, moderados o severos, o de bajo o alto grado (dependiendo del tipo de clasificación utilizado). Si bien la displasia no ocasiona problemas de salud por sí misma, se la considera como una condición precancerosa. De no tratarse, la displasia pudiera progresar hacia una forma inicial de cáncer conocida como carcinoma cervical in situ y, eventualmente, hacia cáncer cervical invasivo. La displasia puede detectarse con una prueba de Papanicolaou. Detectar con anticipación y tratar la displasia es esencial para prevenir el cáncer.

VPH anal y displasia anal

El VPH anal es común en mujeres y niñas adolescentes con VIH, especialmente si han tenido verrugas genitales, sexo anal o displasia cervical. No obstante que la penetración anal es la forma más directa de adquirir VPH anal, usted puede infectarse incluso si no ha practicado nunca esa forma de relación sexual.

Si una mujer o una niña adolescente con VPH ha padecido displasia cervical o ha tenido relaciones sexuales con penetración anal, puede considerar preguntar a su proveedor de servicios de salud sobre la necesidad de una prueba de Papanicolaou anal con el fin de buscar VPH anal. El

Virus del papiloma humano (VPH) y cáncer cervical (*cont.*)

Papanicolaou anal es similar al Papanicolaou cervical; esto es, se recolectan células para observar si hay lesiones en el ano. De encontrarse cualquier otra anomalía, el personal médico debe utilizar un anoscopio (similar a un colposcopio) para ver dentro del canal anal e identificar cualquier lesión, verruga o tejido anormal que requiera tratamiento.

No obstante la alta tasa de prevalencia de displasia anal con VIH, no existen lineamientos de exámenes comparables para las anomalías anales. Un examen anal y programa de tratamiento, similar a la prueba cervical, podría ayudar a prevenir cáncer anal en mujeres, jóvenes y hombres con VIH.

Cánceres en el tracto genital inferior

La primera causa subyacente de cáncer cervical es la infección con una o más variedades de VPH de alto riesgo. Las mujeres con VIH tienen riesgos crecientes de desarrollar cáncer cervical, aunque este hecho no se ha observado en todos los países.

Señales y síntomas

Las primeras etapas de cáncer cervical no producen señales ni síntomas; pero a medida que el cáncer avanza pueden aparecer tales señales y síntomas; se trataría de:

- sangrado vaginal después del coito, entre periodos menstruales o después de la menopausia;
- flujo vaginal acuoso o con sangrado con posible olor fétido;
- dolor pélvico o dolor durante el coito.

Las mujeres y niñas adolescentes con VIH que reciben tratamiento para cáncer cervical invasivo necesitan tratamiento antiretroviral (ARV) para VIH. No se requiere modificar los lineamientos actuales para la prueba y tratamiento de cáncer cervical para mujeres que están bajo tratamiento de ARV. No se sabe si el tratamiento con ARV afecta sustancialmente la historia natural de lesiones cervicales precancerosas; tampoco es claro el papel que dicho tratamiento desempeña en el manejo de enfermedades cervicales. En algunos estudios se han observado efectos benéficos en lesiones cervicales, pero no en otros.

Prueba de detección

La prueba de detección cervical es reconocida como el enfoque actual más eficaz para controlar el cáncer cervical. La experiencia de diversos países ha mostrado que programas de pruebas bien planeados y organizados y con una alta cobertura pueden reducir significativamente el número de casos de cáncer cervical y las tasas de mortalidad. A ninguna mujer se le debería negar tratamiento precanceroso o canceroso invasivo por ser seropositiva. Además, la realización de pruebas para controlar el cáncer cervical no debería vincularse a, o ser dependiente de las pruebas de VIH.

La OMS y el UNFPA recomiendan que las mujeres y niñas adolescentes con VIH tengan acceso a pruebas de detección de cáncer cervical con la misma frecuencia y utilizando la misma prueba que se aplica a las mujeres sin VIH.

Muchos países con alta prevalencia de VIH carecen de servicios citológicos u otros para brindar tratamiento adecuado. Una opción viable en ese contexto es la revisión visual y tratamiento con crioterapia (cualquier método que emplea temperatura fría para tratar la enfermedad), que puede brindarse como atención ambulatoria.

Virus del papiloma humano (VPH) y cáncer cervical (cont.)

Tratamiento para lesiones precancerosas

Debe evitarse el tratamiento para lesiones de grado bajo en mujeres y niñas adolescentes con VIH debido al creciente riesgo de complicaciones y la dispersión de VIH durante la recuperación después del tratamiento. Sin embargo, las lesiones de alto grado requieren de tratamiento, ya que las probabilidades de que progrese a cáncer son mayores. Las mujeres y niñas adolescentes con VIH tienen mayores probabilidades de presentar enfermedades persistentes con un avance más acelerado. Además, la recurrencia de displasia está fuertemente asociada con el grado de inmunosupresión, que ocurre en aproximadamente 90 por ciento de las mujeres con conteo de células CD4 por debajo de 200. Se recomienda un seguimiento más frecuente (cada seis meses), con re-tratamiento inmediato de lesiones de alto grado persistentes o recurrentes. Las mujeres y niñas adolescentes que reciben tratamiento para displasia cervical necesitan ser informadas de la necesidad de acudir a consultas de seguimiento y posiblemente de volver a recibir tratamiento, e igualmente de las posibilidades de que la dispersión del VIH se incremente durante la etapa de la recuperación.

Manejo de cáncer invasivo

Las mujeres y niñas adolescentes con VIH que presentan cáncer cervical invasivo (esto es, cáncer que se ha extendido de la superficie del cerviz a sus capas profundas u otras partes del cuerpo) hasta diez años antes que el promedio, tienen una enfermedad más avanzada y un pronóstico peor. Para mujeres con conteo de células CD4 por debajo de 200, la cirugía es la opción preferible cuando resulta apropiada, aunque también se utiliza radiación o quimioterapia. Las mujeres y niñas adolescentes con enfermedad de VIH avanzada suelen tener un pronóstico malo con cualquier modalidad de tratamiento. Para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen cáncer, es esencial la existencia de programas paliativos de atención integral que no las condenen.

Fuentes: UNFPA y OMS. 2006. *Reproductive and sexual health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*, Ginebra, disponible en: www.who.int/hiv/pub/guidelines/rhr/en/index.html; The Women's Health Channel, www.womenshealthchannel.com/cervicaldysplasia; The Body, www.thebody.com; Cable News Network (CNN), www.cnn.com, y la página electrónica de los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), www.cdc.gov.

Reproducción asistida

Reproducción asistida y VIH

En parejas serodiscordantes (donde una de las partes es VIH-positiva y la otra VIH-negativa), el embarazo trae consigo riesgos de transmisión, y de reinfección cuando ambas personas son VIH-positivas. Aun si la carga viral en sangre es baja o indetectable, la carga viral en semen y fluidos genitales podría ser mayor. Cualquier “intento de embarazo” (esto es, tener relaciones sexuales sin emplear anticonceptivos) implica una relación sexual insegura en la que se corre el riesgo de transmisión o reinfección. Los siguientes factores ayudan a reducir el riesgo, aunque no lo eliminan.

- Los intentos de embarazo que involucren relaciones sexuales sin protección, que se tengan sólo durante los días fértiles de la mujer, con niveles indetectables de carga viral en sangre, implican un riesgo relativamente bajo. (No obstante, las personas pueden infectarse incluso si se exponen al VIH una sola vez).
- Los hombres circuncidados son menos susceptibles a la infección de VIH y las probabilidades de transmitir ese virus a una mujer seronegativa son menores.
- Las pruebas de detección y tratamiento de cualquier infección del tracto genital o cualquier otra infección de transmisión sexual (ITS) se las deben realizar ambos integrantes de la pareja antes de realizar cualquier intento de concebir.
- En la pareja, el hombre deberá practicarse un análisis de semen para observar cualquier infección y asegurarse de que tiene un espermatozoides saludable.
- Es muy poco probable que las parejas que tienen relaciones sexuales sin protección mientras tratan de concebir regresen a la práctica de utilizar condón. Esto incrementa significativamente el riesgo de que la pareja VIH-negativa quede infectada.

Las técnicas de reproducción asistida posibilitan la concepción a las parejas, al mismo tiempo que protegen de infección a la pareja VIH-negativa, o que una de las partes VIH-positiva se reinfecte con variedades de VIH resistentes. Entre dichas técnicas se encuentran:

- el lavado del semen y la inseminación artificial,
- la inseminación intrauterina,
- la fertilización *in vitro* (FIV).

Lavado del espermatozoides e inseminación artificial

- El lavado del espermatozoides es un método seguro de concepción en parejas serodiscordantes, donde el hombre es VIH-positivo y la mujer es VIH-negativa.
- El tratamiento implica separar el espermatozoides de los fluidos seminales que portan el virus en las células blancas infectadas. Se hace una prueba del espermatozoides lavado para observar presencia de VIH; si está limpio, se puede inyectar en el útero de la mujer mediante un catéter.
- El espermatozoides lavado puede utilizarse también en la FIV si el conteo de espermatozoides es bajo.
- Hasta ahora no ha habido casos de transmisión de VIH a mujeres debido a espermatozoides lavado.
- En muchos países, no es sencillo conseguir este procedimiento en hospitales del sector público o en clínicas de fecundidad; el costo es, además un obstáculo significativo para que las parejas tengan acceso al servicio y para que los servicios de salud puedan ofrecerlo.

Reproducción asistida (cont.)

Inseminación intrauterina

- Cuando la mujer es VIH-positiva y el hombre es VIH-negativo, puede recurrirse a la inseminación artificial.
- La inseminación artificial por usted misma, o “autoinseminación”, se logra con una jeringa plástica; no implica riesgo alguno para el hombre y es un procedimiento barato y sencillo. Esta es la forma más segura de proteger del VIH al hombre.
- Cercano el tiempo de la ovulación, necesita introducir el esperma de su pareja en lo más profundo de la vagina. La ovulación sucede a la mitad de su ciclo, unos 14 días antes de su periodo.
- Distintas clínicas recomendarán métodos diferentes para recolectar el esperma. Una forma es mediante coito utilizando un condón sin espermicida. Otra es que su pareja eyacule en un recipiente. En ambos casos, usted insertará en su vagina el esperma con ayuda de una jeringa.
- Las clínicas deben poder facilitar el recipiente y la jeringa. Asimismo, pueden brindar instrucciones detalladas de cómo hacerlo, incluyendo asesoría sobre el momento de realizar el proceso para coincidir con la ovulación.

Fertilización *in vitro* (FIV)

- La FIV es un método que implica combinar un huevo con esperma en un recipiente de laboratorio. Si el huevo queda fertilizado la división celular inicia y el embrión resultante se transfiere al útero de la mujer; ahí, es probable que se implante en la pared uterina para seguir desarrollándose. La FIV puede realizarse a la par de un tratamiento médico para estimular que los ovarios produzcan múltiples huevos a fin de incrementar las posibilidades de la fertilización e implantación exitosas.
- La FIV se recomienda cuando el conteo de esperma del hombre es bajo y puede utilizarse junto con el lavado de esperma, como ya se indicó previamente.
- La FIV puede usarse, asimismo, en situaciones donde ambos miembros de la pareja son VIH-positivos. Ello reduce el riesgo de reinfección con una cepa diferente de VIH.
- En muchos países, el acceso a este procedimiento en hospitales del sector público o en clínicas de fecundidad no es fácil, y su costo es un obstáculo significativo para las parejas y para que los servicios de salud puedan ofrecerlo.

Adopción

- Las personas con VIH tienen derecho a la adopción.
- En contextos donde las técnicas de reproducción asistida no están disponibles o son muy costosas, la adopción puede ser otra opción para las parejas con VIH que desean tener hijos.

Fuentes: Ipas et al., 2004. *Fulfilling reproductive rights for women affected by HIV: A tool for monitoring achievement of Millennium Development Goals*; Center for Health and Gender Equity (CHANGE); International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), Ipas, Pacific Institute for Women's Health (PIWH); I-base website, www.i-bases.info/guides/pregnancy/planning.html.

Embarazo, parto y alimentación del bebé

Esta es la versión resumida de un documento mucho más extenso que está disponible por la vía del correo electrónico escribiendo a info@icw.org. O puede descargarlo de www.icw.org/

Las mujeres con VIH que desean tener hijos deben poder tener acceso a los tratamientos y atención que necesitan para tener embarazos saludables y bebés saludables que sean seronegativos saludables. Esta hoja de datos explica cómo es posible reducir considerablemente el riesgo de que una madre transmita el VIH a su bebé. La información está lo más actualizada posible (al mes de agosto de 2006); no obstante, como la investigación sigue su curso sugerimos que, de ser posible, consulte a un trabajador de la salud con respecto a su embarazo, para que reciba información sobre las mejores opciones. Si tiene acceso a internet puede también visitar los sitios: www.aidsmap.com/web/pb3/eng/1a3edd95-c60b-4bff-83d5-ce706aa88191.htm o www.unaids.org para acceder a la información más reciente.

Prevenir la transmisión perinatal

El VIH puede transmitirse al bebé a través del cuerpo de la madre durante el embarazo, el parto o al amamantarlo. Entre 50 y 60 por ciento de los bebés nacidos de madres con VIH tienen posibilidades de no ser VIH-positivos. Con algunas precauciones básicas, las tasas de transmisión durante el embarazo, el parto y la lactancia pueden reducirse considerablemente. En muchos contextos, las posibilidades de transmitir el virus pueden reducirse a sólo 2 por ciento. Nuestra comprensión de este tema mejora constantemente; sin embargo, en muchas partes del mundo las mujeres no tienen acceso aún a la información, atención o tratamientos a los cuales tienen derecho.

Reducción del riesgo de transmisión perinatal

Si usted puede mantenerse saludable, esto será lo mejor que pueda ocurrirle a usted y a su bebé. Hay varias formas para reducir el riesgo de transmitir la infección al bebé durante el embarazo, el parto o la lactancia.

- **Conozca su condición con respecto al VIH.** Si usted sabe su condición, esto le ayudará a decidir los pasos que debe dar para reducir el riesgo de transmitir el VIH a su bebé.
- **Busque asesoría médica.** Póngase en contacto con un trabajador sanitario antes de embarazarse o cuando curse las primeras etapas de su embarazo; de este modo, el trabajador sanitario podrá vigilar su salud y asesorarla para reducir el riesgo de transmitir el VIH al bebé. Si usted es VIH-positiva, lo mejor es que su parto lo atienda un profesional de la salud capacitado que sepa de su condición, pues ello le permitirá tomar las medidas necesarias para reducir el riesgo de transmisión del virus.
- **Si le es posible, vea por su salud.** Las mujeres embarazadas o que están amamantando y están enfermas a causa del VIH tienen mayores probabilidades de transmitir el VIH a sus bebés, en comparación con las mujeres que están bien.
- **Use condón, especialmente si tiene relaciones sexuales durante su embarazo y mientras esté amamantando,** para protegerse contra otra variante del VIH y otras infecciones de transmisión sexual que también podrían afectar su salud y la de su bebé. Si usar condón es problemático para su pareja, puede ayudar que usted o un profesional de la salud le explique cómo usarlo para reducir el riesgo de transmisión de VIH al bebé.
- **Trate de ingerir una dieta balanceada** que incluya, por ejemplo, carne roja y huevos, verduras verdes, fruta y cereales.
- **Descanse,** también es importante.
- **Tome medicamentos antiretrovirales (ARV)** (si tiene acceso a ellos y cubre los requisitos para iniciar con ARV), observe cuidadosamente las recomendaciones médicas con respecto a qué

Embarazo, parto y alimentación del bebé (cont.)

tomar y cuándo, a fin de reducir la cantidad de virus en su sangre. Esto puede reducir tanto el avance del VIH en su cuerpo como las posibilidades de transmitirlo a su bebé. Líneas abajo encontrará más información sobre ARV.

Nota. Todos los bebés nacen portando en su sangre los anticuerpos de la madre; por ello, puede pasar hasta 15 meses para que la prueba de anticuerpos al VIH muestre si el bebé es seropositivo o seronegativo. Según un informe reciente de la OMS: “La infección de VIH puede diagnosticarse definitivamente en infantes infectados únicamente utilizando ensayos de infección viral (detección de VIH por medio de reacción en cadena de polimerasa [RCP] en ADN o ARN). Pudiera ocurrir que no sea posible realizar estos ensayos en contextos en donde los recursos son limitados... En caso de estar disponibles habrá de aplicarse una prueba virológica entre las seis semanas y seis meses de edad... La infección por VIH puede ser razonablemente excluida entre niños con dos o más pruebas virológicas negativas realizadas entre las seis semanas y seis meses de edad en infantes que no son amamantados, y para los que sí lo fueron, seis meses después de que dejaron el pecho. En ausencia de ensayos de diagnóstico viral, se utilizan pruebas de anticuerpos VIH.”¹ La infección por el VIH puede excluirse definitivamente en un infante no amamantado si la prueba anticuerpo VIH es negativa a los 18 meses de edad. Resultados positivos VIH persistentes transcurridos 18 meses después del parto confirman la infección con VIH independientemente del amamantamiento.

Más sobre el embarazo

Todas las mujeres con VIH que se embarazan necesitan, idealmente, de un seguimiento periódico y de atención durante el embarazo. Buscar atención prenatal temprana significa que hay que realizar pruebas, identificar enfermedades (como la malaria o los parásitos intestinales que causan anemia) y, cuando sea el caso, dar tratamiento. Manténgase sana, coma bien, evite enfermarse, use condón, descanse y tome ARV; esta es una de las formas más efectivas para mantenerse bien: ver por usted misma y reducir el riesgo de transmitir el VIH a su bebé.

Más sobre el parto

Estrategias para reducir a transmissão do HIV durante o nascimento incluem:

- suministrar ARV a las mujeres antes y durante el parto (y comúnmente zidovudine o nevirapine al bebé después del parto);
- prevenir el trabajo de parto prolongado y/o difícil (quienes atiendan el parto no deben romper la fuente artificialmente);
- evitar intervenciones que impliquen sangrado, como la episiotomía, el parto asistido con fórceps o la aplicación de electrodos en la cabeza del bebé;
- tener una cesárea en vez de una terapia combinada de largo plazo si es VIH positiva (si está disponible en el lugar en donde usted vive);
- si es VIH positiva y la practican una cesárea debe recibir antibióticos para reducir el riesgo de infección.

¹ WHO, Oficina Regional para el Pacífico Occidental, 2005. “Antiretroviral therapy for children with HIV infection in resource-limited settings”, *HIV/AIDS Antiretroviral Newsletter*, núm. 11, p. 3. Consulta del 28 de junio de 2006 en el sitio: www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/33C36F11-6EFC-4255-A321-2CC6D5466FE0/0/ARV_Newsletter_Issue_11.pdf.

Embarazo, parto y alimentación del bebé (cont.)

Alimentación del bebé

La leche materna es el mejor alimento para un recién nacido. No obstante, amamantar es una ruta de transmisión del VIH. Esta hoja de datos subraya aspectos a considerar para decidir amamantar o no. Para mayor información, véase la hoja informativa de ICW, más extensa, en relación con mujeres con VIH: *Pregnancy, childbirth and feeding your baby* (“Embarazo, parto y la alimentación de su bebé”), y trate de hablar sobre este asunto con su proveedor de servicios de salud.²

- A la fecha, algunas mujeres con VIH extraen su leche periódicamente para luego pasteurizarla, calentándola sólo hasta el punto de hervor y dejándola enfriar antes de alimentar al bebé. Las investigaciones preliminares sugieren que ésta podría ser una forma segura de destruir el VIH en la leche. Usted puede informarse de más detalles en la hoja informativa más extensa de la ICW.
- Si usted prefiere no amamantar, evalúe si tiene otras opciones seguras:
 - ¿tiene acceso a agua segura y limpia?
 - ¿puede cubrir el costo de un suministro de leche durante seis a 12 meses?
 - ¿tiene acceso a utensilios adecuados para alimentar?
 - ¿tiene acceso a combustible para esterilizar equipos y calentar la leche?
- También trate de pensar sobre las implicaciones sociales y culturales que tiene el no amamantar.
 - ¿La gente sospechará que usted es seropositiva?
 - ¿Esto le ocasionará problemas?
 - ¿Puede pensar en alguna otra razón para argumentar y justificar que no amamante? (por ejemplo que le duelen mucho los pechos; a muchas mujeres les sucede esto de todas formas).

Más sobre los ARV

(Véase un recurso adicional sobre ARV y embarazo que se menciona líneas abajo.)³

Una madre saludable tiene más probabilidades de tener un bebé sano. Si una mujer necesita una terapia de ARV para cuidar su propia salud, es muy probable que el suministro de esos medicamentos resulte en: a) que continúe con buena salud y, además, b) que reduzca el riesgo de transmitir el VIH a su bebé. Cuando una madre no requiere terapia en el momento se le puede administrar una “monoterapia” (normalmente zidovudine, también conocida como AZT, o nevirapine), antes y durante el parto, y al bebé después del parto. La monoterapia puede también recetarse cuando no se dispone de terapia combinada. (Sin embargo, en los lugares que tengan disponibilidad de la terapia combinada, lo ideal es que la madre la reciba). No obstante que esto reduce el riesgo de transmisión hacia el bebé, tiene también inconvenientes para la salud de la madre.

² Nota: Debido a que el VIH puede ser transmitido a través de la leche materna, los lineamientos pensados para mujeres con VIH que amamantan a sus bebés son diferentes de los considerados para las madres seronegativas. Vea los siguientes recursos en los que se mencionan las formas en que difieren: UNFPA, *HIV and infant feeding: Framework for priority action*, Ginebra, consultado en: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=156&filterListType=1; UNICEF, sin fecha, *Infant feeding and HIV: Nutrition*, consulta del 28 de junio de 2006 en el sitio: www.unicef.org/nutrition/23964_infantfeeding.html; OMS, sin fecha, *HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers: Mother-to-child transmisión*, consulta del 28 de junio de 2006 en el sitio: www.unaids.org/en/Issues/Affected_communities/mothertochild.asp.

³ Department of Health and Human Services, 2006. *HIV and pregnancy*, AIDSinfo, consultado en: www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/HIVandPregnancy_FS_en.pdf.

Embarazo, parto y alimentación del bebé (cont.)

¿Cómo funcionan? Los ARV reducen la cantidad de virus en el torrente sanguíneo; por ende, hacen que disminuya el riesgo de transmisión a un bebé durante el embarazo, el parto y a través de la lactancia. Los ARV pueden tener efectos secundarios para usted y su bebé. Muchas mujeres consideran que los beneficios de tener un bebé VIH negativo superan con mucho los riesgos de complicaciones durante el embarazo o las posibilidades extremadamente bajas de defectos congénitos en el bebé.

¿Por qué debo tomar más del grupo de ARV? Un solo medicamento (monoterapia, comúnmente zidovudine o nevirapine) puede reducir el riesgo de transmisión al bebé durante el trabajo de parto/parto; pero no es tan efectivo como una terapia combinada. Pregunte a su médico sobre el particular. La monoterapia podría resultar también en que la madre desarrollara resistencia al medicamento. De nuevo, lo mejor es indagar con su médico sobre el tema.

Si ya estoy bajo un régimen de terapia combinada y me embarazo, ¿debo continuar con él? Sí. A pesar de que, en general, se recomienda no tomar medicamentos en los tres primeros meses de embarazo, si ya está con una terapia combinada lo mejor es continuar, porque al suspenderla se puede incrementar la cantidad de virus en su sangre y, en consecuencia, el riesgo de transmisión a su bebé. Algunos medicamentos de la terapia combinada no son recomendables durante el embarazo, por lo que es posible que tenga que cambiarlos. Pregunte a su médico sobre este aspecto.

Hay muchas cosas que es posible hacer y que pueden ayudarle a usted y su bebé a mantenerse sanos. Si tiene posibilidades, trate de establecer contacto con algún grupo de mujeres con VIH con quien pueda analizar las ideas y sugerencias que hacemos en esta hoja informativa. Al hacerlo, muchas mujeres con VIH han encontrado en ello un apoyo real. Aún así, no hay respuestas sencillas a muchas de estas dificultades y desafíos; sin embargo ICW seguirá tratando de mantenerla informada respecto de nuevas investigaciones conforme vayan surgiendo.

Fuentes: ICW, 1999. A positive woman's survival kit, Londres; UNFPA y OMS, 2006. Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings, Ginebra.

Planificación familiar

Las mujeres con VIH tienen derecho a tomar decisiones autónomas y libres de coacción en relación con la planificación familiar, y sobre la base de información objetiva. Deben poder elegir métodos anticonceptivos diversos y acceder al método elegido.

Métodos anticonceptivos y uso del método de doble protección

Con pocas excepciones, las mujeres y niñas adolescentes con VIH pueden usar la mayoría de los métodos anticonceptivos modernos.

Condón (masculino y femenino)

- El condón protege contra el embarazo, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las infecciones del tracto reproductivo (ITR), incluidas las reinfecciones con VIH o transmisión de VIH a la pareja (doble protección).
- El condón es efectivo cuando se usa consistente y correctamente cada vez que tenga relaciones sexuales.
- El condón puede utilizarse solo o en combinación con otros métodos de planificación familiar (uso de método de doble protección).
- Los condones femeninos son más caros que los masculinos y son difíciles de encontrar.
- Los condones femeninos los inserta la mujer.
- En términos generales, las parejas tienen que hablar sobre uso del condón masculino o femenino.

Uso del método de doble protección

- El uso del método de doble protección aborda algunas de las limitaciones del enfoque del método único.
- No obstante, los condones son más efectivos para prevenir ITS/ITR y VIH de lo que son para prevenir el embarazo.
- El enfoque del método de doble protección se relaciona con el uso del condón para prevenir las ITS/ITR, reinfecciones de VIH, o infectar a la pareja y usar otro método anticonceptivo para prevenir el embarazo.

Anticoncepción de emergencia

- La anticoncepción de emergencia evita el embarazo cuando el método anticonceptivo falló, cuando no se utilizó ningún método o cuando la relación sexual fue forzada.
- Una mujer puede tomar las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) en los siguientes cinco días después de haber tenido coito sin protección, aunque son más efectivas entre más pronto se tomen después de haber tenido la relación sexual sin protección.
- La anticoncepción de emergencia puede ocasionar náusea, vómito, manchas de sangre o sangrado.
- La anticoncepción de emergencia no evita el embarazo la siguiente ocasión que tenga una relación sexual.
- La anticoncepción de emergencia tampoco evita las ITS/ITR, incluyendo la reinfección con VIH.

Planificación familiar (*cont.*)

La píldora

- Los anticonceptivos orales son muy seguros y efectivos.
- Se toma una píldora cada día.
- La píldora reduce el sangrado menstrual y los cólicos.
- Las mujeres pueden tomar la píldora cuando están tomando también medicamentos antiretrovirales.
- La píldora no protege contra las ITS/ITR o contra la reinfección con VIH.
- Los efectos secundarios más comunes vinculados con la píldora incluyen náusea, manchas de gotas de sangre y dolor de cabeza.
- A las mujeres que toman la píldora se les recomienda utilizar también condón (*uso del método de protección doble*).

Inyectables de efecto prolongado

- Las sustancias inyectables son muy seguras y efectivas.
- Se requiere una inyección cada dos o tres meses.
- Después de dejar de utilizar los inyectables, suele tomar más tiempo concebir, en comparación con otros métodos cuando se dejan de utilizar.
- Los inyectables no protegen contra las ITS/ITR, incluyendo la reinfección con VIH.
- A las mujeres que usan inyectables se les recomienda que utilicen también condón (*uso del método de protección doble*).

Esterilización femenina

- La esterilización femenina es muy segura y efectiva.
- Es un procedimiento quirúrgico.
- La esterilización es un método permanente para las mujeres que ya no desean tener más hijos.
- Quienes se la practican siguen teniendo periodos menstruales ya que el útero se mantiene.
- La esterilización no protege contra las ITS/ITR, incluyendo la reinfección con VIH.
- A las mujeres esterilizadas se les recomienda que utilicen condón también (*uso del método de protección doble*).

Esterilización masculina (vasectomía)

- La vasectomía es muy segura y efectiva.
- Es un procedimiento quirúrgico sencillo.
- La vasectomía es un método permanente para los hombres que ya no desean tener más hijos.
- La vasectomía no afecta la capacidad sexual de los hombres.
- La vasectomía no protege contra las ITS/ITR, incluyendo la reinfección con VIH.
- A quienes se practicaron la vasectomía se les recomienda utilizar condón también (*uso del método de doble protección*).

Implantes hormonales

- Los implantes hormonales son muy seguros y efectivos.
- Consisten de seis pequeños tubos plásticos colocados bajo la piel en la parte superior del brazo.
- Los implantes duran entre cuatro y siete años, dependiendo del peso de la usuaria.
- Las mujeres pueden embarazarse tan pronto como el implante se retira.

Planificación familiar (*cont.*)

- Es común que los implantes alteren mensualmente los patrones de sangrado.
- Los implantes no protegen contra las ITS/ITR, incluyendo la reinfección con VIH.
- A las usuarias de implantes se les recomienda que utilicen, asimismo, condón (*uso del método de doble protección*).

Dispositivo intrauterino de cobre (DIU)

- El DIU es muy seguro y efectivo.
- Es un dispositivo pequeño que se coloca dentro del útero.
- El DIU se mantiene funcionando durante 10 años como mínimo.
- Puede removerse en el momento que se desee.
- El DIU puede incrementar el sangrado menstrual y los cólicos.
- El DIU no protege contra las ITS/ITR, incluyendo la reinfección con VIH.
- A las usuarias del DIU se les recomienda utilicen también condón (*uso del método de doble protección*).

Método de amenorrea de la lactancia (MELA)

- El MELA es un método que se basa en la lactancia.
- Implica amamantar con frecuencia, día y noche, y que el infante reciba muy poco o ningún otro tipo de alimento.
- El MELA es efectivo durante seis meses después del parto.
- El MELA no protege contra las ITS/ITR, incluyendo reinfecciones con VIH.
- A las usuarias del MELA se les recomienda que utilicen condón también (*uso del método de doble protección*).

Interacciones con medicamentos

- Algunos ARV pueden incrementar o disminuir los niveles hormonales reduciendo así los niveles de eficacia de los métodos anticonceptivos hormonales, o incrementando los efectos secundarios.
- No queda claro si la eficacia de las hormonas anticonceptivas se ve afectada sensiblemente por la reducción de concentraciones.

Hasta ahora, las preocupaciones sobre resultados desfavorables de las interacciones entre anticonceptivos hormonales y medicamentos ARV son de carácter teórico.

Cuidados durante el aborto y posteriormente

- En los países donde el aborto es legal, la técnica de aspirado es el método más seguro para inducir el aborto, al compararse con la dilatación o el curetaje, para las mujeres y niñas adolescentes con VIH.
- El uso rutinario de antibióticos puede ayudar a reducir el riesgo de infecciones posteriores al procedimiento.
- El aborto médico podría ser la mejor opción para las mujeres y niñas adolescentes con VIH, dado que la tasa de infección es menor en comparación con métodos quirúrgicos.

Fuentes: OMS. 2004. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, terceira edição*. Ginebra; OMS e UNFPA. 2006. *Reproductive and Sexual Health of Women with HIV: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. Ginebra.

Página	Título de Sesión
193	Introducción al taller de planeación del programa
195	Ejemplo de una agenda para un taller de dos días
197	Sesión 1: Panorama general
199	Sesión 2: Vinculación de programas de SSR y VIH/sida
205	Sesión 3: Realizar un rápido análisis situacional
217	Sesión 4: Determinar prioridades para intervenciones programáticas que vinculan SSR con VIH/sida
223	Sesión 5: Desarrollo de un Plan de acción
227	Sesión 6: Clausura

Introducción al taller de planeación del programa

El compromiso de la comunidad internacional para intensificar los vínculos entre salud sexual y reproductiva (SSR) y VIH/sida a nivel de políticas y programas quedó de manifiesto en el documento de posicionamiento político de UNAIDS, de junio de 2005: *Intensifying HIV prevention*, elaborado a partir del *New York Call to Commitment: Linking HIV/AIDS and Sexual and Reproductive Health*,¹ el *Glion Call to Action on Family Planning and HIV/AIDS in Women and Children*² y el *Abuja Call to Action: Towards an HIV-Free and AIDS-Free Generation*.³ Estas declaraciones políticas hacen un llamado a la comunidad de organizaciones y personas que trabajan en los ámbitos de la SSR y el VIH/sida para fortalecer los vínculos programáticos entre SSR y VIH/sida.

El vínculo entre programas de SSR y VIH/sida desembocará en varios e importantes beneficios para la salud pública. No obstante, desconocemos aún qué vínculos tendrán mayor impacto y cómo fortalecer los específicos en distintos contextos programáticos. Los siguientes pasos para la planeación pueden servir para facilitar que un grupo de actores interesados diseñen intervenciones programáticas que vinculen la SSR con el VIH/sida. Es recomendable que los directores de programa y trabajadores sanitarios invitados a este taller hayan culminado la capacitación de cuatro días sobre “Salud sexual y reproductiva para mujeres y niñas adolescentes con VIH.”

Planning Steps

- Reúna a un equipo de directores de programas y trabajadores sanitarios de las áreas de VIH/sida y SSR de instituciones de salud pública y comunitaria del distrito en donde usted se desempeña, para que participen en un taller de dos días y desarrollen un Plan de acción que vincule servicios de atención a VIH/sida y SSR (asegúrese de incluir a personas que viven con VIH/sida).
- Compile y distribuya datos e información existente, incluyendo políticas y planes estratégicos específicos y relevantes para el país relacionados con el VIH/sida y la SSR, tasas de prevalencia de VIH/sida y tasas de uso de anticonceptivos específicas para el país, al igual que otras encuestas o estudios nacionales pertinentes para la SSR de mujeres y niñas adolescentes con VIH, como podrían ser los obstáculos que enfrentan para acceder a los servicios de planificación familiar y SSR existentes.
- Haga una rápida evaluación de la situación⁴ realizando la Actividad 1 que aparece en las páginas 205–206.

¹ UNFPA, 2004. *New York call to commitment: Linking HIV/AIDS and sexual and reproductive health*, 7 de junio de 2004. Consulta del 31 de agosto de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=195&filterListType=1

² UNFPA, 2004. *Glion call to action on family planning and HIV/AIDS in women and children*, Glion, 3-5 de mayo de 2004. Consulta del 31 de agosto de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=199&filterListType=1

³ UNFPA, 2005. *Call to action: Towards an HIV-free and AIDS-free generation*, Report of the Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) High Level Global Partners Forum, Abuja, Nigeria, 3 de diciembre de 2005. Consulta del 31 de agosto de 2006 en el sitio: www.unfpa.org/publications/detail.cfm?ID=259&filterListType=1

⁴ Una evaluación rápida busca identificar el alcance y naturaleza de los comportamientos de riesgo para la salud y las consecuencias resultantes e identificar los recursos que existen, incluyendo las oportunidades para realizar intervenciones.

- Revise los niveles y tipos de intervenciones programáticas que vinculan la SSR y el VIH/sida y defina prioridades para las intervenciones que realizará. Complete la Actividad 2 en las páginas 217–218.
- Con base en los resultados de las Actividades 1 y 2, desarrolle un Plan de acción para instrumentar y hacer seguimiento de las intervenciones programáticas que vinculen la SSR y el VIH/sida, completando la Actividad 3 en las páginas 223–225.
- Identifique una o varias personas para hacerse cargo de supervisar el avance del Plan de acción y asegurar que los responsables de las recomendaciones del Plan se lleven a cabo.
- Brinde apoyo constante mediante una supervisión de facilitación y seguimiento al desempeño del personal con respecto a la introducción de cualquier nueva intervención programática que vincule la SSR con el VIH/sida.

Ejemplo de una agenda para un taller de dos días

Día 1	
Mañana	
<p>Sesión 1: Panorama general (60 minutos)</p> <p>Sesión 2: Vinculación de programas de SSR y VIH/sida (60 minutos)</p> <p>Receso (15 minutos)</p> <p>Sesión 3: Realizar una evaluación rápida de la situación actual (60 minutos)</p>	
Tarde	
<p>Sesión 3: (continuación): Realizar una evaluación rápida de la situación actual (120 minutos)</p> <p>Receso (15 minutos)</p> <p>Sesión 3: (continuación): Realizar una evaluación rápida de la situación actual (60 minutos)</p> <p>Sesión 4: Determinar prioridades para intervenciones programáticas que vinculan SSR con VIH/sida (60 minutos)</p> <p>Clausura (15 minutos)</p>	
Día 2	
Mañana	
<p>Recapitulación: Comentarios de los participantes sobre las sesiones del día anterior (15 minutos)</p> <p>Sesión 4: (continuación): Determinar prioridades para intervenciones programáticas que vinculan SSR con VIH/sida (120 minutos)</p> <p>Receso (15 minutos)</p> <p>Sesión 5: Desarrollo de un Plan de acción (60 minutos)</p>	
Tarde	
<p>Sesión 5: (continuación): Desarrollo de un Plan de acción (120 minutos)</p> <p>Receso (15 minutos)</p> <p>Sesión 5: (continuación): Desarrollo de un Plan de acción (60 minutos)</p> <p>Sesión 6: Clausura (60 minutos)</p>	

Panorama general

1

Objetivos

- dar oficialmente la bienvenida y presentar a todos los participantes, invitados y capacitadores;
- describir los propósitos del taller y la agenda;
- crear un conjunto de “reglas básicas” o “normas grupales” que acordará con el grupo y los facilitadores, y que estarán vigentes durante la capacitación.

Tiempo

60 minutos

Materiales

- copias de la agenda diaria
- un rotafolios que muestre la agenda del día (opcional)

Preparación anticipada

1. Al orador u oradores invitados se les informará con detenimiento el propósito de la capacitación y se les hará saber la extensión y tema de su presentación en la sesión inicial.
2. Preparar y fotocopiar la agenda del taller para todos los invitados y participantes. Asimismo, es muy útil tener la agenda del día escrita y colocada en un rotafolios. Podría ser preferible no precisar los tiempos para cada actividad para dar oportunidad a que los capacitadores tengan la flexibilidad necesaria.
3. Preparar y fotocopiar el cuestionario para el examen previo para todos los participantes.

Pasos de la capacitación

1. Una persona representante de la organización “anfitriona” abrirá formalmente el taller dando la bienvenida a los participantes, explicando el propósito de la actividad y presentando a quienes impartirán la capacitación.
2. Después de esto, quienes vayan a dar la capacitación recorren el salón pidiendo a los participantes que mencionen *brevemente* su nombre, el de la clínica, el puesto que ocupan, los años de experiencia que tienen en este campo y una cosa que esperen obtener de esta capacitación. Registre estas ideas en una hoja del rotafolios y péguela en un lugar visible (puede aludir a esta lista nuevamente durante la sesión de clausura del segundo día).

3. Uno de los capacitadores ofrecerá una visión general de la capacitación haciendo una revisión de la meta y objetivos generales del taller, entre ellos:
 - contribuir para que los planificadores y administradores de programas regionales y distritales y los trabajadores sanitarios determinen el enfoque más apropiado para vincular los servicios de VIH/sida con los de SSR que se ofrecen en sus respectivos contextos. Para ello:
 - completarán actividades de planificación básica que puedan adaptarse para reunir información inicial relevante, organizarla y sintetizarla, establecer prioridades, desarrollar planes relevantes y tomar decisiones consistentes con el programa;
 - revisarán y discutirán opciones y aspectos a considerar para desarrollar intervenciones programáticas que vinculen la SSR con el VIH/sida que sean adecuados a los contextos locales.
4. Posteriormente, los capacitadores pueden distribuir la agenda, revisarla junto con los participantes y responder a las preguntas que puedan surgir.
5. Crear un conjunto de reglas básicas o normas para el grupo. Uno de los capacitadores preguntará si alguno de los presentes ha participado en alguna capacitación previa, y si para tal ocasión se desarrollaron reglas o normas grupales. En caso afirmativo, pida al participante explicar el propósito de esas reglas; en caso negativo explicar los motivos para establecerlas:
 - para asegurar que todos sientan que pueden participar abiertamente y sin ser juzgados;
 - para crear un ambiente de aprendizaje seguro para todos los participantes;
 - para tener por escrito las expectativas del trabajo grupal durante la capacitación.
6. Pida al grupo que mediante la técnica de lluvia de ideas plantee reglas básicas y anótelas en una hoja del rotafolios. Entre las reglas básicas se sugieren las siguientes:
 - mostrar respeto, especialmente cuando haya diferencias de opinión;
 - sólo una persona habla a la vez, de manera que todos pueden escuchar lo que cada quien tiene que decir;
 - evitar conversaciones laterales, pues distraen a las personas y se deja de escuchar lo que alguien más está diciendo;
 - empezar y finalizar puntualmente;
 - al expresar una opinión utilizar la primera persona del singular, “yo”; por ejemplo, hay que tratar de decir “yo creo que es importante abordar la prevención del VIH en el embarazo”, en lugar de “creemos que es importante abordar la prevención del VIH en el embarazo”;
 - si es posible, que haya participación plena y equitativa. Los participantes tienen derecho a “pasar” (esto quiere decir que si alguien se siente incómodo con algo puede optar por “pasar” y no tomar parte en ese momento en la discusión);
 - promesa de confidencialidad (no obstante que esto se discutió en sesión introductoria, es importante tenerlo en cuenta en el conjunto de reglas básicas);
 - divertirse (este es un aspecto muy importante: haga saber a los participantes que si bien estarán discutiendo cuestiones muy importantes, lo harán de una forma dinámica, de manera que todo mundo disfrute del trabajo conjunto).

Vinculación de programas de SSR y VIH/sida

2

Objetivos

- introducir un marco conceptual que vincule programas de SSR y VIH/sida
- proporcionar definiciones de trabajo para conceptos clave relevantes que vinculen programas de SSR y VIH/sida

Tiempo

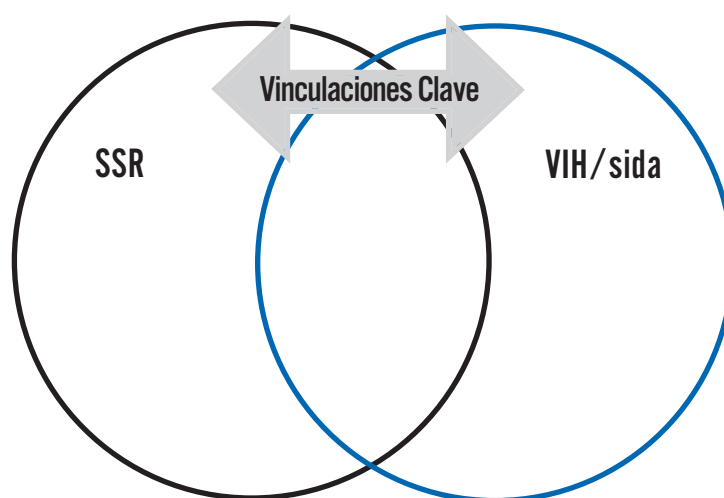
60 minutos

Materiales

- rotafolios
- marcadores
- cinta *masking*
- Material para participantes 2.1: Un marco para vincular prioridades, p. 202
- Material para participantes 2.2: Las formas y niveles de vinculación e integración, p. 203

Preparación anticipada

1. En una hoja del rotafolios trace el marco que da prioridad a los vínculos entre SSR y VIH/sida, que aparece en el Material para participantes 2.1, p. 202. Omita el texto que lo acompaña, tal y como se muestra a continuación.



2. Escriba las siguientes definiciones de vinculación e integración en una hoja del rotafolios:

Vinculación

La vinculación es un término que pertenece a los niveles conceptual y estratégico. Hace referencia a las sinergias que pueden crearse cuando se parte de un enfoque común para abordar aspectos de salud específicos. La vinculación busca responder a la pregunta sobre el valor que puede agregarse ligando dos temáticas. Por ejemplo, la vinculación revisará el valor de agregar servicios de planificación familiar en los centros de atención al sida para mujeres con VIH o conjuntar pruebas prenatales de detección de sífilis y tratamiento con servicios para prevenir la transmisión madre-hijo del VIH (PTMH).

Integración

En contraste, la integración ha llegado a ser conocida como el proceso operativo y concreto mediante el cual los vínculos se ponen en práctica. Como tal, la integración denota cómo puede darse la vinculación en distintas formas y niveles, que van desde la canalización de la cliente hacia un especialista, a la plena integración. No importa qué tan “formal” o “informal” se dé la integración o en qué nivel; siempre requerirá de algún proceso de instrumentación. Esto puede ser tan simple como crear una forma de alertar a otro programa con respecto a la intención que usted tiene de canalizarle clientes.

Pasos de la capacitación

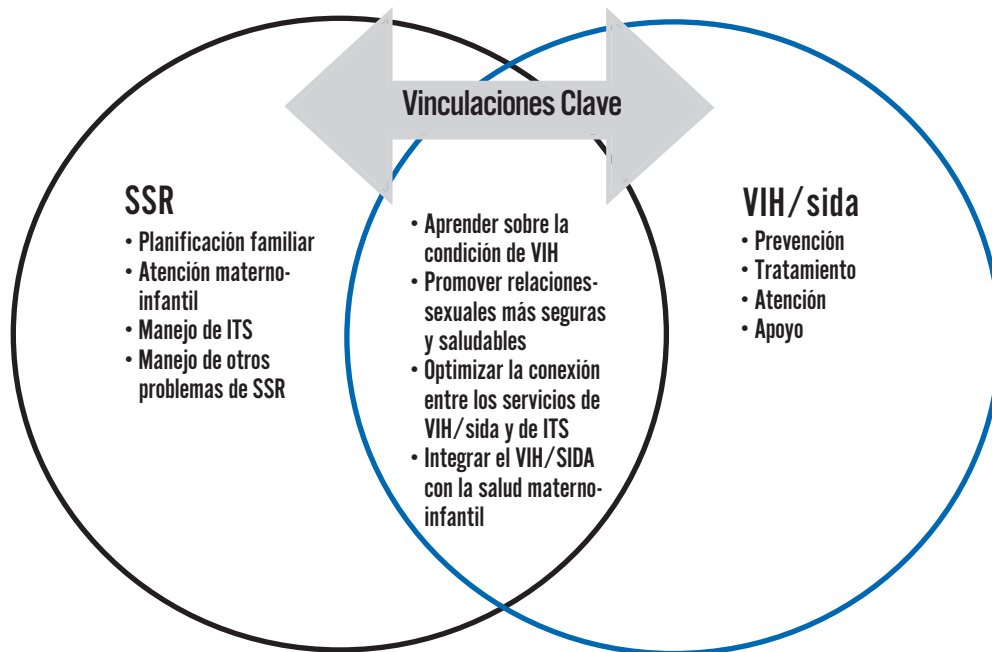
1. Realice una lluvia de ideas con las siguientes instrucciones:

- tomando como punto de referencia el marco para priorizar vínculos que se muestra en el rotafolios, pida a los participantes pensar en los servicios que deberían estar incluidos en el círculo SSR. Escriba sus respuestas en el círculo SSR marcado en la hoja del rotafolios;
- después, pregunte qué servicios deberían quedar incluidos en el círculo VIH/sida. De nuevo escriba las respuestas en el círculo apropiado;
- por favor, asegúrese que todos los servicios incluidos en el Material para participantes 2.1 fueron identificados por los participantes. En caso contrario, escriba los servicios que no se mencionaron;
- a continuación pregunte a los participantes cuáles serían algunas vinculaciones clave entre los servicios de SSR y los de VIH/sida. Escriba las respuestas en el espacio de intersección de ambos círculos. Nuevamente, asegúrese que todas las vinculaciones que se muestran en el Material para participantes 2.1 queden incluidas;
- distribuya copias del Material para participantes 2.1 a todos ellos y resuma el marco explicando que:
 - el marco propone un conjunto de políticas y acciones programáticas clave para fortalecer vinculaciones programáticas de SSR y VIH/sida;
 - la vinculación opera en ambos sentidos, integrando las intervenciones en el ámbito del VIH/sida con los programas de SSR que están en marcha, y a la inversa, integrando las intervenciones del ámbito de la SSR con los programas de VIH/sida;

- con base en la experiencia y realidades de los programas, el fortalecimiento de los vínculos entre programas de SSR y VIH/sida debe conducir a una serie de beneficios importantes para la salud pública.
 - Pregunte a los participantes cuáles serían algunos beneficios importantes para la salud pública. Anote las ideas en una hoja del rotafolios. Asegúrese que identifiquen todos los siguientes beneficios:
 - mejorar el acceso expedito a servicios clave de VIH/sida y SSR;
 - mejorar el acceso de las personas con VIH a los servicios de SSR específicamente pensados para responder a sus necesidades;
 - reducir la discriminación y el estigma relacionados con el VIH/sida;
 - mejorar la cobertura de los servicios de SSR hacia las poblaciones marginadas y desatendidas, los usuarios de drogas inyectables, trabajadoras/es sexuales u hombres que tienen sexo con hombres;
 - mayor apoyo a la doble protección contra embarazos no deseados e ITS, incluido el VIH, especialmente entre la gente joven;
 - mejorar la calidad de la atención;
 - mejorar la eficacia y efectividad de los programas.
 - Haga un resumen de las sugerencias derivadas de la lluvia de ideas explicando que, con un acertado programa de planeación y puesta en marcha que defina cuidadosamente las prioridades, es posible alcanzar todos los beneficios antes mencionados.
2. Concluya la sesión solicitando que uno de los participantes lea las definiciones de vinculación e integración escritas en la hoja del rotafolios. Pregunte si dichas definiciones funcionan y si tienen alguna sugerencia para hacer algún cambio o agregado. Pida a los asistentes que revisen en el Material para participantes 2.2 las formas y niveles de vinculación e integración.

2.1 Material para participantes

Un marco para vincular prioridades



Adaptado de: OMS, UNFPA, UNAIDS e IPPF. 2006. *Sexual and reproductive health & HIV/AIDS: A framework for priority linkages*, disponible en: www.who.int/reproductive-health/stis/docs/framework_priority_linkages.pdf

2.2 Material para participantes

Las formas y niveles de vinculación e integración

La motivación para la vinculación e integración debe orientarse a satisfacer las necesidades de la cliente. Esto quiere decir que la vinculación y la integración deben servir a la cliente de manera tal que la atención se dé sin sobresaltos, respetando sus derechos, sin discriminación ni estigmatización y con sensibilidad cultural. Lo anterior no significa que todos los esfuerzos de vinculación e integración deban tomar la forma de “servicios de salud totalmente integrados”, que proporcionen toda clase de servicios a todas las personas bajo un mismo techo. Una evaluación inicial del contexto donde los programas serán vinculados, y la definición de objetivos que motiven la vinculación e integración, guiarían una configuración apropiada para la vinculación e integración de los servicios—trátase de una vinculación informal de servicios mediante un sistema de referencia de clientes o de una integración formal de un servicio en un programa de salud establecido. Lo que resulta claro es que la vinculación y la integración deben contar con un diseño realista que satisfaga las necesidades de la cliente y se sitúe positivamente dentro del contexto local o del país.

Las formas de vinculación e integración pueden variar considerablemente. La OMS¹ describe las siguientes formas de integración:

1. Integración de las tareas de servicio dentro de un contexto dado:
 - en el punto de entrega de los servicios;
 - en clínicas multipropósitos en lugar de clínicas especializadas;
 - personal multipropósito (por ejemplo, enfermeras capacitadas en planificación familiar, tratamiento de ITS y prevención de VIH).
2. Integración de las funciones administrativas y de apoyo:
 - planeación (por ejemplo, integral, intersectorial y de desarrollo de programas, en lugar de una planificación por programas con un solo propósito);
 - procesos de presupuesto y financiamiento;
 - sistemas de información, con datos de entrada y salida que incluyen informes de todos los servicios proporcionados;
 - capacitación (por ejemplo, para personal en servicio para actualizarlo en áreas de responsabilidad del servicio; incluye habilidades de comunicación);
 - visitas de supervisión con propósitos múltiples que tomen en consideración la totalidad de los elementos de los servicios.
3. Integración de componentes organizacionales:
 - integración de esfuerzos de los distintos sectores proveedores de recursos (público, privado, organizaciones no gubernamentales) que operan en distintos niveles de la administración (comunidad, distrito, provincia, país) a través de mecanismos de coordinación como comités o consejos de salud;

¹ WHO, 1996. *Integration of health care delivery*, Serie Informes Técnicos de la OMS 861, Ginebra.

2.2 Material para participantes

Las formas y niveles de vinculación e integración (cont.)

- establecimiento del hospital distrital como parte integral de los servicios de salud del distrito, en lugar de una institución diferenciada que sirva como centro de referencia y como un recurso que brinde servicios de apoyo;
- integración de la salud con otros esfuerzos de desarrollo a través de sectores diversos (por ejemplo, esfuerzos conjuntos para apoyar el desarrollo de la atención en salud, educación, transporte, comunicaciones, vivienda, agua y agricultura);
- integración de la atención en salud en las actividades comunitarias y familiares.

Briggs y cols.² establecen que la integración es relevante para el sistema de salud en varios niveles.

- Nivel 1. Integración de *servicios* en el lugar donde se brindan, haciendo que el producto sea coherente.
- Nivel 2. Integración de *manejo de los recursos*, haciendo que los sistemas de manejo local sean eficientes.
- Nivel 3. Integración de *organización y política*, haciendo que la estructura del servicio sea consistente con la política.

² Briggs, C.J., *et al.* 2001. "Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries: Effects on performance, costs and patient outcomes", *Cochrane Database Syst Rev* 4:CD)3318.

Realizar un rápido análisis situacional

3

Objetivos

- conocer la política y requisitos para brindar servicios de las intervenciones programáticas que vinculan la SSR con el VIH/sida;
- analizar las ventajas y desafíos de introducir intervenciones programáticas que vinculen la SSR con el VIH/sida.

Tiempo

240 minutos

Materiales

- papel y bolígrafos
- rotafolios y marcadores

Preparación anticipada

1. Revisar el cuestionario guía, Hoja de trabajo 1 en la página 207, para familiarizarse con los encabezados y preguntas de los principales tópicos.
2. Reproducir el cuestionario guía en número suficientes para todos los participantes.
3. Integrar grupos pequeños (de cinco a siete personas) con una buena representación en ellos de los participantes que se desempeñen en los ámbitos de VIH/sida y SSR y en los sectores público y privado/organizaciones no gubernamentales.
4. Con base en el número de grupos pequeños, asignar a cada uno un número adecuado de temas de los que aparecen en la Hoja de trabajo 1, para garantizar que todos ellos se analicen.
5. Póngase en contacto con un representante del Ministerio de Salud que pueda ofrecer una presentación breve sobre SSR y VIH/sida en el país, que incluya información epidemiológica.

Pasos en detalle

1. Presente al ponente invitado y explique que esta persona ofrecerá algunos antecedentes sobre SSR y VIH/sida relacionada con las mujeres y niñas adolescentes con VIH. Mencione que a continuación de la presentación habrá tiempo para preguntas y respuestas.
2. Divida a los participantes en grupos pequeños y distribuya el cuestionario guía.
3. Haga una breve revisión general del cuestionario guía; señale los encabezados y temas a los que aluden.

4. Asigne a cada grupo sus temas y proporcione las siguientes instrucciones:
 - cada equipo tendrá aproximadamente dos horas y media para responder a todas las preguntas de cada uno de los temas asignados y discutir las implicaciones de sus respuestas. Explique que las preguntas que se respondan con “no” representan problemas potenciales para introducir intervenciones programáticas que vinculen la SSR con el VIH/sida, y que deberán analizarlas exhaustivamente antes de pasar a la siguiente pregunta.
 - cada uno de los grupos deberá elegir a una persona para tomar notas y a otra para exponer la actividad. La primera deberá tomar notas de los “no” en una hoja de rotafolios; además, hará un resumen de las principales implicaciones que el grupo discutió para cada una de las preguntas cuya respuesta fue “no”. En 15 minutos, la segunda persona hará una presentación de la discusión de su grupo.
5. En la última hora y media de esta actividad, facilite comentarios de retroalimentación. Coloque las hojas de rotafolios de cada grupo en un lugar visible para todos los participantes. Después de la presentación de cada grupo pregunte si tienen alguna pregunta o duda que necesiten aclarar.

3

Hoja de trabajo 1

Cuestionario guía para realizar una rápida evaluación

A cada una de las preguntas responda sí o no, y para cada sí o no vaya a la columna apropiada y analice cada una de las implicaciones enlistadas. Las preguntas que se respondan con un “no” indican un problema o vacío probable en los servicios de SSR y VIH/sida que se brindan en la actualidad. Por cada respuesta negativa identifique y analice cualquier otra implicación en la unidad, además de las que enseguida se ofrecen.

Preguntas	Sí/implicaciones	No/implicaciones
1. Alianzas y recursos comunitarios		
1.1 Actitudes de la comunidad sobre el vínculo de los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) con servicios de VIH/sida: ¿La comunidad cree o entiende los beneficios de vincular los servicios?	<ul style="list-style-type: none"> Involucrar a la comunidad en la planeación y seguimiento de los servicios vinculados. 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere crear conciencia con respecto a servicios de SSR-VIH/sida vinculados, los beneficios y desafíos, e involucrar a la comunidad para decidir el alcance de los servicios vinculados.
1.2 ¿Existen organizaciones de personas que viven con VIH/sida (PV)?	<ul style="list-style-type: none"> Incluir representantes de PV para que aporten su perspectiva para la planeación y vigilancia de servicios vinculados. 	<ul style="list-style-type: none"> Explorar qué grupos de apoyo existen para las PVS en la comunidad y evaluar la posibilidad de iniciar su propio grupo de apoyo.
1.3 ¿Existen organizaciones comunitarias que ofrezca servicios de SSR (planificación familiar) o relacionados con el VIH, tales como consejería y pruebas voluntarias (CPV), prevención de la transmisión madre-hijo, tratamiento y atención con antiretrovirales o atención de base comunitaria y del hogar?	<ul style="list-style-type: none"> Explorar las posibilidades de coordinar servicios para apoyar vínculos para referencias. 	<ul style="list-style-type: none"> Si no hay ninguna, explorar si hay organizaciones en poblados vecinos o a nivel distrital o regional, y qué oportunidades hay de colaboración.
1.4 ¿Existen servicios o programas en el área que vinculen la SSR con el VIH/sida?	<ul style="list-style-type: none"> Determinar la posibilidad de vínculos para referencia o identificar vacíos que los servicios podrían cubrir. 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere determinar, con la comunidad el alcance de la integración que las unidades podrían ofrecer.
1.5 ¿Hay personalidades importantes que podrían ser buenas aliadas para promover cambios de comportamiento?	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar a personalidades importantes como un recurso para respaldar la promoción de comportamientos sexuales y reproductivos saludables y promover el uso de los servicios vinculados. 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere encontrar a personalidades importantes o populares que otorguen su apoyo, y prepararlas para que promuevan cambios de comportamientos y el uso de los servicios vinculados.
2. Enfoque basado en los derechos		
2.1 ¿Existe algún proceso que sistemáticamente requiera el punto de vista de las poblaciones vulnerables, como las de muchachas jóvenes, trabajadoras/es del sexo, UDI, migrantes y otras, con respecto a la calidad de los servicios existentes?	<ul style="list-style-type: none"> Revisar la retroalimentación regularmente y aplicarla al desarrollo de políticas relevantes y lineamientos, y también a las actividades permanentes de mejoramiento de la calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere crear un sistema que permita recabar regularmente la retro-alimentación por parte de poblaciones vulnerables; se trataría de grupos focales, encuestas de satisfacción del cliente y otras.
2.2 ¿Los consejos administrativos de hospitales y clínicas de salud son incluyentes invitando a representantes de PV y a mujeres para que participen en la toma de decisiones, o hay alguna forma de participación comunitaria?	<ul style="list-style-type: none"> Revisar periódicamente los criterios de inclusión y selección para asegurar que reflejan la diversidad de personas afectadas por el VIH/sida. 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere constituir un cuerpo asesor y un sistema que garantice igualdad, criterios de selección y definición del número de personas a ser incluidas en dicha instancia, poniendo particular atención en las muchachas jóvenes, las/os trabajadoras/es del sexo, UDI, HSH y migrantes.

3

Hoja de trabajo 1

Cuestionario guía para realizar una rápida evaluación(cont.)

Preguntas	Si/implicaciones	No/implicaciones
2. Enfoque basado en los derechos (cont.)		
2.3 ¿Existen medidas y sanciones establecidas para prevenir la violencia contra las mujeres y para castigar a quienes resulten responsables?	<ul style="list-style-type: none"> Revisar periódicamente los datos que arroja el monitoreo y aplicarlos al desarrollo de políticas relevantes; capacitar al personal para que aborde la violencia de género. 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere crear un sistema que vigile los incidentes de violencia y mantener la responsabilidad de la administración de castigar a quienes violen las sanciones.
2.4 ¿Hay instalaciones, asistencia legal, atención médica y programas de apoyo psicológico disponibles para mujeres y niñas adolescentes que han experimentado abuso sexual y violencia?	<ul style="list-style-type: none"> Hacer seguimiento y evaluar periódicamente los programas. Realizar permanentemente actividades para mejorar la calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere hacer una evaluación inmediata de los programas y servicios existentes y promover que se destinen recursos para establecer los servicios necesarios.
2.5 ¿En el lugar de trabajo hay una política sobre el VIH/sida?	<ul style="list-style-type: none"> Revisar periódicamente la política para asegurar que refleje los cambios/revisiones hechas en la legislación y las políticas nacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere que la administración entienda los aspectos legales/éticos asociados con el VIH/sida en el lugar de trabajo, incluidos los derechos de las PV, y crear una política que proteja los derechos de las clientes y de los trabajadores sanitarios.
2.6 ¿Hay medidas y sanciones establecidas para prevenir el estigma y la discriminación contra las PV?	<ul style="list-style-type: none"> Revisar periódicamente los datos que arroja el monitoreo, y aplicarla al desarrollo de políticas relevantes; capacitar al personal para que esté en condiciones de responder al estigma y la discriminación contra las PV. 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere crear un sistema de monitoreo de incidentes de estigmatización y discriminación, y hacer responsable a la administración para que sancione a quienes violen las disposiciones relativas.
3. Políticas		
3.1 ¿Las políticas nacionales facilitan la vinculación de los servicios (por ejemplo, edad para tener acceso a los servicios, restricciones obligatorias que atentan contra los derechos en SSR de las mujeres con VIH, interpretación inapropiada de las políticas, lineamientos de notificación poco claros para la pareja y otras)?	<ul style="list-style-type: none"> Proporcionar orientación al personal en relación con las políticas actuales, con el fin de asegurar que las interpreten apropiadamente y las apliquen consistentemente. 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere identificar a los actores en el sistema de salud para que revisen y/o desarrollen políticas y lineamientos, y para abordar cualquier obstáculo que limite el derecho de las mujeres con VIH para acceder a servicios de SSR.
3.2 ¿Existen normas establecidas que delimiten las tareas del personal de salud para que proporcionen servicios que vinculen la SSR y el VIH/sida?	<ul style="list-style-type: none"> Difundir ampliamente y orientar a los administradores, supervisores, trabajadores sanitarios/proveedores de servicios y a la comunidad en relación con las normas de atención en SSR destinadas a mujeres con VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere identificar actores del sistema de salud y de la comunidad para que contribuyan al desarrollo de políticas que apoyen los servicios vinculados.
3.3 ¿Hay normas de prestación de servicios (NPS) de SSR que habría que incluir en la CPV; para SSR para incluirse en la terapia antiretroviral altamente activa (TARAA), y para prevención de VIH, para derechos reproductivos y referencia a CPV que habría que incluir en los servicios de SSR?	<ul style="list-style-type: none"> Difundir ampliamente y hacer revisiones periódicas para mantener la actualización con los rápidos cambios en las recomendaciones científicas; orientar al personal hacia las actuales NPS. 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere identificar actores del sistema de salud para que desarrollen NPS para los servicios vinculados, y desarrollar un plan de diseminación y orientación en el sector salud y en las comunidades en donde se presta el servicio.

3

Hoja de trabajo 1

Cuestionario guía para realizar una rápida evaluación (cont.)

Preguntas	Si/implicaciones	No/implicaciones
3. Políticas (cont.)		
3.4 ¿Los programas y las prioridades de los donantes apoyan la vinculación efectiva de los servicios de SSR y los de VIH/sida?	• Difundir las estrategias de los donantes y los lineamientos relativos a los servicios vinculados de SSR-VIH/sida.	• Orientar a administradores de programa y personal clave respecto de los lineamientos de los donantes.
3.5 ¿Se han establecido líneas de presupuesto para bienes de SSR, instrumentos, medicamentos ARV, equipo y suministros?	• Difundir los lineamientos presupuestales en el sistema de atención a la salud; revisar periódicamente y comparar contra la evaluación de costos para asegurar el financiamiento adecuado que apoye los servicios vinculados.	• Facilitar el desarrollo de un presupuesto con base en la evidencia de la evaluación de costos, si tal cosa es posible.
4. Información, educación y comunicación/Comunicación para el cambio de comportamiento		
4.1 ¿Los trípticos para las clientes reflejan mensajes donde se integren SSR-VIH/sida?	• Incluir materiales al brindar los servicios, compartir información y acercamiento a la comunidad.	• Requiere identificar recursos para desarrollar materiales que incorporen mensajes de SSR-VIH/sida integrados.
4.2 ¿Los carteles que se exhiben en las instalaciones reflejan visiblemente mensajes de servicios de SSR-VIH/sida integrados?	• Periódicamente actualizar y hacer nuevos arreglos para llamar la atención del cliente.	• Requiere determinar la ubicación efectiva de los carteles de los servicios que se ofrecen, para usarlos al momento de compartir información y al acercarse a la comunidad.
5. Consejería		
5.1 ¿Los trabajadores/proveedores de la salud protegen el derecho a la privacidad de las clientes al momento de brindar sus servicios (consejería, procedimientos)?	• Periódicamente evaluar la eficacia de las medidas de privacidad.	• Requiere determinar formas de proteger la privacidad (auditiva y visual) del la cliente.
5.2 ¿Los actuales trabajadores sanitarios (SSR y VIH) poseen conocimientos adecuados, habilidades para la consejería y se sienten cómodos para abordar las necesidades de SSR de las mujeres con VIH, incluidas las jóvenes, las parejas masculinas, las mujeres provenientes de poblaciones vulnerables (por ejemplo, UDI, trabajadoras del sexo y mujeres migrantes, entre otras)?	• Evaluar periódicamente mediante supervisión facilitadora, usando herramientas estandarizadas para los servicios vinculados de SSR-VIH/sida.	• Requiere evaluar necesidades y determinar el modo para un mejor y más eficiente desempeño, en términos de costo y aprendizaje.
5.3 ¿La consejería en SSR cubre prevención de VIH/ITS, evaluación de la reducción del riesgo y planeación, y demostración de uso del condón, incluyendo la asesoría referente a la protección dual?	• Evaluar periódicamente mediante la supervisión, usando herramientas estandarizadas para medir el desempeño de los servicios vinculados de SSR-VIH/sida.	• Requiere incorporar prevención de VIH, evaluación de la reducción de riesgo y una referencia efectiva a otros servicios con base en las necesidades de la cliente.
5.4 ¿Los servicios de VIH (como CPV, PTMH, TARAA y tratamiento de IO ofrecen consejería para tomar decisiones sobre fecundidad y salud sexual, incluyendo el suministro de métodos de PF y protección dual, detección de cáncer, manejo de ITS/ITR y maternidad sin riesgos?	• Evaluar periódicamente mediante supervisión, usando herramientas estandarizadas para medir el desempeño de los servicios vinculados de SSR-VIH/sida.	• Requiere identificar puntos en los servicios de VIH para integrar consejería en SSR, incluyendo suministro de métodos y vigilancia del método usado.

3

Hoja de trabajo 1

Cuestionario guía para realizar una rápida evaluación (cont.)

Preguntas	Si/implicaciones	No/implicaciones
5. Consejería (cont.)		
5.5 ¿El personal es capaz de manejar un creciente volumen de clientes resultante de la consejería para prevenir VIH y de la CPV?	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar periódicamente mediante supervisión, usando herramientas estandarizadas para medir el desempeño de los servicios vinculados de SSR-VIH/sida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere identificar puntos en los servicios de SSR para integrar la consejería para prevenir el VIH e integrar la CPV.
6. Diagnósticos		
6.1 ¿Los servicios de laboratorio tienen capacidad para manejar un creciente volumen de pruebas de detección de VIH?	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar periódicamente utilizando lineamientos nacionales para asegurar la calidad de los resultados que arrojen las pruebas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere determinar la ubicación, acceso en transporte, resultados expeditos de las pruebas de detección, almacenamiento de resultados de las pruebas, comunicación, mecanismos de control de calidad, costos, rapidez del suministro una vez hecho el pedido.
6.2 ¿Existe la capacidad para que los laboratorios manejen un creciente volumen de monitoreo de de ARV?	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar periódicamente para asegurar que el equipo funciona apropiadamente y que las pruebas de detección arrojan resultados de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere determinar la ubicación, acceso en transporte, resultados expeditos de las pruebas de detección, almacenamiento de resultados de las pruebas, comunicación, mecanismos de control de calidad, costos y rapidez del suministro una vez hecho el pedido.
7. Red para referir clientes		
7.1 ¿En la actualidad hay opciones de referencia para brindar intervenciones programáticas que vinculen SSR y VIH/SIDA?	<ul style="list-style-type: none"> • Periódicamente evaluar los vacíos en el sistema de referencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere determinar hasta qué grado los servicios que usted proporciona cubren los vacíos detectados.
7.2 ¿Hay una red funcional de referencia de clientes (formatos estandarizadas, directorios de recursos, etc.) entre servicios de SSR (ITS/ITS, planificación familiar, pruebas de detección de cáncer, etc.) y VIH (CPV, PTMH, TARAA, IO y otras)?	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar y actualizar información y horarios para los servicios de referencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere identificar personal clave para crear un directorio de los recursos y servicios existentes en el área de recepción, desarrollar un sistema conjunto de referencia de clientes y formatos de consentimiento para SSR-VIH/sida, orientar al personal en relación con los servicios de la red de referencia y la importancia de hacer el seguimiento de las clientes referidas
7.3 ¿Dentro de la propia red de referencia, hay lugares de referencia que respondan a otras necesidades relacionadas con SSR y/o VIH (por ejemplo, en un radio a 5 km de distancia de la unidad/centro)?	<ul style="list-style-type: none"> • En caso afirmativo, asegurar que el personal se ha familiarizado con la ubicación de dichos servicios y los horarios de funcionamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere identificar recursos para la prestación de servicios de SSR (por ejemplo, métodos de acción de largo plazo y permanentes) y establecer un vínculo de referencia con estos sitios.

3

Hoja de trabajo 1

Cuestionario guía para realizar una rápida evaluación (cont.)

Preguntas	Si/implicaciones	No/implicaciones
8. Extensión comunitaria		
8.1 ¿A la fecha hay algún servicio de alcance comunitario dirigido a poblaciones difíciles de alcanzar, como son las mujeres jóvenes, trabajadoras/es sexuales, UDI, migrantes, y otras?	<ul style="list-style-type: none"> • Periódicamente supervisar y evaluar los servicios de alcance comunitario para asegurar que reflejan las necesidades de la población más afectada por VIH y sida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere hacer una evaluación expedita de las necesidades de las poblaciones difíciles de alcanzar y de un mapeo para ubicar a dichas poblaciones.
8.2 ¿A la fecha hay actividades de alcance comunitario en las cuales puedan incorporarse intervenciones programáticas que vinculen SSR y VIH/sida?	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con programas de alcance comunitario para incorporar actividades que incrementen-creen conciencia sobre el tema y desarrollar un mecanismo de referencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere colaboración con los recursos comunitarios existentes para desarrollar un mecanismo que cree conciencia sobre los servicios vinculados, y crear mecanismos de referencia.
8.3 ¿En la comunidad hay trabajadores de la salud que puedan apoyar a mujeres y niñas adolescentes con VIH para que accedan a los servicios de SSR que requieren?	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse que los trabajadores de la salud se actualicen periódicamente con información técnica relevante y precisa sobre los servicios de SSR disponibles en la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere contratar y/o capacitar a trabajadores de la salud para que apoyen a las mujeres y niñas adolescentes con VIH a fin de que tengan acceso a los servicios de SSR.
8.4 ¿Hay servicios móviles que puedan asistir en la entrega de suministros y proveer atención básica en SSR a mujeres y niñas adolescentes con VIH que viven en áreas remotas?	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que los trabajadores de la salud y proveedores en los servicios móviles cuenten con información técnica actualizada y suministros/productos de SSR relevantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere contratar y capacitar equipos móviles de trabajadores de la salud y adquirir el equipo necesario y suministros/productos de SSR.
9. Estructura física		
9.1 ¿La estructura física permite que los expedientes de las clientes se manejen con privacidad (auditiva, visual) y en forma confidencial?	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer suficiente supervisión al personal para promover la confidencialidad y privacidad de las clientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere valorar los recursos para hacer cambios de equipo y estructurales en la unidad, más allá de la habilidad para reacomodar los espacios.
9.2 ¿La estructura, horarios y el personal permiten la participación masculina? ¿Los servicios para la población joven? ¿Los servicios para poblaciones vulnerables (por ejemplo, trabajadoras/es sexuales, UDI y otros)?	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar suficientemente al personal para asegurar el número adecuado de horas de cobertura para satisfacer la demanda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere determinar las razones de las respuesta "no"; decidir qué es posible e identificar recursos para la población masculina, los servicios para la juventud y para otras poblaciones clave.
10. Personal		
10.1 ¿Se cuenta con suficiente personal para brindar consejería y recomendaciones de SSR y métodos de planificación familiar en todos los servicios relacionados con el VIH (por ejemplo, CPV, terapia ARV)?	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que el personal está adecuadamente supervisado para que brindar consejería, recomendaciones y atención de calidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede limitar el alcance del suministro de métodos e incrementar la confiabilidad de la referencia.
10.2 ¿El personal en CPV (o terapia ARV) está capacitado para dar consejería y recomendaciones de SSR y ofrecer métodos de planificación familiar?	<ul style="list-style-type: none"> • Conducir actualizaciones periódicas para mantenerse al paso con los acelerados cambios científicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entre las consideraciones de necesidades de capacitación debe incluirse cuándo, dónde, cómo y quién proporcionará la capacitación; costos y enfoques de la capacitación.

Preguntas	Si/implicaciones	No/implicaciones
10. Personal (cont.)		
10.3 ¿El personal en CPV (o de terapia ARV) está capacitado en el sistema para mantener un suministro de productos, instrumentos y provisiones para SSR?	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar periódicamente que haya existencias adecuadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere orientación del personal y supervisión para que utilice eficazmente el servicio y mantener un suministro adecuado que permita ofrecer servicios integrados.
10.4 ¿El personal de SSR está capacitado para brindar consejería en CPV y en técnicas de consejería?	<ul style="list-style-type: none"> • En caso afirmativo, evaluar y supervisar periódicamente el desempeño. 	<ul style="list-style-type: none"> • En caso de considerar la ampliación de los servicios en CPV, se requiere facilitar la consejería en CPV y la capacitación en consejería.
10.5 ¿Las actitudes del personal facilitarían intervenciones programáticas vinculantes/integradoras de SSR y VIH/sida?	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar y conducir intervenciones como se indique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requeriría intervenciones para fomentar actitudes positivas hacia la integración de SSR-VIH.
10.6 ¿Los trabajadores sanitarios/proveedores de servicios/consejeros en SSR se muestran respetuosos de los derechos de las mujeres y niñas adolescentes con VIH para que tomen decisiones sobre su fecundidad?	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar y conducir intervenciones como se indique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requeriría orientar al personal en relación con los derechos de las clientes a tomar decisiones independientes sobre su fecundidad, sin importar su condición de VIH.
10.7 ¿Los trabajadores de la salud/proveedores de servicios/consejeros en SSR están conscientes de los lineamientos vigentes para el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres y niñas adolescentes con VIH y de aquellas que siendo VIH positivas están también bajo tratamiento ARV?	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar y actualizar como se indique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requeriría conducir actualizaciones para el personal en relación con nuevos lineamientos y diseminarlos.
10.8 ¿Los proveedores de terapia ARV están al tanto de la información actualizada sobre las interacciones de los medicamentos ARV y para las IO con los anticonceptivos hormonales? ¿Con los lineamientos vigentes para uso de anticonceptivos por parte de mujeres y niñas adolescentes con VIH, y de aquellas que siendo VIH-positivas están bajo tratamiento ARV?	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar y actualizar como se indique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere conducir actualizaciones para el personal en relación con nuevos lineamientos y diseminarlos.
10.9 ¿El personal adscrito a los servicios de VIH y SSR lleva a cabo procedimientos de prevención de infecciones de acuerdo con los estándares?	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar y realizar actualizaciones como se indique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere realizar vigilancia y supervisión de la actualización de prácticas para prevenir infecciones.

3

Hoja de trabajo 1

Cuestionario guía para realizar una rápida evaluación (cont.)

Preguntas	Si/implicaciones	No/implicaciones
11. Medicamentos, equipo, suministros		
11.1 Píldoras anticonceptivas de emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar el almacenamiento adecuado y la distribución de las existencias actuales. • Prevenir falta de existencias mediante revisiones periódicas para anticipar necesidades y hacer los pedidos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si el producto está registrado para uso en el país, se requiere trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros.
11.2 Anticonceptivos orales combinados	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.3 Anticonceptivo oral de progestina sola	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.4 Implantes (Norplant)	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.5 Inyectables (Depo provera/DMPA)	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.6 DIU	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.7 Algodón	Mismo que el anterior.	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros.
11.8 Gasa de algodón absorbente	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.9 Cinta quirúrgica	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.10 Curitas	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.11 Guantes desechables	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.12 Tintura de yodo	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.13 Talco para guantes	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.14 Solución antiséptica	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.15 Jabón	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.16 Solución desinfectante	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.17 Alcohol	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.18 Toalla para manos	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.19 Jeringas desechables	Mismo que el anterior.	Mismo que el anterior.
11.20 Pruebas rápidas de detección de VIH acordes con los protocolos nacionales (por ejemplo, Capillus)	Mismo que el anterior.	<ul style="list-style-type: none"> • Si el producto está registrado para uso en el país, se requiere trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros.
11.21 Lancetas (para pruebas rápidas de detección de VIH)	Mismo que el anterior.	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros
11.22 Pruebas de detección de VIH y pruebas de confirmación, acordes con el protocolo nacional	Mismo que el anterior.	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros
11.23 Reloj (para pruebas rápidas de detección de VIH)	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar mantenimiento regular del equipo y, de ser necesario, reemplazarlo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros

3

Hoja de trabajo 1

Cuestionario guía para realizar una rápida evaluación (cont.)

Preguntas	Si/implicaciones	No/implicaciones
11. Medicamentos, Equipamentos e Materiales (cont.)		
11.24 ARV para profilaxis postexposición (por lo menos dos dosis)	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar su almacenamiento correcto y la distribución de las existencias actuales. Prevenir la falta de existencias mediante revisiones periódicas para anticipar necesidades y hacer los pedidos. 	<ul style="list-style-type: none"> Si el producto está registrado para uso en el país, se requiere trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros.
11.25 Tubos de <i>Vacutainer</i> (paquete de 100)	Mismo que el anterior.	<ul style="list-style-type: none"> Si el producto está registrado para uso en el país, se requiere trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros
11.26 Agujas para <i>Vacutainer</i> (paquete de 100)	Mismo que el anterior.	<ul style="list-style-type: none"> Si el producto está registrado para su uso en el país, se requiere trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros.
11.27 Tubos de succión	Mismo que el anterior.	<ul style="list-style-type: none"> Se requiere trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros.
11.28 <i>Goggles</i> (gafas protectoras)	<ul style="list-style-type: none"> Revisar periódicamente las existencias para evitar que se agoten. 	<ul style="list-style-type: none"> Se requiere trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros.
11.29 Condones (masculinos)	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar su almacenamiento correcto y la distribución de las existencias actuales. Prevenir la falta de existencias mediante revisiones periódicas para anticipar necesidades y hacer los pedidos. 	<ul style="list-style-type: none"> Se requiere trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros.
11.30 Condones (femeninos)	Mismo que el anterior.	<ul style="list-style-type: none"> Si el producto está registrado para su uso en el país, se requiere trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros.
11.31 Modelos anatómicos (masculinos) para mostrar el uso del condón	<ul style="list-style-type: none"> Revisar periódicamente las existencias para evitar que se agoten. 	<ul style="list-style-type: none"> Si el producto está registrado para su uso en el país, se requiere trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros.
11.32 Modelos anatómicos (femeninos) para mostrar el uso del condón	<ul style="list-style-type: none"> Revisar periódicamente las existencias para evitar que se agoten. 	<ul style="list-style-type: none"> Si el producto está registrado para su uso en el país, se requiere trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros.
11.33 Folletos educativos	<ul style="list-style-type: none"> Revisar periódicamente las existencias para evitar que se agoten. 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere desarrollar folletos informativos en la propia institución con los recursos disponibles, o trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros por parte de otras organizaciones.
11.34 Juegos de pruebas de detección de sífilis	<ul style="list-style-type: none"> Asegurar su almacenamiento correcto y la distribución de las existencias actuales. Prevenir falta de existencias mediante revisiones periódicas para anticipar necesidades y hacer pedidos. 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere trabajar con el encargado de compras para solicitar suministros
11.35 Otros		
11.36 Otros		

3

Hoja de trabajo 1

Cuestionario guía para realizar una rápida evaluación (cont.)

Preguntas	Si/implicaciones	No/implicaciones
12. Administración y supervisión		
12.1 ¿Los supervisores se han capacitado en las habilidades requeridas para brindar apoyo a fin de que su personal asuma nuevas tareas y responsabilidades?	• Requiere vigilancia periódica del desempeño de los supervisores.	• Requiere orientar a los supervisores para que faciliten la integración y mantengan la calidad de los servicios.
12.2 ¿Las herramientas de supervisión reflejan el desempeño del personal en las intervenciones programáticas que vinculan SSR y VIH/sida? ¿Y qué pasa con la supervisión de los sistemas de servicios?	• Requiere asegurar que los supervisores están adecuadamente capacitados y actualizados en el uso de las herramientas.	• Requiere modificar las herramientas para que reflejen el nivel de los servicios integrados.
12.3 ¿Las estadísticas reflejan las intervenciones programáticas que vinculan SSR y VIH/sida?	• Requiere vigilar que la documentación esté completa y sea precisa.	• Requiere modificar los formularios del sistema de información para que reflejen el nivel de los servicios integrados.
12.4 ¿Los supervisores revisan los expedientes de las clientes y las estadísticas de los servicios como parte de la supervisión de intervenciones programáticas que vinculan SSR y VIH/sida?	• Requiere vigilancia periódica del desempeño de los supervisores.	• Requiere que los supervisores conozcan los estándares para documentar servicios integrados en los expedientes de las clientes y en las estadísticas de los servicios.
12.5 ¿La administración/gerencia/supervisión cuenta con un plan escrito para supervisar las intervenciones programáticas propuestas para vincular SSR y VIH/sida?	• Requiere vigilancia periódica y revisar el plan con base en cambios en los servicios.	• Requiere desarrollar planes de supervisión consistentes con el grado de integración.
12.6 ¿La administración/supervisión cuenta con un plan de sucesión para reemplazar al personal adiestrado en intervenciones programáticas que vinculan la SSR con el VIH/sida, en caso de transferencia o jubilación?	• Requiere revisión periódica y revisar el plan con base en cambios en los servicios.	• Requiere desarrollar un plan de sucesión que incluya reclutamiento y capacitación de nuevo personal para que pueda desempeñar el trabajo y asuma las responsabilidades que requieren los servicios integrados de SSR-VIH/sida.
13. Logística		
13.1 ¿Se han agregado los productos, instrumentos y suministros de SSR a la lista de productos que deben existir por procedimiento?	• Supervisar periódicamente para que haya consistencia con las normas de atención recomendadas.	• Requiere revisar el equipo, los suministros y la lista de medicamentos necesarios para ofrecer los servicios integrados de planificación familiar-VIH que se han determinado.
13.2 ¿Hay algún mecanismo establecido para mantener un suministro confiable de productos para ofrecer los servicios de SSR VIH/sida?	• Requiere vigilar los mecanismos de adquisición y anticipar la escasez de suministros.	• Puede requerir acceder a suministros provenientes de otras fuentes o no ofrecer los servicios para los que no se puedan obtener confiablemente los suministros requeridos.
14. Costos		
14.1 ¿Los mecanismos financieros del sistema de salud cubren las intervenciones programáticas que vinculan SSR y VIH/sida?	• Requiere vigilar el presupuesto actual para asegurar que cubre los costos de los servicios que ya se ofrecen.	• Requiere promoción en el ámbito político e intervenciones para que se dé financiamiento y cobertura a la salud.

Adaptado de: Farrell, B. 2006. *Family planning integrated HIV services: A framework*. New York: The ACQUIRE Project. Borrador.

Determinar prioridades para intervenciones programáticas que vinculan SSR con VIH/sida

4

Objetivos

- en su unidad, considerar los factores que influyen sobre el mejor enfoque programático para vincular los servicios de SSR y VIH/sida;
- determinar prioridades y seleccionar intervenciones programáticas viables que vinculen SSR con VIH/sida.

Tiempo

180 minutos

Materiales

- papel y bolígrafos
- hojas de papel para rotafolios y marcadores
- Material para participantes 16.1: Lista de cotejo del proveedor: atención integral en SSR y consejería para mujeres y niñas adolescente con VIH, p. 145)
- Hoja de trabajo 2, p. 219

Preparación anticipada

1. Revise la Hoja de trabajo 2, página 219, para familiarizarse con las instrucciones, con las intervenciones programáticas que vinculan SSR y VIH/sida y con los criterios para determinar intervenciones prioritarias.
2. Reproduzca en número suficientes el Material para participantes 16.1 y la Hoja de trabajo 2 para que cada uno de los participantes tenga un ejemplar de cada una; tenga algunas copias adicionales para que los grupos dispongan de una extra.

Pasos en detalle

1. Pida a los participantes que integren pequeños grupos, según la unidad/centro de salud u organización en donde se desempeñan (*Nota:* si sólo hay uno o dos representantes de alguna unidad/centro de salud u organización, pida que se integren a otros grupos. En algunos contextos, y dependiendo del nivel actual de integración en la red de servicios, podría tener más sentido organizar a los grupos pequeños mezclando participantes provenientes de distintos centros de salud u organizaciones). Distribuya las copias del Material para participantes 16.1 y la Hoja de trabajo 2.
2. Proporcione las siguientes instrucciones adicionales:
 - los grupos tendrán dos horas aproximadamente para completar su Hoja de trabajo;

- cada grupo elegirá a una persona para tomar notas y a otra para exponer. La primera persona anotará en una hoja de papel los puntajes que el grupo asigne; la segunda hará una presentación general de diez minutos mencionando las tres prioridades del grupo;
 - cada grupo debe referirse al Material para participantes 16.1 del manual de capacitación a fin de tener un panorama de las tareas clave de la consejería y la prestación de servicios para las intervenciones que aparecen en la Hoja de trabajo;
3. Durante la última hora de esta actividad propicie una retroalimentación. Anote las prioridades de cada grupo en una hoja de papel de rotafolios. Después de la presentación de cada grupo, pregunte al grupo ampliado si hay preguntas o dudas que necesiten aclarar. Para concluir, identifique y resuma entre tres y cinco de las prioridades que todos los grupos identificaron.



Determinación de las intervenciones programáticas prioritarias que vinculan SSR con VIH/sida

Instrucciones para llenar la Hoja de trabajo

- En la columna del extremo izquierdo de la Hoja de trabajo 2 se enlistan intervenciones programáticas que vinculan SSR con VIH/sida. La primera fila, en la parte superior de la Hoja, enlista los criterios a considerar para seleccionar o dar prioridad a tales intervenciones.
- Puede utilizar los criterios siguientes, ilustrados en la Hoja de trabajo, mientras realiza esta actividad. Del mismo modo, puede desarrollar otros criterios que sean relevantes al contexto particular en el que usted se desempeña.
 - **Recursos disponibles (materiales y humanos):** ¿Qué actividades puede realizar ahora o con algunos recursos adicionales? ¿Qué opciones pueden llevarse a la práctica con el personal actual? ¿Qué opciones son mejores en términos de costo-efectividad y de que sean costeables?
 - **Impacto potencial:** ¿Qué actividades tendrán el mayor impacto en la calidad de los servicios que se ofrecen a las clientes?
 - **Fortalecimiento:** ¿Algunas de estas actividades se fundamentan en los programas o proyectos existentes o los mejoran?
 - **Necesidades más importantes:** ¿Qué actividades están diseñadas para responder a las mayores necesidades de las clientes (tal y como ellas las perciben y el personal las evalúa)?
 - **Factibilidad:** ¿Qué actividades son más realistas, considerando los obstáculos internos y externos—del tipo de una cultura conservadora, recursos y personal limitados, entre otros?
- Considere cada una de las intervenciones marcadas en la Hoja de trabajo y califíquelas asignando un puntaje que vaya de 1 (baja prioridad) a 5 (alta prioridad) para cada uno de los criterios. Por ejemplo, si una unidad cuenta con recursos abundantes, se le asignaría un puntaje de 5 en la columna de recursos para una intervención en particular.
- Sume el puntaje para cada una de las actividades y anote el total en la columna de la extrema derecha. La actividad con el total más bajo tiene la prioridad más baja; mientras tanto, la que muestre el puntaje más alto tiene la prioridad más alta.
- Muchas intervenciones de SSR para mujeres y niñas adolescentes mujeres con VIH no requieren recursos abundantes ni una infraestructura muy compleja. Al desarrollar planes locales y nacionales, considere la posibilidad de integrar las siguientes intervenciones básicas en SSR que pueden ofrecerse a todas las mujeres y niñas adolescentes con VIH, independientemente de la unidad de salud en dónde reciban atención, y referirlas hacia servicios más especializados como los de métodos de planificación familiar que requieren de cirugía o inserciones, servicios preventivos para evitar la transmisión madre-hijo del VIH, prueba de detección de tuberculosis, detección y tratamiento de IO, tratamientos ARV y atención clínica, atención de base comunitaria y doméstica, atención obstétrica de emergencia, aborto seguro (donde sea legal), diagnóstico etiológico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de infecciones del tracto reproductivo (ITR), pruebas



Determinación de las intervenciones programáticas prioritarias que vinculan SSR con VIH/sida (cont.)

de detección y tratamiento de cánceres, tecnologías de reproducción asistida, consejería para prevenir la violencia doméstica, apoyo financiero y legal:

- suministrar materiales de información, educación y comunicación (IEC) y de comunicación para el cambio de comportamiento (CCC) relacionados con las necesidades de SSR de mujeres y niñas adolescentes con VIH;
- consejería en SSR, incluyendo deseos y necesidades sexuales, intenciones de salud reproductiva, protección dual y planeación de la reducción de riesgos de ITS/ITR;
- proporcionar diagnóstico de ITS/ITR y tratamiento;
- demostrar el uso correcto y consistente del condón, incluyendo la protección dual, y distribución de condones masculinos y femeninos;
- ofrecer consejería y prueba voluntaria de detección de VIH si la cliente ignora su condición;
- averiguar si hay violencia doméstica;
- fomentar el compromiso masculino;
- tratar las consecuencias de la violencia sexual, incluyendo profilaxis postraumática (PPT) después de una violación;
- consejería sobre métodos de PF, incluyendo información sobre posible interacción entre medicamentos, y suministro de pastillas anticonceptivas de emergencia; uso del condón, las píldoras y los inyectables;
- facilitar la participación masculina;
- ofrecer información sobre opciones de fecundidad, incluyendo tecnologías para la reproducción asistida;
- ofrecer información sobre prevención de transmisión perinatal, incluyendo la profilaxis de ARV, opciones de alimentación para el bebé y maternidad sin riesgos.
- Con base en las necesidades de su unidad y en su capacidad actual, revise y analice las siguientes opciones y consideraciones al asignar prioridades a sus intervenciones programáticas para vincular la SSR y el VIH/sida:
 - abordar las necesidades integrales de SSR de mujeres y niñas adolescentes con VIH (por ejemplo, ofrecer información general y servicios de SSR con referencia a otros servicios especializados, en comparación con ofrecer un paquete completo de información y servicios de SSR);
 - examinar distintos enfoques y modelos para integrar tareas del servicio (por ejemplo personal multipropósitos vs. personal especializado, clínicas multipropósitos vs. clínicas especializadas)
 - explorar un enfoque gradual para integrar los servicios (por ejemplo, comenzar con aquellos servicios integrados que puedan tener mayor impacto, vs. tratar de integrar todo).

4

Hoja de trabajo 2

Determinar prioridades para intervenciones programáticas que vinculan SSR y VIH/SIDA

Intervenciones programáticas que vinculan SSR y VIH/SIDA	Recursos disponibles	Impacto potencial	Fortalecimiento	Mayores necesidades	Factibilidad	Otros factores	Puntaje total de prioridad
Suministrar materiales de IEC/CCC sobre necesidades de SSR de mujeres y niñas adolescentes con VIH							
Consejería en SSR, incluyendo deseos y necesidades sexuales, intenciones de salud reproductiva, protección dual y reducción del riesgo de ITS/ITR							
Proporcionar diagnóstico y tratamiento de ITS/ITR							
Demostrar el uso correcto y consistente del condón, incluyendo la protección dual y distribución de condones masculinos y femeninos							
Consejería y prueba voluntaria de detección de VIH							
Averiguar si hay violencia doméstica							
Propiciar la participación masculina							
Tratar las consecuencias de la violencia sexual incluyendo PPT después de una violación							
Consejería sobre métodos de PF, incluyendo información sobre la posible interacción entre medicamentos y suministro de pastillas de anticoncepción de emergencia; uso del condón, las píldoras y los inyectables							
Ofrecer información sobre opciones de fecundidad, incluyendo tecnologías para la reproducción asistida							

4

Hoja de trabajo 2

Determinar prioridades para intervenciones programáticas que vinculan SSR y VIH/SIDA (cont.)

Intervenciones programáticas que vinculan SSR y VIH/SIDA	Recursos disponibles	Impacto potencial	Fortalecimiento	Mayores necesidades	Factibilidad	Otros factores	Puntaje total de prioridad
Ofrecer información sobre prevención de transmisión perinatal, incluyendo la profilaxis de ARV, opciones de alimentación para el bebé y maternidad sin riesgos							
Fortalecer vínculos y mecanismos de canalización de las clientes a los siguientes servicios especializados, con base en sus necesidades <ul style="list-style-type: none"> • Métodos de planificación familiar que requieren de cirugía o inserciones • Prevención de la transmisión madre-hijo del VIH • Prueba de detección de tuberculosis • Detección y tratamiento de IO • Diagnóstico etiológico de ITS/ITR y tratamiento. • Tratamiento ARV y atención clínica. • Atención de base comunitaria y doméstica • Atención obstétrica de emergencia • Aborto seguro, donde sea legal • Prueba de detección y tratamiento de cánceres • Tecnologías de reproducción asistida • Consejería para prevenir la violencia doméstica • Apoyo financiero • Apoyo legal 							
Capacitar a trabajadores de la salud sobre atención integral en SSR y consejería a mujeres y niñas adolescentes con VIH							
Capacitar a los administradores de programa sobre facilitar la supervisión							
Construir capacidad de las parteras tradicionales y empíricas y trabajadores comunitarios de la salud							
Otra							

Desarrollo de un Plan de acción

5

Objetivos

- desarrollar recomendaciones con base en la información recabada en las sesiones 3 y 4,
- formular un Plan de acción que permita instrumentar intervenciones programáticas prioritarias que vinculen SSR y VIH/sida.

Tiempo

240 minutos

Materiales

- papel y bolígrafos
- rotafolios, hojas para rotafolios y marcadores

Preparación anticipada

1. En una hoja para rotafolios trace una plantilla para el Plan de acción, como se muestra a continuación:

Problema	Causa(s)	Recomendaciones	Responsable	Fecha límite

2. Revise la muestra de Plan de acción y las tablas A y B en las páginas 225, para familiarizarse con los elementos del Plan e igualmente con ejemplos de planes claros y confusos.

Pasos de la capacitación

1. Refiera al grupo al formato del Plan de acción que trazó en el rotafolios. Explique que:
 - un Plan de acción es un plan que se pone por escrito y se traza para ayudar a resolver problemas identificados durante ejercicios de planeación;
 - los participantes identificarán problemas y causas profundas, así como soluciones recomendadas, y que todo ello se registrará en el formato del Plan de acción.
 - Para realizar esta actividad, mantenga a los participantes en los mismos grupos (por unidad/centro y organización). (*Nota:* si opta por que en la Sesión 4 se mez-

clen los participantes de diferentes unidades u organizaciones, mantenga los mismos grupos para esta sesión).

2. Explique que deberán revisar las respuestas que el grupo dio a la Hoja de trabajo 1, identificando aquéllas que respondieron con un “no” y que consideren que deben aparecer como expresiones de problemas en su Plan de acción.
3. Explique que deben establecer claramente el problema en relación con las intervenciones programáticas que vinculan SSR y VIH/sida que eligieron como prioritarias en la Hoja de trabajo 2, fijarse en las causas de raíz del problema y redactar recomendaciones que aborden las causas de raíz del problema y no sólo sus síntomas.
4. Explique que para cada problema identificado deben usar la técnica de los “múltiples por qué” a fin de llegar a las causas de raíz. Al preguntarse “¿POR QUÉ?” cuando menos tres veces, y luego después cuestionar: “¿Hay otras causas?”, el personal identificará las causas subyacentes del problema.
5. Explique que cada recomendación debe incluir el *nombre de la persona específica* (y no el puesto de trabajo) que se encargará del seguimiento a la recomendación (bajo “responsable”) y una fecha específica en que la recomendación deberá haberse realizado (“fecha límite”). Esta persona no será necesariamente la encargada de realizar la recomendación, sino la que garantizará que se lleve a cabo. Al escribir el nombre de la persona en lugar del puesto de trabajo que ocupa, el Plan de acción se personaliza.
6. Asegúrese de señalar los siguientes aspectos clave:
 - al trabajar en grupos pequeños, cada uno desarrollará su *propio* Plan de acción preliminar para las tres a cinco intervenciones prioritarias que eligieron en la Hoja de trabajo 2, utilizando el formato de Plan de acción al que nos referimos líneas arriba. *Nota.* Si conduce este taller con personal de la misma unidad, asigne una de las tres a cinco intervenciones prioritarias que eligieron en la Hoja de trabajo 2 a cada grupo pequeño, e indique a los participantes que sus planes preliminares se fusionarán en un plan maestro para la unidad donde se desempeñan; esto se hará durante una reunión de seguimiento o a través de un equipo de implementación que se integrará antes de la culminación del taller;
 - evite que una sola persona quede como responsable de muchas recomendaciones. Es posible que las soluciones se identifiquen más rápido si la responsabilidad de los distintos problemas la comparten diferentes miembros del personal. En lugar de asignar muchas recomendaciones a una sola persona, busque a otros integrantes del personal que puedan ayudar a supervisar que las recomendaciones se lleven a cabo;
 - evite que personal directivo o integrantes de organizaciones externas sean responsables de la mayor parte de las recomendaciones. Todos el personal puede contribuir en algo. Piense primero en aquellas recomendaciones por las cuales puede responsabilizarse el personal de más bajo rango. En caso de requerirse apoyo externo, considere qué integrantes del personal pueden responsabilizarse de buscarlo;
 - para cada recomendación, anote un nombre en la columna “responsable”. Cuando se anota el nombre de más de una persona, se diluye la responsabilidad individual que debe asegurar que un problema quede resuelto. Algunas soluciones requerirán dividirse en pasos, para los cuales pueden nombrarse diferentes responsables;

- establezca fechas límite viables para cumplir con las recomendaciones. Es mejor establecer una fecha con el mayor margen posible para que la unidad cumpla con las recomendaciones, en lugar de establecer una más inmediata pero difícil de cumplir. Además, los participantes deben elegir fechas específicas con las que puedan cumplir y no fechas vagas como “tan pronto como sea posible” o “mañana”. Dé el ejemplo para un problema (pida un ejemplo al personal de la unidad o refiérase a la tabla B).

7. Proporcione las siguientes instrucciones adicionales:

- cada grupo dispondrá de aproximadamente dos horas y media para terminar la Hoja de trabajo;
- cada grupo debe elegir a una persona para tomar notas y a otra para que exponga. La primera debe registrar todos los problemas que el grupo señale, las causas que se encuentran en la raíz del problema, recomendaciones, etc. en el formato del Plan de acción.

8. Durante la última hora y media de esta actividad propicie una retroalimentación. Coloque en un lugar visible para todo el grupo los Planes de acción. Después de la presentación de cada grupo, pregunte al grupo ampliado si hay preguntas o dudas que se necesiten aclarar.

Tabla A: Ejemplo de un Plan de Acción que define con poca claridad un problema para una intervención programática a fin de capacitar a trabajadores de la salud en atención integral en SSR y asesoría integral

Problema	Causa(s)	Recomendaciones	Responsable	Fecha límite
No hay seguimiento a mujeres con VIH y embarazadas	Las clientes no están interesadas en los servicios	Hacer que las clientes se interesen más en los servicios	Todo el personal	Inmediatamente

Tabla B: Ejemplo de un Plan de Acción que define claramente un problema para una intervención programática a fin de capacitar a trabajadores de la salud en atención integral en SSR y asesoría integral

Problema	Causa(s)	Recomendaciones	Responsable	Fecha límite
Las clientes embarazadas que resultaron positivas en la prueba de detección de VIH no regresan para recibir servicios de SSR.	(1) El personal no está capacitado para discutir el rango de servicios de SSR disponibles.	(1) Capacitar a los trabajadores de la salud en atención en SSR y asesoría para mujeres con VIH.	L. Karisa (enfermera de la clínica)	1 de julio de 2007
	(2) Las clientes no se sienten bienvenidas por el personal y sienten que las estigmatizan.	(2) Capacitar al personal para que esté más conciente y sea más sensible para no estigmatizar a las personas con VIH.	J. Samanta enfermera de guardia)	30 de julio de 2007
	(3) Las clientes con VIH temen que otros se percaten de su condición y las dañen.	(3) Revisar los protocolos sobre confidencialidad de la cliente y orientar al personal.	Dr. Ware (director de la clínica)	30 de agosto de 2007

Clausura **6**

Objetivos

Al finalizar la sesión los facilitadores habrán:

- integrado un equipo para implementar el seguimiento;
- agradecido formalmente a todas las personas que participaron en este taller, deseándoles lo mejor y clausurando la actividad.

Tiempo

60 minutos

Materiales

- hojas para rotafolios, rotafolios

Pasos de la capacitación

1. Discutir los roles y responsabilidades del equipo que implementará el seguimiento explicando que:
 - el equipo que implementará el seguimiento desempeña un rol crucial para supervisar el avance y cumplimiento de las recomendaciones hechas en el Plan de acción;
 - este comité debe representar los diversos niveles del personal de la unidad o unidades, incluyendo la gerencia o administración, supervisores e integrantes del personal. El grupo puede ser de reciente formación o ser un comité que ya existe en la unidad, si bien con posibles ajustes. En términos generales, el comité de seguimiento debería estar integrado por cinco a ocho personas, aunque en las unidades que cuentan con poco personal (ocho o menos), todos ellos deben servir en el comité. Explique que el comité de seguimiento puede constituirse de diversas formas.
 - **Forme un nuevo equipo** solicitando voluntarios entre los participantes. Si no hay voluntarios, o si ellos no representan una mezcla de los diferentes niveles del personal, pida a cada departamento o unidad elegir a un representante para el equipo. Otra opción es pedir a cada tipo y nivel de personal (por ejemplo, doctores, enfermeras y empleados) que elijan a un representante suyo para el equipo.
 - **Si la unidad ya cuenta con un equipo o comité** que pueda responsabilizarse de hacer el seguimiento del Plan de acción, debe asegurarse que incluya a representantes de las distintas unidades y niveles de personal. Si acaso no fuera así, trabaje con el comité para que incremente sus integrantes.

- Algunas unidades optan por asignar **roles formales** a los integrantes del comité—como los de presidente o secretario—mientras que en otras unidades los roles son informales. En cualquier caso, alguien tiene que responsabilizarse de programar y facilitar las reuniones del comité.
2. Exhorte al personal a tener presentes sus fortalezas y a seguir construyendo con base en ellas. Pregunte al personal si tienen dudas respecto a los pasos por seguir. Aclare que tan pronto como el Plan de acción quede terminado, deben comenzar a realizar las recomendaciones asignadas a cada quien. Los administradores o gerentes y el personal deben rendir un informe de avance en las soluciones al equipo que implementará el seguimiento.
 3. Realice un ejercicio plus/delta o alguna otra actividad para el cierre. Si elige el ejercicio plus/delta, prepare una hoja de rotafolios con dos columnas. Anote una “+” en el encabezado de la primera columna, y un “Δ” en el encabezado de la segunda. Pregunte a los participantes qué es lo que piensan que funcionó bien durante el taller y anote sus respuestas en la columna “+”. Pregunte ahora qué es lo que sugieren hacer de manera diferente en talleres futuros y anote sus respuestas en la columna con el encabezado “Δ”. Agradezca a los participantes su tiempo, esfuerzo y entusiasmo.
 4. Pida a los participantes una copia de su Plan de acción para que pueda utilizarlo en el seguimiento que realice en la unidad después de un tiempo. Asegúreles, no obstante, que los resultados del ejercicio se mantendrán confidenciales.
 5. Una vez terminado el taller, reúnanse brevemente con el equipo encargado del monitoreo y definan una fecha para reunirse (generalmente dentro del mes que siga a la culminación del taller).
 6. Escriba una nota o comuníquese con los administradores o gerentes de la unidad, según sea apropiado, para agradecer sus esfuerzos y entusiasmo.

EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 10001 U.S.A.
212-561-8000
www.engenderhealth.org

International Community of Women
Living with HIV and AIDS
International Support Office
Unit 6, Building 1
Canonbury Yard
190a New North Road
London N1 7BJ
UNITED KINGDOM
www.icw.org