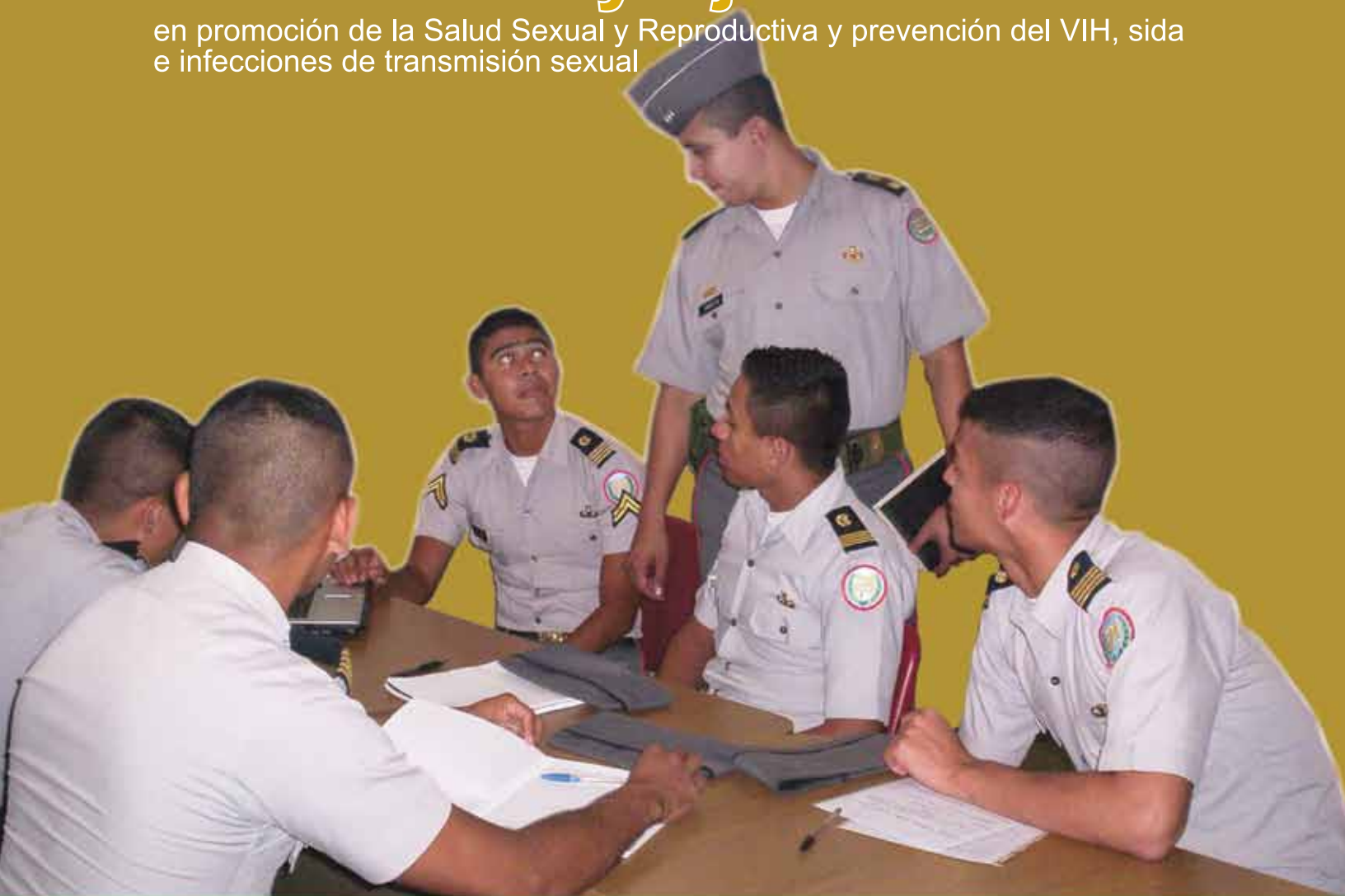


Cuaderno de lectura y ejercicios

en promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y prevención del VIH, sida e infecciones de transmisión sexual



DIRIGIDO A CADETES DE LA ESCUELA MILITAR CAPITAN GENERAL GERARDO BARRIOS

EL SALVADOR 2009



616.979 2

E49c El Salvador. Ministerio de la Defensa Nacional.
Cuaderno de lectura y ejercicios en promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del VIH, sida e infecciones de transmisión sexual: dirigido a Cadetes de la Escuela Militar Capitán General Gerardo Barrios/ Ministerio de la Defensa Nacional, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). – 1ª. Ed. – San Salvador, El Salv.: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2009. 81 p.: il.; 28 cm.

ISBN 978-99923-65-18-2

1. Enfermedades transmisibles- Prevención-. 2. Enfermedades venéreas-Educación. 3. Educación sexual- enseñanza aprendizaje. 4. Educación para la salud. I. Ministerio de la Defensa Nacional, coaut. II. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), coaut. III. Título.

BINA/Jmh

RESPONSABLE DE ELABORACIÓN:

Ministerio de la Defensa Nacional

EQUIPO TECNICO RESPONSABLE:

Cnel. y Dr. Ricardo Antonio Cuéllar Mendoza,
Comandante del Comando de Sanidad Militar y Director del Proyecto SLV6R208 «Fortalecimiento de la Respuesta al VIH-SIDA e ITS y Promoción de la SSR en la FA de El Salvador»

Tte. Cnel. y Dr. Mariano Mendoza Lara,
Coordinador del proyecto SLV6R208

Lic. Elvira Ramírez,
Psicóloga del proyecto SLV6R208.

PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN

II Año Jonathan Isaac Martínez Perdomo
II Año Jorge Mario González Peña
II Año Darwin Danilo Vielman Gallardo
II Año Walter Antonio De paz Cortez
II Año Ever Ovidio Acevedo Chávez

CONSULTORA RESPONSABLE:

Licda. Verónica J. Díaz López

ASISTENCIA TECNICA y FINANCIERA:

FONDO DE POBLACION DE LAS NACIONES UNIDAS

Dr. Mario A. Morales Velado,
Gerente de Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

Lic. Lydia Hortensia Lemus,
Consultora de Educación y Capacitación en SSR, UNFPA

IMPRESIÓN:

GRAFICOLOR S.A DE C.V.

TIRAJE:

400 EJEMPLARES

AUTORIDADES INSTITUCIONALES

Jorge Alberto Molina Contreras

General de División

Ministro de la Defensa Nacional

Marco Antonio Palacios Luna

Vice Almirante

Viceministro de la Defensa Nacional

Eduardo Ernesto Mendoza Morales

General de División

Jefe del Estado Mayor Conjunto de la Fuerza Armada

William Igdali Moreno Segovia

General de Brigada

Subjefe del Estado Mayor Conjunto de la Fuerza Armada

Ricardo Antonio Cuéllar Mendoza

Coronel y Doctor

Comandante del Comando de Sanidad Militar

INDICE

Contenido	Página
I. Presentación	8
II. Justificación	9
III. Propósito del Cuaderno	11
IV. Metodología	11
V. Desarrollo del cuaderno de trabajo	13

UNIDAD 1: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, VIH Y SIDA

- Temática 1: Sexualidad, noviazgo, formación de pareja y de familia	14
- Temática 2: La salud sexual y reproductiva	20
- Temática 3: Derechos sexuales y reproductivos	23
- Temática 4: Género y Salud Sexual y Reproductiva	26
- Temática 5: Sexualidad responsable en adolescentes y jóvenes y prevención del embarazo temprano	35
- Temática 6: Educación sexual	43

- Temática 7: Prevenición y atención de las Infecciones de transmisión sexual	47
- Temática 8: El VIH-sida	48
- Temática 9: Formas de prevención y cambios de Comportamiento en VIH	58
- Temática 10: Atención integral a las personas con VIH o sida	63
- Temática 11: Política Integral Sobre VIH y sida y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008-2012	73
VI. Referencias bibliográficas	79

MENSAJE DEL SEÑOR COMANDANTE DEL COMANDO DE SANIDAD MILITAR CORONEL Y DOCTOR RICARDO ANTONIO CUELLAR MENDOZA

El presente material educativo ha sido elaborado en el marco del esfuerzo conjunto realizado por el Ministerio de la Defensa Nacional, el Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en la ejecución del Proyecto “Fortalecimiento de la Respuesta al VIH y Sida e Infecciones de Transmisión Sexual y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador”.



De esta manera, el Ministerio de la Defensa Nacional a través del Comando de Sanidad Militar, fortalece los esfuerzos de prevención por medio de la educación en las temáticas de Salud Sexual Reproductiva, Infecciones de Transmisión Sexual y VIH, sida, en todas las Escuelas de Formación Militar de la Fuerza Armada, contribuyendo con ello al cuidado de la salud de la población militar.

La fuerza Armada como parte de la población general, no está exenta de las consecuencias de la pandemia del VIH sida, es por ello que a través del Comité de Prevención y Control del SIDA (COPRECOS FUERZA ARMADA EL SALVADOR), se desarrollan las acciones de promoción, prevención, educación y atención integral relacionadas con el VIH, sida para la población militar y su grupo familiar.

A través de este material educativo dirigido a Docentes y alumnos, se espera contribuir a la formación de población militar con información actualizada, encaminando su comportamiento al cuidado de la salud reproductiva, siempre en el marco de los derechos humanos y con equidad de género.

De esta manera se contribuye a la profesionalización de la población militar y se fortalece la educación para la vida, lo cual redundará en beneficio propio, del grupo familiar y de la población en general.

I - PRESENTACIÓN

El presente cuaderno de lectura y ejercicios sirve de apoyo al manual de facilitadores/as en promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del VIH, sida e infecciones de transmisión sexual, dirigido a Cadetes de la Escuela Militar General Gerardo Barrios de la Fuerza Armada de El Salvador, y surgen como respuesta a los esfuerzos realizados por las distintas escuelas de formación de la Fuerza Armada (FA) y el Plan de Adiestramiento, para lograr la incorporación de contenidos temáticos sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR), Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), en los diferentes planes de estudio, con la contribución del Proyecto “Fortalecimiento de la respuesta al VIH y sida e Infecciones de Transmisión Sexual y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador”, auspiciado por ONUSIDA/SRH y UNFPA.

Para enmarcar las acciones de incorporación de contenidos de buen nivel en esta temática, se esbozó una serie de elementos que dan cuerpo a un marco conceptual, de forma que dichos contenidos sean actualizados y cuenten con enfoques transversales de género, atención integral en SSR, sexualidad como parte de todo ciclo de vida, Derechos Humanos, VIH y sida, enfatizando sobre la lucha contra el estigma y la discriminación.

El presente cuaderno de ejercicios y lectura para cadetes al igual que el manual de capacitación para facilitadores contiene 1 unidad, y cuenta con once temáticas. Cada una de las temáticas ha sido desarrollada en el manual de capacitación de tal forma que enuncia: la temática, describe el propósito, los objetivos, el contenido, material de apoyo y desarrollo de cada una de las sesiones. En este cuaderno se encuentran pormenorizados los ejercicios y los materiales de lectura que facilitan el aprendizaje en cada jornada.

Las temáticas han sido ordenadas de manera continua y coherente, para enriquecer el proceso educativo de los/as estudiantes.

Los modelos curriculares incorporados en los distintos niveles de formación de la Fuerza Armada, permitirán que los contenidos plasmados en los manuales educativos elaborados estén acorde a las necesidades de cada una de las Escuelas de Formación de la Fuerza Armada, desde el nivel básico de soldados hasta el nivel superior de oficiales.

Con esto se pretende que el esfuerzo que la Fuerza Armada de El Salvador realiza desde la educación para la prevención y atención de la Salud Sexual y Reproductiva, el VIH y sida, sea sistematizado, acorde a las necesidades específicas de su población y forme parte de la respuesta de la ONU en su resolución 1308.

II- JUSTIFICACIÓN

Desde hace un poco más de 26 años el mundo empezó a conocer una nueva enfermedad cuyos orígenes, causas y consecuencias eran desconocidos. En sus inicios la mayoría de sus víctimas fueron hombres que tenían sexo con hombres, hemofílicos y haitianos por lo que se pensó que únicamente la podían padecer algunos sectores de la población.

El desconocimiento sobre cómo se transmitía y como no se transmitía, hizo que desde sus primeros momentos las personas que la padecían fueran duramente estigmatizados y discriminados; esta situación no ha cambiado mucho a pesar de los muchos esfuerzos que se hacen y de que ya se tiene conocimiento de cómo se transmite y no se transmite la enfermedad.

Poco tiempo después y casi simultáneamente Francia y Estados Unidos anunciaban al mundo que habían aislado el virus que provocaba esta mortal enfermedad, desde entonces se conoce como el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida).

Con el correr del tiempo se descubrió que el VIH no afectaba únicamente a hombres que tienen sexo con hombres, si no a todas aquellas personas hombres y mujeres que tienen múltiples parejas o encuentros casuales sin protección. Es más, en la última década los indicadores dicen que el VIH está afectando cada vez más a las mujeres y es lo que se denomina “feminización de la pandemia”.

Desde que inició la epidemia del VIH, ahora **pandemia** porque se encuentra diseminada en todo el mundo, han muerto a causa del sida aproximadamente 20 millones de personas y entre 30 y 40 millones se encuentran infectadas por el VIH.

En El Salvador el primer caso de sida se presentó en 1984 y ahora 24 años después contamos con 12,404 casos de VIH y 8,264 casos de sida totalizando 20,668¹ personas portadores/as de la enfermedad, las estadísticas informan que en este país se infectan cada día de 4 a 6 personas aproximadamente.

Es de suma importancia tener en cuenta que si estos datos son alarmantes, el número de personas infectadas puede ser mayor debido al sub registro existente, el cual puede darse por varios motivos, no todas las personas positivas se han realizado exámenes o bien porque los exámenes han sido tomados en clínicas privadas y el resultado no ha sido reportado al sistema nacional de salud.

Se reconoce que el VIH y sida afecta diferentes esferas de la sociedad: salud, seguridad alimentaria, fuerza de trabajo, productividad, índice de desarrollo humano,

1 Base de datos del Programa Nacional de ITS-VIH-sida. 2004- 2007

*Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-sida. SUMEVE. 2008

deserción escolar y además “es una amenaza para la seguridad de los países”, volviéndolo una emergencia internacional por la que todos y todas tenemos que trabajar para frenar dicha pandemia.

La Fuerza Armada no está excluida de este problema, al contrario desde siempre ha existido la tendencia a presentar más población infectada que la población civil, esto puede deberse a varios motivos:

- 1 Contar con una población acuartelada y joven
- 2 Comportamientos que comparte con la sociedad en general:
 - La alta movilidad a la que sus elementos se ven sometidos, alejándolos de sus familias por periodos prolongados.
 - El desconocimiento sobre las medidas de prevención a tomar en cuenta.
 - Los patrones machistas de la cultura salvadoreña con los que han sido educados, que les enseña a tener múltiples parejas y sin protección.
 - La ausencia de hábitos en los hombres para cuidar su salud y buscar ayuda médica.
 - La poca o nula capacidad de la mujer para negociar el uso del condón.

Con los factores de riesgo antes mencionados el VIH, el sida y otras ITS influyen en la preparación de la FA, representan una amenaza para el desempeño de funciones secundarias vitales como son el responder a desastres naturales y la colaboración con otros países en misiones de paz, ya que los soldados desplegados al extranjero pueden contribuir a la propagación del VIH y/o llevarlo a sus comunidades de origen una vez concluida la misión.

Es por ello que el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2000, emitió la resolución 1308 que manifiesta:

“Teniendo presente la responsabilidad primordial que tiene el Consejo de mantener la paz y la seguridad internacional, 1) expresa su preocupación por las consecuencias adversas que podría tener el VIH y sida en la salud del personal internacional de mantenimiento de paz incluyendo el personal de apoyo...3) pide al Secretario General que adopte medidas adicionales para impartir formación al personal de mantenimiento de la paz en cuestiones relativas a la prevención de la propagación del VIH y sida y a este respecto que siga avanzando en las normas de orientación antes del despliegue y la capacitación permanente sobre estas cuestiones para todo el personal de mantenimiento de paz; 4) alienta a los estados miembros interesados a que incrementen la cooperación internacional entre sus órganos nacionales competentes para prestar asistencia en la elaboración y ejecución de políticas de prevención, examen y asesoramientos voluntarios y confidenciales y tratamiento en relación con el VIH y sida para el personal que vaya a ser desplegado en operaciones internacionales de mantenimiento de paz”

En consideración a la resolución 1308 y en busca de una respuesta regional estructurada, las Fuerzas Armadas de 19 países de América latina unificaron esfuerzos para formar el Comité de Prevención y Control del sida al nivel Latinoamericano, COPRECOS-LAC, y a nivel Centroamericano con la participación de cuatro países (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua), han conformado en el marco de la conferencia de las Fuerzas Armadas Centroamericanas COPRECOS-CFAC.

COPRECOS Fuerza Armada de El Salvador en respuesta a dicha iniciativa entre otras acciones se propone de manera continua y sistemática: educar, prevenir y brindar atención integral en Salud Sexual y Reproductiva, ITS, VIH y sida, a todos los hombres y mujeres que la conforman, introduciendo la temática en las Escuelas de Formación Militar para lo que se ha elaborado el **“Manual de Capacitación para facilitadores y el presente Cuaderno de Ejercicios y Lectura en Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y Prevención del VIH-sida e Infecciones de Transmisión Sexual”**, dirigido al trabajo con Cadetes de la Escuela Militar Capitán General Gerardo Barrios, que servirá como guía para desarrollar tan importantes temáticas.

III - PROPÓSITO DEL CUADERNO

Proporcionar a los y las facilitadoras de los/as cadetes de la Escuela Militar General Gerardo Barrios, las herramientas técnicas, elaboradas con lenguaje apropiado hacia la población a la que van dirigidos, para facilitarles la tarea de promover en el personal con que laboran, una visión amplia en torno a la Salud Sexual y Reproductiva y contribuir a la prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del sida.

IV - METODOLOGÍA

Para la elaboración de estos materiales educativos en SSR, derechos sexuales y reproductivos, equidad de género, ITS, VIH y sida dirigido a jóvenes y adultos de la Fuerza Armada de El Salvador, se plantea una metodología problematizadora, participativa, reflexiva y lúdica.

Esto se hace con la finalidad de que la persona que reciba el conocimiento encuentre la información significativa y funcional en otras palabras, que le guste y lo motive a seguir buscando información referente al tema, que sienta que le puede ser de utilidad en su vida, llevándole a modificar conductas aprendidas con anterioridad para su propio beneficio y ayudándole a resolver efectivamente diferentes problemáticas a las que se enfrente.

Por lo tanto para que la educación sea efectiva y especialmente en el caso de la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo el VIH y sida, se hace necesario que tanto docentes como alumnos/as retomen los conocimientos previos aprendidos y adquiridos durante su proceso de socialización con la familia, escuela y otros para que hagan una

reestructuración del conocimiento motivándolos a un cambio de comportamiento; con esto no se quiere decir que lo aprendido con anterioridad sea bueno o malo, simplemente que necesita ser modificado para obtener una mejor efectividad en las respuestas esperadas.

En este proceso de promoción, prevención y atención de la Salud Sexual y Reproductiva, las ITS y el VIH-sida es de suma importancia que cada uno/a que sea beneficiado con este material saque sus propias conclusiones, las que podrá poner en práctica ayudándole a cuidar su salud de manera integral y a prevenir diversas infecciones relacionadas con sus prácticas sexuales.

La metodología se plantea de tal forma que lleva al/a alumno/a a confrontarse con sus prácticas habituales en SSR a través de dinámicas que le hagan reflexionar, cuestionarse y aprender en conjunto; de esta manera si colaboramos en la transformación de la educación es posible que tengamos una población mejor informada, con capacidad de decidir y planificar su vida redundando en beneficios físicos y mentales para si mismo y su entorno.

Es importante que cada sesión de aprendizaje, inicie con una actividad que permita al grupo introducirse en un clima de confianza y comodidad emocional; partiendo de un diagnóstico inicial sobre los conocimientos y actitudes sobre el tema que se va a analizar.

Una vez que se ha iniciado la sesión de aprendizaje, es importante estar atentos a reorientar y a aprovechar cualquier situación para que el clima de confianza se mantenga y para que el aprendizaje sea efectivo.

Con estos materiales educativos se espera contribuir al desarrollo personal y profesional de cada uno y una de los y las integrantes de la población uniformada de las escuelas de formación militar.

El propósito final es la modificación, enriquecimiento y adquisición de hábitos sexuales y reproductivos saludables y que puedan todos y todas juntos y juntas frenar la pandemia del VIH y el sida dentro de nuestra Fuerza Armada

V. DESARROLLO DEL CUADERNO

UNIDAD

1

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, VIH Y SIDA

TEMÁTICA 1:

SEXUALIDAD, NOVIAZGO, FORMACIÓN DE PAREJA Y DE FAMILIA



Material de lectura 1: La Sexualidad

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) «la **sexualidad** es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida; abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual.

Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre.

La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales» (OMS, 2006).²

La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan a hombres y mujeres. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

Hoy, sin embargo, se sabe que también algunos mamíferos muy desarrollados, como los delfines o algunos pingüinos, presentan un comportamiento sexual diferenciado, que incluye, además de homosexualidad (observada en más de 1500 especies de animales),³ variantes de la masturbación y de la violación. La psicología moderna deduce, por tanto, que la sexualidad puede o debe ser aprendida.

Rubio (1994/1998) propone que la sexualidad es un sistema de la vida humana que se compone de cuatro holones que significan sistemas dentro de un sistema. Estos holones interactúan entre sí y con otros sistemas en todos los niveles del ser humano en particular en los niveles biológico, psicológico y social.

Los cuatro holones son:

El erotismo, la vinculación afectiva, la reproductividad y el género.

² Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). *Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002*. Ginebra: OMS

³ Oslo gay animal show draws crowds, BBC News

- 1- **El erotismo** es la capacidad de sentir placer a través de la respuesta sexual, es decir, a través del deseo sexual, la excitación sexual y el orgasmo.
- 2- **La vinculación afectiva** es la capacidad de desarrollar y establecer relaciones interpersonales significativas.
- 3- **La reproductividad** es más que la capacidad de procrear hijos y criarlos, incluye efectivamente los sentimientos y actitudes de maternidad y paternidad responsable, además de las actitudes favorecedoras del desarrollo y educación de otros seres. Además de biológica, puede ser social, como es el cuidar a otras personas y puede ser intelectual, es decir, lo que se produce con el intelecto.
- 4- **El holón del género**, comprende el grado en que se vivencia la pertenencia a una de las categorías (femenino o masculino o a una combinación de ambas). El cual es de suma importancia en la construcción de la identidad y parte de la estructura sexual, basada en el sexo e incluye todas las construcciones mentales y conductuales de ser hombre o mujer.

Uno de los productos de la interacción de los 4 holones anteriores es la *orientación sexual*. En efecto, cuando interactúan el erotismo (la capacidad de sentir deseo, excitación, orgasmo y placer), la vinculación afectiva (la capacidad de sentir, amar o enamorarse) y el género (lo que nos hace hombres o mujeres, masculinos o femeninos) obtenemos alguna de las diversas orientaciones sexuales: la bisexualidad, la heterosexualidad y la homosexualidad.

Es importante notar que la sexualidad se desarrolla y expresa de diferentes maneras a lo largo de la vida, de forma que la sexualidad de un infante no será la misma que la de un adolescente o un adulto. Cada etapa de la vida necesita conocimientos y experiencias específicas para su óptimo desarrollo. En este sentido, para los niños es importante conocer su cuerpo, sus propias sensaciones y aprender a cuidarlo. Un niño o una niña que puede nombrar las partes de su cuerpo (incluyendo el pene, el escroto o la vulva) y que se ha apropiado de él, es más capaz de cuidarlo y defenderlo.

También es importante para ellos/as conocer las diferencias y aprender que tanto los niños como las niñas son valiosos y pueden realizar actividades similares. En esta etapa aprenden a amar a sus figuras importantes primero (los padres, los hermanos) y a las personas que los rodean, pueden tener sus primeros enamoramientos infantiles (que son completamente diferentes de los enamoramientos de los/as adolescentes) y también viven las primeras separaciones o pérdidas, aprenden a manejar el dolor ante estas.

En cuanto a la reproductividad, empiezan a aprender a cuidar de los más pequeños (pueden empezar con muñecos o mascotas) y van desarrollando su capacidad reproductiva. También tienen grandes dudas sobre su origen, generalmente las dudas que tienen con respecto a la relación sexual necesitan la aclaración del sentido amoroso y del deseo de tenerlo que tuvieron sus padres.

Les resulta interesante el embarazo y el nacimiento en un sentido de conocer su propio origen. Sobre todo, será importante indagar la pregunta y responderla al nivel de conocimiento de acuerdo a la edad del menor.

La sexualidad adulta contiene los cuatro holones en una interacción constante.

Por ejemplo, si una mujer se siente satisfecha y orgullosa de ser mujer, es probable que se sienta más libre de sentir placer y de buscarlo ella misma. Esto genera un ambiente de cercanía afectiva y sexual con la pareja y un clima de mayor confianza, que a su vez repercute en las actividades personales o familiares que expresan la reproductividad.

En realidad podríamos empezar por cualquiera de los holones en estas repercusiones positivas o también negativas.

Cada uno de los holones presentará problemas muy específicos.

Así, encontramos en el holón del género los problemas de homofobia, violencia contra la mujer, inequidad de género, etc.

En el holón de la vinculación afectiva se encuentran las relaciones de amor/odio, la violencia en la pareja, los celos, el control de la pareja, el sentirse dueño de la otra persona.

El holón del erotismo presentará problemas tales como disfunciones sexuales o las infecciones de transmisión sexual.

En cuanto al holón de la reproductividad se observan dificultades de fertilidad, violencia y maltrato infantil, abandono de los hijos, etc.⁴

Al igual que los animales, los seres humanos utilizan la excitación sexual con fines reproductivos y para el mantenimiento de vínculos sociales, pero le agregan la voluntad, las fantasías, los recuerdos, los pensamientos, el goce y el placer propio y el del otro. El sexo también desarrolla facetas profundas de la afectividad y la conciencia de la personalidad.

La complejidad de los comportamientos sexuales de los humanos es producto de su cultura, su inteligencia y de sus complejas sociedades, y no están gobernados enteramente por los instintos, como ocurre en casi todos los animales. Sin embargo, el motor base de gran parte del comportamiento sexual humano sigue siendo los impulsos biológicos, aunque su forma y expresión dependen de la cultura y de elecciones personales; esto da lugar a una gama muy compleja de comportamientos sexuales. En muchas culturas, la mujer lleva el peso de la preservación de la especie.

Desde el punto de vista psicológico, la sexualidad es la manera de vivir la propia situación. Es un concepto amplio que abarca todo lo relacionado con la realidad sexual. Cada persona tiene su propio modo de vivir el hecho de ser mujer u hombre, su propia manera de situarse en el mundo. La sexualidad incluye la identidad sexual y de género que constituyen la conciencia de ser una persona sexuada, con el significado que cada persona dé a este hecho.

4 . Rubio, A. E. (1998). Introducción al estudio de la sexualidad. En Pérez, F. C. J.; Rubio, A. E. (Eds.) Antología de la sexualidad humana. 2ª ed. (pp. 17-46). México: Conapo. (trabajo original publicado en 1994)

La sexualidad se manifiesta a través de los roles genéricos que, a su vez, son la expresión de la propia identidad sexual y de género.

La diversidad sexual nos indica que existen muchos modos de ser mujer u hombre, más allá de los rígidos estereotipos, siendo el resultado de la propia biografía, que se desarrolla en un contexto sociocultural. Hoy en día se utilizan las siglas GLTB (o LGTB) para designar al colectivo de Gays, Lesbianas, Transexuales y Bisexuales.

La sexualidad se manifiesta también a través del deseo erótico que genera la búsqueda de placer erótico, a través de las relaciones sexuales, es decir, comportamientos sexuales tanto auto-eróticos (masturbación), como hetero-eróticos (dirigidos hacia otras personas, éstos a su vez pueden ser heterosexuales u homosexuales). El deseo erótico, (o libido) que es una emoción compleja, es la fuente motivacional de los comportamientos sexuales. El concepto de sexualidad, por tanto, no se refiere exclusivamente a las “relaciones sexuales”, sino que estas son tan solo una parte de aquel.⁵



Ejercicio 1 “Los Consejeros”

Primera parte.

Con el grupo de trabajo, elaboran una serie de consejos que pueden proporcionar a un amigo o amiga que ha decidido empezar un noviazgo. Pueden ser 3 o más consejos.

Segunda parte

Leen el material de lectura 2 “Etapas de noviazgo” y discuten en el grupo sobre los consejos, de forma que los tomen en cuenta en esas etapas y qué harían de nuevo cada uno de los integrantes del grupo si tuvieran que iniciar un noviazgo.



Material de lectura 2: “ Las etapas del noviazgo”⁶

El noviazgo consta de cinco etapas que son:

Atracción – Incertidumbre – Exclusividad – Intimidad - Compromiso

La **atracción** es lo que conecta a dos seres ya sea por el atractivo físico, emocional o ambos.

5- Declaración del 13avo. Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.

6- <http://www.angelred.com/vida/talleres/noviazgo.htm>

La **incertidumbre** es cuando nos replanteamos si la pareja elegida es la adecuada para nosotros/as; y si no logramos comprender el “por qué” de esta etapa, podemos cometer el error de elegir la pareja equivocada.

La etapa de la **exclusividad** es la que nos permite salir solo con una persona y dar y recibir de ella y para ella. Esto da paso a la creación de una relación amorosa y romántica.

La etapa de la **intimidad** nos permite entregarnos de una manera única. Es aquí que ambos se entregan, se sueltan y comienzan a mostrar sus aspectos negativos y positivos. Si llegamos a la conclusión que no somos compatibles la pareja no saldrá adelante.

La etapa del **compromiso** nos muestra en esencia que estamos junto a la persona con la que nos queremos casar o formar pareja estable. Es un estado de emoción y sorpresa.

Esta etapa puede proporcionar una base sólida para experimentar un amor y romance para toda la vida.

En esta etapa no tendríamos que manejarnos con apuros ya que es una etapa que nos permite aportar experiencias positivas, resolver desacuerdos y conocernos para afrontar el gran desafío que significa casarse, convivir y formar una familia.

Se necesita tiempo y progresión a través de las cinco etapas antes de poder reconocer en el otro a nuestra pareja o compañero para toda la vida.

La pareja ideal es aquella que tiene la capacidad única de poner de manifiesto lo mejor de uno.

En esta relación se conjuga la atracción física con la espiritual.

Entre las parejas de novios existen básicamente cuatro clases de química: Física, emocional, mental y espiritual:

- * **La química física genera deseo.**
- * **La emocional, cariño.**
- * **La mental, interés.**
- * **La espiritual, amor.**

La pareja ideal incluye las cuatro clases de química.

En cualquiera de las etapas puede romperse un noviazgo, quedando simplemente como un aprendizaje para la vida y es preferible esto a formar familias que luego no serán funcionales ni gratificantes.

Es importante tomar en cuenta que en todas las etapas, el respeto a la pareja es primordial y puede ser fuente de futuras amistades si el noviazgo termina.



Ejercicio 2: “La formación de pareja y de familia”

Con el grupo de trabajo, responden las siguientes interrogantes:

- 1- ¿Por qué cree usted que los seres humanos forman pareja?
- 2- ¿El atractivo físico es lo más importante para formar pareja?
- 3- ¿Al formar pareja se buscará lo que faltó en la familia de origen? o se buscará complementariedad?
- 4- Mencione tres ingredientes necesarios que ayudan a fortalecer la pareja.
- 5- ¿El primer momento para elección de pareja es consciente o inconsciente?
- 6- ¿Es suficiente estar enamorado/a para formar pareja? Si o no y ¿por qué?
- 7- Si decide formar una pareja estable y constituirse en una familia, ¿Cuáles condiciones son las más importantes para la formación de una familia?

TEMÁTICA 2:

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Ejercicio 1 “Atendamos la SSR a lo largo de la vida”

En forma desordenada se encuentran muchas de las indicaciones para atender la SSR en cada etapa de la vida. Cada grupo elige las que considera corresponde a la etapa de la vida que se le asignó. Luego las escribe en una papelógrafo y lo pega en la pared.

- Ayuda para definir su vocación
- Educación sexual
- Promoción de estilos de vida saludable
- Fomento de autoestima
- Respeto de opiniones
- Atención a cambios físicos, psicológicos y hormonales
- Fomento de autonomía e independencia
- Equidad e igualdad de oportunidades para hombres y mujeres
- Prevención y atención de ITS/ VIH y sida
- Planificación familiar
- Acceso a los servicios de salud con calidad y calidez
- Detección oportuna de cáncer cérvico uterino y mamas
- Detección oportuna de cáncer de próstata
- Atención del embarazo, parto y puerperio
- Participación del padre, la madre y los adultos familiares y cercanos durante el embarazo
- Evitar el maltrato y abuso.
- Apoyo emocional y psicológico a hombres y mujeres para adaptarse a nuevas condiciones.
- Participación del hombre y la mujer en las decisiones reproductivas
- Lactancia materna
- Afecto
- Caricias
- Protección por parte de la madre, del padre y de otros adultos
- Estimulación temprana
- Otras



Material de lectura 3:

“Componentes de la salud sexual y reproductiva”

COMPONENTES	REFERENCIA CON LA SSR
1. Derechos humanos	Se refiere al respeto de los derechos humanos de cada persona, con énfasis en los sexuales y reproductivos.
2. Equidad de género	Se refiere al trato igualitario y equitativo para hombres y mujeres.
3. Prevención de la violencia sexual y de género	Se refiere a conocer como funciona la violencia sexual y de género, cómo prevenirla y cómo identificar los beneficios para combatirla y denunciarla
4. Información, educación y comunicación (IEC) en SSR	Son las acciones informativas, educativas y de comunicación para promover el cambio de conocimientos, actitudes y prácticas saludables en SSR.
5. Sexualidad	Se refiere a las prácticas sexuales saludables y responsables.

COMPONENTES	REFERENCIA CON LA SSR
6. SSR de adolescencia y juventud	Son las acciones para promover la información, prevención y una atención integral de los y las adolescentes y jóvenes de acuerdo a sus necesidades en SSR.
7. Maternidad segura	Se refiere a las acciones informativas, educativas y de atención en salud para el cuidado de la mujer durante el embarazo, parto y post-parto, con el apoyo de su pareja, la familia y la comunidad.
8. Planificación familiar y anticoncepción	Es el derecho de toda persona a planificar el número de hijos y el espaciamiento entre ellos con el método de planificación familiar de su elección, de manera voluntaria y previa información y consejería.
9. Prevención de la infertilidad	Es el derecho de toda persona de recibir la atención que sea requerida, con el fin de poder procrear, al presentar problema de infertilidad.
10. Prevención y atención de cáncer de aparato reproductor de mujeres y hombres	Se refiere a la importancia de informar, educar, prevenir y atender los cánceres del aparato reproductor tanto de la mujer como del hombre.
11. Atención del climaterio masculino y femenino	Son las acciones informativas, educativas y de atención para disminuir las complicaciones durante el climaterio.
12. Prevención y atención de las ITS, VIH y sida	Se refiere a las acciones para dar a conocer lo que son la ITS, el VIH y sida, sus causas, consecuencias, como prevenirlas y a combatir el estigma y discriminación de las personas que las padecen.

TEMÁTICA 3:

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS



Material de lectura 2: “Objetivos de Desarrollo del Milenio”⁷

Orígenes

En 1989 caía el muro de Berlín y acababa la Guerra Fría. Paradójicamente, el fin de la confrontación Este-Oeste no se comprendía como la mejor oportunidad para acabar con las diferencias Norte-Sur. Con el muro caían también en picada las cantidades que los estados miembros del CAD (Comité de Asistencia al Desarrollo) aportaban en Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD): de una media del 0.33% del PIB en 1990 se pasó a un 0.23% en 2002.

A partir de 1990, la AOD perdió su utilidad como herramienta en la lucha de bloques y probablemente los Estados no cambiarán sus políticas de ayuda hasta que no vuelvan a entender la AOD, como una herramienta, esta vez en la lucha contra el Terrorismo.

En el nuevo tablero de juego internacional en el que el Sur valía, si cabe, aún menos y en el que África quedaba definitivamente a la deriva, desde la Secretaría General de Naciones Unidas el egipcio Butros Ghali propuso la celebración de una serie de cumbres internacionales para afrontar y poner remedio a los grandes problemas de la humanidad.

Al día de hoy, 1.200 millones de personas subsisten con un dólar al día, otros 854 millones pasan hambre, 114 millones de niños en edad escolar no acuden a la escuela, de ellos, 63 millones son niñas. Al año, pierden la vida 11 millones de menores de cinco años, la mayoría por enfermedades tratables; en cuanto a las madres, medio millón perece cada año durante el parto o maternidad. El sida no para de extenderse matando cada año a tres millones de personas, mientras que otros 2.400 millones no tienen acceso a agua potable.

En este contexto, tras la celebración de dichas citas a lo largo de los noventa y con la pujanza de los movimientos antiglobalización, tuvo lugar en septiembre de 2000, en la ciudad de Nueva York, la Cumbre del Milenio. Representantes de 189 estados recordaban los compromisos adquiridos en los noventa y firmaban la Declaración del Milenio.

7- http://es.wikipedia.org/wiki/Objetivos_de_Developmento_del_Milenio

Los ocho objetivos

En la Declaración del Milenio se recogen ocho Objetivos referentes a la erradicación de la pobreza, la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la mortalidad infantil, materna, el avance del VIH/sida y la sostenibilidad del medio ambiente.

Para lograr estos objetivos, y en respuesta de aquellos que demandaban un cambio hacia posturas más sociales de los mercados mundiales y organizaciones financieras se añade el Objetivo 8, 'Fomentar una Asociación Mundial para el Desarrollo'. En otras palabras, el objetivo promueve que el sistema comercial, de ayuda oficial y de préstamo garantice la consecución en 2015 de los primeros siete Objetivos y, en general, un mundo más justo.

Cada Objetivo se divide en una serie de metas, un total de 18, cuantificables mediante 48 indicadores concretos. Por primera vez, la agenda internacional del desarrollo pone una fecha para la consecución de acuerdos concretos y medibles.

Los títulos de los ocho objetivos, con sus metas específicas, son:⁸

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

- Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que sufren hambre.
- Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas cuyos ingresos son inferiores a un dólar diario.
- Conseguir pleno empleo productivo y trabajo digno para todos, incluyendo mujeres y jóvenes.

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal

- Asegurar que en 2015, la infancia de cualquier parte, niños y niñas por igual, sean capaces de completar un ciclo completo de enseñanza primaria.

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.

- Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de la enseñanza antes de finales de 2015.

Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil

- Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años.

8- <ref><http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.shtml></ref>

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

- Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna.
- Tener acceso universal a la salud reproductiva para el 2015.

Objetivo 6: Combatir el VIH-sida, el paludismo y otras enfermedades

- Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/sida en 2015.
- Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/sida de todas las personas que lo necesiten.
- Haber detenido y comenzado a reducir en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

- Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales y reducir la pérdida de recursos del medio ambiente.
- Haber reducido y haber ralentizado considerablemente la pérdida de diversidad biológica en 2010.
- Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento.
- Haber mejorado considerablemente, en 2020, la vida de al menos 100 millones de habitantes de barrios marginales.

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo

- Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio.
- Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.
- Atender las necesidades especiales de los países en desarrollo sin litoral y los pequeños Estados insulares en desarrollo (mediante el Programa de Acción para el desarrollo sostenible de los pequeños Estados insulares en desarrollo y los resultados del vigésimo segundo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General).
- Encarar de manera integral los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales para que la deuda sea sostenible a largo plazo.
- En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles.
- En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente las de la información y las comunicaciones.

El único objetivo que no está marcado por ningún plazo es el octavo, lo que para muchos significa que ya debería estar cumpliéndose.

TEMÁTICA 4:

GÉNERO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN HOMBRES Y MUJERES



Material de lectura 1: “Equidad de género”

Género se refiere a los roles, derechos y responsabilidades diferentes de los hombres y las mujeres, y a la relación entre ellos.

Género no se refiere simplemente a las mujeres o los hombres, sino a la forma en que sus cualidades, conductas e identidades se encuentran determinadas por el proceso de socialización. El género generalmente se asocia a la desigualdad tanto en el poder como en el acceso a las decisiones y los recursos. Las posiciones diferentes de las mujeres y los hombres se encuentran influenciados por realidades históricas, religiosas, económicas y culturales. Dichas relaciones y responsabilidades pueden cambiar, y de hecho cambian, a través del tiempo.

Las mujeres y los hombres son definidos de maneras diferentes en distintas sociedades; las relaciones que comparten constituyen lo que se conoce como relaciones de género. Las relaciones de género constituyen y son construidas por un abanico de instituciones, tales como: la familia, escuela, los sistemas legales, el mercado, entre otras. Las relaciones de género son relaciones de poder jerárquicas entre las mujeres y los hombres y tienden a poner a la mujer en desventaja. Estas jerarquías a menudo son aceptadas como “naturales”, pero constituyen relaciones socialmente determinadas, basadas en factores culturales y sujetas a cambios a través del tiempo. Las relaciones de género son dinámicas, se caracterizan tanto por el conflicto como por la cooperación y se encuentran mediatizadas por otros ejes de estratificación, tales como: casta, clase, capacidad física o mental, edad y estado civil, o posición al interior de la familia.

Las diferencias de sexo - por ejemplo, la capacidad de dar a luz - se encuentran biológicamente determinadas y son diferentes a los roles de género, socialmente prescritos. Reconociendo lo anterior, el análisis de género es una manera sistemática de abordar los impactos diferentes del desarrollo psicológico y socioeconómico sobre las mujeres y sobre los hombres. El análisis de género exige desglosar la información por sexo y entender cómo está dividido y cómo se valora el trabajo de ambos. El análisis de género debe efectuarse en todas las etapas del proceso de desarrollo;

debemos preguntar siempre de qué forma afectará una actividad, decisión o plan en particular a las mujeres de manera diferente que a los hombres (Parker, 1993).⁹

Es importante introducir medidas que garanticen que se compensarán las desventajas históricas que impiden a hombres y mujeres desempeñarse en un mismo plano y establecer un proceso de ser justo con hombres y mujeres en la sociedad. La equidad es un proceso que conduce a la igualdad.

El reconocer las condiciones o características específicas de cada persona o grupo humano (sexo, género, clase, religión, etnia y edad) y dar a cada quien lo que pertenece implica reconocer la diversidad sin discriminación¹⁰.

Incorporar la equidad de género en nuestros lugares de trabajo ayuda a construir una cultura de tolerancia, respeto y no discriminación. Permitiendo promover acciones encaminadas, hacia la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.



Material de lectura 2:

“Servicios de salud reproductiva con perspectiva de género”



Grupo 1

Los programas de salud reproductiva no pueden aislar sus servicios de un contexto social y cultural mayor, ya que los roles de género influyen sobre la conducta sexual y la salud de la mujer y el hombre. Los servicios que integran la perspectiva de género reconocen que:

- » Las prácticas sociales, como el abuso doméstico, perjudican la salud de las clientas;
- » Muchas mujeres tienen poco control sobre su vida sexual y las opciones anticonceptivas;
- » Las mujeres tienen el derecho de llevar una vida sexual satisfactoria y segura; y
- » Las necesidades de salud de las mujeres van más allá de los asuntos relacionados exclusivamente con la fertilidad.
- » Con el fin de abordar estos temas, los programas de planificación familiar y salud reproductiva con perspectiva de género han tomado mayor conciencia de cuáles son los servicios necesarios para garantizar el acceso a:
- » Información acerca de la sexualidad (incluido el impacto de los métodos anticonceptivos sobre la satisfacción sexual) y consejería acerca de problemas sexuales personales.

9- <http://www.es.genderandwater.org/page/3500>

10- http://www.cd hdf.org.mx/index.php?id=peg_cuart

- » Consejería sobre cómo las mujeres pueden negociar los asuntos relacionados con su sexualidad con sus parejas para así obtener un mayor control de su vida sexual;
- » Educación sexual y servicios de salud especialmente diseñados para los y las adolescentes;
- » Pruebas para detectar enfermedades mentales comunes, como por ejemplo, la depresión y la ansiedad, seguidas del tratamiento adecuado o de derivación en caso de ser necesario;
- » Servicio (o referencia) para las víctimas de violencia y tráfico, incluido tratamiento médico, asesoría legal, refugio y ayuda;
- » Programas de base comunitaria que aborden los problemas de género, incluido el doble estándar sexual, las creencias tradicionales acerca del sexo y la reproducción, y el derecho de la mujer a tener el control sobre su propio cuerpo; y
- » Actividades que promueven la participación de los hombres en temas y programas de salud reproductiva como clientes, parejas y supervisores.

Para los servicios con perspectiva de género es igualmente importante cambiar la actitud de los y las proveedores/as. Por lo general los y las proveedores/as de servicios trabajan suponiendo incorrectamente que su clientela femenina tiene libertad de acción, cuando en realidad la mayor parte de las veces ejercen poco o ningún control sobre sus encuentros sexuales o sobre sus decisiones respecto de la anticoncepción. Además, los y las proveedores/as al ser parte de la misma sociedad, comparten los mismos valores y sesgos sobre los temas de género de la sociedad de la que forman parte, es así que algunas veces pueden aceptar que la mujer sea golpeada por su pareja, exigir el consentimiento del marido para iniciar el uso de un método de planificación familiar, o sentirse extremadamente incómodos/as al hablar de sexualidad.

En algunos casos, los y las proveedores/as comparten las mismas experiencias de las mujeres que acuden a consulta. Por ejemplo, para aquellos/as proveedores/as que han vivido la violencia doméstica (como víctima o agresor) puede resultarles difícil tratar profesionalmente a las personas que sufran este tipo de problema.

La capacitación puede hacer que los y las proveedores/as se muestren más conscientes frente a las diferencias de género y a las inquietudes de índole sexual. Junto con los nuevos protocolos clínicos y el material de ayuda para el trabajo, la capacitación también permite entregar a los y las proveedores/as los conocimientos y las habilidades que necesitan para ofrecer servicios más amplios y abordar la sexualidad de los clientes sin prejuicios.

Los y las proveedores/as que están más conscientes de los problemas de género y de los temas relativos a la sexualidad:

- » Tratan a mujeres y hombres con respeto

- » Obtienen información sobre las parejas de sus usuarias/os, sus prácticas y problemas sexuales con el fin de determinar su estado de salud y sus necesidades de planificación familiar.
- » Ayudan a mujeres y hombres a evaluar cuáles son sus factores de riesgo de adquirir ITS.
- » Determinan en qué medida las usuarias tienen control sobre su vida sexual y, cuando es necesario, sugieren un método anticonceptivo que pueda ser usado sin que la pareja lo sepa, se ofrecen para hablar con la pareja de la misma, o enseñarle sobre cómo negociar con su pareja en el aspecto sexual.
- » Preguntan a las usuarias respecto de su situación, incluida la posibilidad de que ella sea víctima de violencia doméstica o tráfico.
- » Durante el examen de rutina, buscan signos de ITS, evidencias de abuso físico o sexual, y cualquier daño.

Los/as administradores/as de programas deben aprender a identificar y resolver los sesgos a causa del género, que frecuentemente se evidencian en la entrega de servicios de salud reproductiva y de planificación familiar.

Entre los sesgos más comunes se encuentran el hecho de asumir que todas las usuarias son mujeres, la incomodidad por parte del personal al atender a usuarios hombres, y las desigualdades de género en las relaciones profesionales entre los miembros del personal. Los administradores y los planificadores de programas están usando cada vez más herramientas para el análisis del género, con el objetivo de evaluar las desigualdades de género, determinar cómo éstas afectan el estado de salud de la mujer y la atención de salud, para así modificar los servicios de salud de acuerdo a lo observado.

Género y Salud Sexual y Reproductiva enfocada en la mujer



Grupo 2

El sexo y el género determinan las necesidades de salud de las mujeres. El sexo o las diferencias biológicas entre mujeres y hombres - como el embarazo, el cáncer de mama, el climaterio y la menopausia - constituyen temas de salud que afectan exclusivamente a la mujer. Estas diferencias también conllevan variaciones entre hombres y mujeres en lo que respecta a diversas afecciones tales como la depresión, las enfermedades cardiovasculares y otros problemas de salud.

El género o las diferencias socioculturales que existen entre mujeres y hombres constituyen otro obstáculo para la salud de la mujer. Los roles, los derechos, las responsabilidades y el lugar asignado a la mujer dentro de una sociedad son situaciones que dejan a las mujeres vulnerables frente a las relaciones sexuales no deseadas y sin protección, a una alimentación deficiente y al abuso físico y psicológico; también limitan el acceso de las mujeres a la atención de salud.

La importancia del sexo y el género para la salud de la mujer fue enfatizada en dos conferencias de las Naciones Unidas: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994 (CIPD) ¹¹ y en la Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995 ¹². Estas conferencias permitieron ampliar la definición de salud para que ésta abarcara también el bienestar físico, emocional y social de la mujer, lo que permitió posicionar el tema de la salud en el contexto más amplio de la vida social, política y económica de la mujer.

Asimismo, animaron a los programas de salud de los países en desarrollo, a implementar un enfoque más holístico frente al tema de la salud de la mujer, a través de las siguientes actividades:

- » Analizar los problemas de género que subyacen a los problemas de salud;
- » Abordar las necesidades de salud de la mujer en cada etapa de su vida; y
- » Ver la sexualidad como una parte positiva en la vida de la mujer.

Cinco años después, la revisión formal de “**CIPD+5**” informó escasos avances destinados a alcanzar los objetivos propuestos¹³. La falta de consenso respecto de los conceptos y estrategias relativas al género, la escasa información, y el inadecuado financiamiento han obstaculizado los esfuerzos para integrar la perspectiva de género a las actividades de salud y desarrollo.

A pesar de los esfuerzos destinados a ampliar los servicios y tomar en cuenta el contexto social en que vive la mujer, los programas y las políticas de salud reproductiva a menudo prestan poca atención a la dimensión social, económica, política, psicológica y sexual que rodea la salud y el bienestar de la mujer.

No obstante, los gobiernos renovaron su compromiso con la plataforma de acción de Beijing en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre la Mujer, 2000 ¹⁴ y también reconocieron el surgimiento de nuevos temas en el transcurso de los cinco años posteriores a la conferencia de Beijing.

Entre estos temas se incluyen: la manera en que el género determina la transmisión y el impacto de las enfermedades graves, tales como el VIH, la malaria y la tuberculosis; y la ampliación del concepto de violencia basada en el género, de tal manera que incluya la violación dentro del matrimonio, las muertes por honor, y la violencia motivada por diferencias raciales.

11- (www.unfpa.org/ICPD/ICPD.HTM)

12- (www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform).

13- (www.unfpa.org/ICPD/round&meetings/hague_forum/reports/back_paper.htm).

14- www.un.org/womenwatch/confer/beijing5



Grupo 3

Posteriormente a la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 1995) el tema de la participación de los hombres en salud sexual y reproductiva ha ganado mucho interés, por las siguientes razones:¹⁵

- » La concientización de que las relaciones de género inequitativas afectan la salud reproductiva de ambos sexos de maneras múltiples;
- » La existencia de evidencias de los efectos negativos de ciertos comportamientos de riesgo de algunos hombres para la salud de ellos, las mujeres e hijos;
- » La solicitud por parte de las mismas mujeres para que se incorpore al hombre en los servicios de salud sexual y reproductiva;
- » La preocupación por las infecciones transmitidas sexualmente (ITS) y el VIH/sida;
- » El interés creciente por parte de los hombres para mejorar su propia salud y la de sus parejas sexuales y familias.

Existe cierta evidencia de que los hombres están más interesados de lo que se cree generalmente en salud sexual y reproductiva, sin embargo, se puede dificultar su participación de manera género-sensitiva por:

- » La falta de conciencia de los hombres de sus propias necesidades en este ámbito;
- » El hecho de que los programas de salud reproductiva están dirigidos casi exclusivamente a mujeres;
- » La escasa información sobre las actitudes, percepciones, necesidades y prácticas de los hombres en la salud reproductiva;
- » La falta de conocimiento de los hombres acerca de estos temas los impulsa a tomar decisiones sin información y a imponer estas decisiones en sus parejas;
- » La falta de comunicación y toma de decisiones conjuntas entre hombres y mujeres;
- » La falta de conciencia por parte de los tomadores de decisión y los gestores de políticas sobre la repercusión de las desigualdades de género y del papel de los hombres en la toma de decisiones sobre sexualidad y reproducción;

15- http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/3479/hombres_equidad_genero-salud-reproductiva.htm

- » La falta de normas específicas, reglamentos y pautas para que los servicios incluyan y asistan a los hombres en los servicios de salud reproductiva.

Promover la participación de los hombres y el interés compartido entre los sexos supone cimentar nuevas formas de ser y pensar masculino, es decir, trabajar en la construcción de masculinidades y feminidades equitativas, flexibles y diversas

Trabajar desde una perspectiva de género implica un abordaje de derechos humanos y de equidad.

Los hombres tienen necesidades propias en materia de salud sexual y reproductiva pero frecuentemente estas no son atendidas. Entre otros, los hombres necesitan información y servicios en los siguientes aspectos:

- » Promoción de actitudes y prácticas responsables y compartidas hacia la sexualidad, el embarazo, la paternidad y la crianza de los hijos,
- » Sexualidad y disfunción sexual,
- » Planificación familiar (incluyendo vasectomía),
- » Prevención y tratamiento de ITS y VIH/sida,
- » Urología,
- » Atención de infertilidad,
- » Detección y atención de cáncer prostático y de otros órganos del aparato sexual y reproductivo,
- » Salud mental,
- » Prevención de violencia de género y general,
- » Abuso de drogas, alcohol, entre otros.

Algunas experiencias piloto han mostrado que el aumento de la participación de los hombres en los servicios de salud reproductiva puede realizarse a través de actividad de bajo costo como, por ejemplo: horarios especiales de atención para los hombres, invitar a que los hombres concurren con sus parejas, proporcionar entrada y salas de espera separadas, contratar a proveedores y educadores masculinos, modificar la decoración de la clínica, actividades de promoción y prevención en espacios que no son de servicios, como el espacio laboral o recreativo, entrenamiento de capacitadores de pares en temas de salud sexual y reproductiva.

El abordaje de ciclo de vida en salud reproductiva de los hombres abre oportunidades para trabajar en cambios favorables desde la niñez. Las actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva durante las etapas de la niñez y la adolescencia facilitarán el desarrollo de habilidades para la vida, que permitirán una vida sexual y reproductiva sana, responsable y feliz y la habilidad de tomar decisiones informadas, compartidas y respetuosas.

¿Por qué no participan más hombres?



Grupo 4

Varios factores se combinan para limitar la participación de los hombres en la SSR:

- » Los roles de género - masculinidad y feminidad - se asimilan en la niñez, cuando los/as niños/as aprenden que la sociedad tiene diferentes expectativas para cada uno de ellos. La masculinidad tradicional incluye un conjunto estricto de normas que influyen en el comportamiento y las actitudes de los hombres respecto a la SSR;
- » La virilidad de un hombre es medida por sus conquistas sexuales, el número de sus hijos, y por el comportamiento de las mujeres en su círculo familiar/social (la esposa, las novias, las hijas, la madre etc.).
- » En América Latina y el Caribe, la iniciación sexual en general empieza más temprano para los hombres que para las mujeres, y los adolescentes hombres tienen que probar constantemente su virilidad mediante su actividad sexual. Los hombres jóvenes y adultos frecuentemente ven la iniciación y las relaciones sexuales como una manera de demostrar que son «hombres» y para ganar estatus en su grupo social, en lugar de verlas como una oportunidad para la intimidad;
- » Se espera que los hombres estén sexualmente informados. En realidad, tanto los niños como los hombres generalmente no están informados o están mal informados, pero no buscan información por el temor de parecer sin experiencia;
- » La mayoría de los hombres conocen los métodos anticonceptivos, aunque este conocimiento no siempre se traduce en el uso práctico o consistente de los mismos.

Aunque los hombres, tradicionalmente, han tenido más poder social, económico y político que las mujeres, muchos de ellos no dejan de buscar maneras para aumentar o afirmar este poder, a través de la violación y violencia en el hogar, el acoso sexual, la retención del dinero u otros recursos económicos, y el ejercer control sobre el comportamiento de las mujeres, incluyendo su fecundidad.

Se tiene evidencia que ya existen grupos de hombres que han logrado repudiar el modelo hegemónico de la masculinidad, a pesar de la presión tanto de los grupos masculinos como de los medios de comunicación que apoyan este modelo hegemónico.



Grupo 5

Las mujeres han sido tanto el grupo objetivo como las beneficiarias de los programas nacionales e internacionales de planificación familiar y salud reproductiva.

En el ámbito de la salud, los formuladores de políticas, los planificadores y los proveedores de servicios han pasado por alto el papel influyente que los hombres desempeñan en la salud sexual y reproductiva (SSR) de sus familias, especialmente de sus parejas sexuales.

El no incorporar a los hombres en los programas de promoción, prevención y atención de la SSR ha tenido una grave repercusión sobre su salud, la salud de las mujeres y el no éxito de los mismos programas.

La participación de los hombres en la SSR, no solo mejora la salud de las mujeres, sino también, como lo han afirmado investigadores y promotores, es esencial para su propia salud y bienestar.

Las razones principales para el interés creciente en la participación de los hombres en la SSR son:

- » El reconocimiento del rol influyente de los hombres en la sexualidad y la reproducción;
- » El reconocimiento que los hombres tienen sus propias necesidades y demandas de SSR;
- » Concientización de que las relaciones de género desiguales afectan a la SSR de mujeres y hombres;
- » Mayor evidencia de los efectos negativos, principalmente sobre las mujeres y los niños/as y del comportamiento riesgoso de los hombres;
- » Preocupación por el aumento de las tasas de ITS e infección por el VIH/sida;
- » El deseo de prevenir los embarazos no deseados o no planificados mediante el mayor uso de métodos más eficaces de planificación familiar;
- » Solicitudes de las mismas mujeres para incorporar a sus parejas en la promoción, la educación y la prestación de servicios de SSR, en particular el embarazo y parto.

16- http://www.generosaludreproductiva.gob.mx/articulo.php?id_rubrique=8&id_article=567

TEMÁTICA 5:

SEXUALIDAD RESPONSABLE EN ADOLESCENTES Y JÓVENES Y PREVENCIÓN DEL EMBARAZO TEMPRANO



Material de Lectura 1: “El Adolescente”¹⁷

Todas las personas tienen derecho a decidir si quieren o no tener hijos y el momento en que desea hacerse, por lo tanto para ejercer este derecho es necesario contar con la información adecuada en el momento oportuno, así como tener la posibilidad de recibir servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.

Para que se produzca un embarazo de manera natural es necesaria la participación de un hombre y una mujer, por lo tanto el embarazo es responsabilidad de ambos y no como de manera general sucede en el que toda responsabilidad recae casi exclusivamente en la mujer y en la familia de esta.

¿Cómo ocurre un embarazo?

Siempre que un hombre y una mujer tienen relaciones sexuales vaginales sin protección, existe la posibilidad de que la mujer se embarace, debido a que cuando el hombre eyacula dentro o cerca de la vagina, los espermatozoides nadan hacia el cuello del útero, lo atraviesan, entran al útero y luego suben a las trompas de Falopio, donde pueden sobrevivir entre tres y cinco días. Si ya hay un óvulo en las trompas de Falopio o aparece uno durante ese período, uno de los espermatozoides puede entrar al óvulo y fecundarlo.

Un embarazo inoportuno

Un embarazo no deseado o inoportuno puede ser un serio problema para hombres y mujeres.

Las razones por las que un embarazo puede ser inoportuno para la mujer a cualquier edad son múltiples, algunas de ellas pueden ser:

- » Tener otros planes y querer alcanzar otras metas antes de ser madre,

17-María Faget Montero y Cristina Puig Borrás: “Tú, tu vida y tus sueños, un manual para gente joven” Family Care International, Inc. 2007

- » Porque el embarazo puede poner en riesgo su salud, situación muy frecuente cuando el embarazo se da a edades muy tempranas ya que biológicamente el cuerpo no está preparado para dar vida a un nuevo ser,
- » Porque no cuenta con los recursos económicos y emocionales necesarios para ocuparse adecuadamente del hijo/a que vaya a tener o
- » Por muchas otras razones.

De igual forma en esta época ya se contempla que el embarazo no deseado o no planeado puede ser inoportuno para el hombre, los motivos son casi los mismos que los de la mujer exceptuando que este no pone en riesgo su vida.

Las razones por las que puede darse un embarazo no deseado o no planeado son múltiples y pueden ir desde la falta de información sobre como prevenirlos, hasta ceder a mandatos inconscientes transmitidos por el entorno cultural y socioeconómico en el que se vive.

1. En algunos grupos sociales se considera que un hombre que tiene muchos hijos es viril y masculino, por lo que para algunos jóvenes tener muchos hijos equivale a decir que son “verdaderos hombres”; esto tiene que ver con la cultura patriarcal que asocia al hombre con la libertad para vivencia de su sexualidad y con la provisión económica del hogar; afortunadamente esta mentalidad empieza a cambiar pues ya no se le considera más hombre, sino como una persona que irresponsablemente pone su vida en riesgo pues a mayor número de parejas sexuales, más posibilidad de adquirir alguna ITS o hasta el VIH-sida.
2. De igual forma en algunos grupos sociales se considera que una verdadera mujer es aquella que tiene hijos/as, convirtiéndose en una verdadera presión para las jóvenes quienes se sienten poco valoradas si no son madres. También tiene que ver con la cultura patriarcal que destaca en las mujeres su capacidad reproductiva, pareciendo que ese fuera su principal y único valor como ciudadanas.
3. Por otra parte a algunas mujeres y hombres jóvenes les dará imagen de responsabilidad y madurez, considerándoles ya como adultos/as.
4. También en nuestros países hay personas jóvenes que no tienen oportunidad de estudiar o de construir el futuro que quieren para si mismos/as y piensan que la maternidad o paternidad puede ser un proyecto de vida satisfactorio. Las estadísticas demuestran que a menor nivel de escolaridad los embarazos se presentan a más temprana edad.

Por lo anteriormente expuesto es necesario recordar que la decisión de tener o no tener hijos/as es un derecho de cada uno y cada una, la decisión no debe ser resultado de presiones externas.

Para el año 2000, en México el 17% de los nacimientos registrados correspondía a madres adolescentes.

En El Salvador para el 2008 se atendieron 4,609 partos de adolescentes correspondiendo al 32% de partos atendidos a esta cifra se le suman 261 cuyas edades oscilan entre los 10 y 14 años¹⁸.

18- La Prensa Gráfica, 07 de enero de 2009

En realidad no importa el país que sea, las causas y las repercusiones generalmente son las mismas; la falta de planeación de embarazo adolescente suele asociarse con ausencia de planeación de las relaciones sexuales.

El embarazo adolescente compromete la salud. La OPS señala que las complicaciones del embarazo son una de las principales causas de fallecimiento en las mujeres adolescentes en todas las subregiones de América Latina y el Caribe. Los niños que nacen de madres jóvenes tienen bajo peso al nacer y pocas oportunidades de sobrevivir. Aquellas adolescentes que eligen no continuar con sus embarazos continúan frecuentemente en las salas de emergencia de los hospitales, en graves condiciones resultantes de aborto clandestino.

Los y las adolescentes requieren conocer su sexualidad, su potencial para reproducirse y las alternativas para cuidar su cuerpo y regular la fecundidad.

Aborto

El aborto es la terminación o interrupción del embarazo antes del parto. A veces un aborto ocurre de forma natural y se llama aborto espontáneo. Las enfermedades como la malaria o las ITS pueden provocar abortos espontáneos, hay otras causas como malformaciones congénitas u otras anomalías incompatibles con la vida que pueden causarlos.

Un aborto también puede ser inducido o provocado a través de procedimientos médicos, realizados por personal de salud calificado.

Sin embargo la realidad es otra y generalmente las jóvenes que recurren a un aborto sea por decisión propia, a insistencia de la pareja o de la familia, acuden a lugares clandestinos en donde personal no calificado utiliza diferentes técnicas (ácido de baterías, alambres de sombrillas u otros objetos que sirvan para enganchar y alar el feto) estos procedimientos muchas veces dejan secuelas imborrables en el organismo de la joven como es la esterilidad a futuro o incluso puede terminar con la vida de la madre.

La legalidad del aborto inducido varía de país en país, en América Latina se encuentran tres situaciones diferentes:




- » En **Cuba, Guyana y Puerto Rico**: el aborto no está restringido ni penalizado, es legal en todos los casos.
- » En el resto de países el aborto es permitido solo bajo circunstancias especiales, como cuando el embarazo pone en peligro la vida, la salud física y mental de la mujer (aborto terapéutico), o cuando el embarazo es fruto de una violación sexual.
- » En **Chile y El Salvador**: el aborto está totalmente prohibido (incluso si se necesita practicarlo para salvar la vida de la mujer)





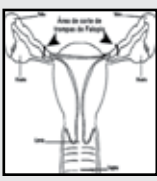
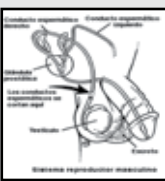
Material de lectura 2: Métodos anticonceptivos

Nombre y forma de usarlo	Prevención del embarazo	Prevención de VIH e ITS	Disponibilidad	Ventajas	Desventajas
<p>Condón masculino.</p> <p>Es una funda de látex que se coloca sobre el pene erecto, se agarra de la burbuja de la punta y se desenrolla hasta la base del pene, colocándolo antes de introducir el pene en la vagina, ano o boca de la pareja.</p>	Efectivo si se usa de manera adecuada y constante	Muy efectivo	<p>Generalmente disponible de distribución gratuita en las Unidades de salud, enfermerías de las unidades militares y hospitales militares. Se puede comprar en tiendas,</p> <p>supermercados, farmacias y centros nocturno, entre otros lugares</p>	Ampliamente aceptado, en raros casos produce reacciones alérgicas (irritación en el pene)	<p>Puede romperse si no se usa de manera correcta. Importante revisar la fecha de vencimiento.</p> <p>Se recomienda revisar que la bolsita en la que viene no este rota y parezca una almohadita con aire.</p>
<p>Condón femenino.</p> <p>Es una funda con dos anillos, uno en cada extremo, el más pequeño se introduce en la vagina y el más grande se detiene antes de entrar en la vagina.</p>	Efectivo si se usa de manera adecuada y constante	Muy efectivo	Es difícil de conseguir y es caro	Se usa solo durante las relaciones sexuales, algunas mujeres pueden usarlo sin que el hombre se de cuenta	Es difícil de conseguirlo, además presenta alguna dificultad para colocarlo.
<p>Diafragma.</p> <p>Un/a profesional de la salud tiene que medirlo para sugerir el tamaño correcto.</p> <p>Se coloca dentro de la vagina de la mujer, antes de las relaciones sexuales, para impedir que el esperma del hombre entre, se tiene que dejar puesto de 6 a 24 horas.</p> <p>Lavarlo antes y después de cada uso, se acompaña con espermicidas.</p>	Muy efectivo si se usa adecuadamente	<p>No protege del VIH. Protege de algunas ITS, como las verrugas genitales</p>	No está disponible en muchos países	Solo se usa durante las relaciones sexuales, puede usarse por mucho tiempo.	Tiene que ser medido inicialmente por un/a profesional de salud. Algunas mujeres dicen que les cuesta colocarlo. Tiene que ser medido cada dos años, después de un embarazo y si la mujer aumenta o disminuye peso.


METODOS ANTICONCEPTIVOS Información Básica

Nombre y forma de usarlo	Prevención del embarazo	Prevención de VIH e ITS	Disponibilidad	Ventajas	Desventajas
<p>Espermicidas.</p> <p>Sustancias químicas elaboradas para matar a los espermatozoides en la vagina. Existen diferentes presentaciones: espuma, película vaginal, crema, gel y supositorios vaginales, deben ser usados con métodos de barrera (condón o diafragma).</p>	<p>Sólo cuando se usan, siguiendo las instrucciones del producto</p>	<p>No existen pruebas que proteja contra el VIH</p> 	<p>Disponibles</p>	<p>No es necesaria la ayuda de un/a trabajador de la salud</p>	<p>Algunas personas pueden ser alérgicas.</p>
<p>Píldoras anticonceptivas.</p> <p>La píldora contiene hormonas que detienen la ovulación (la maduración de óvulos en el ovario)</p>	<p>Excelente</p>	<p>Ninguna</p> 	<p>Disponible en la mayoría de clínicas de planificación familiar, en las unidades militares.</p>	<p>No es necesario prepararse para usarla, puede ayudar a otros métodos.</p>	<p>Debe ser indicada por un/a profesional de la salud, porque no es aconsejable para todas las mujeres.</p>
<p>Implantes hormonales.</p> <p>Son 6 tubos pequeños que se insertan debajo de la piel del antebrazo de la mujer, los tubos liberan lentamente la hormona que evita la ovulación, tienen que ser colocados y retirados por profesionales de la salud. Su efectividad puede ser hasta de 5 años.</p>	<p>Excelente</p>	<p>Ninguna</p> 	<p>Ampliamente disponibles en algunos países</p>	<p>Evitan la ovulación independientemente se tengan o no relaciones sexuales</p>	<p>Puede causar periodos irregulares, en algunas ocasiones no pueden ser usados y tienen que ser retirados por profesionales de la salud.</p>

METODOS ANTICONCEPTIVOS Información Básica

Nombre y forma de usarlo	Prevención del embarazo	Prevención de VIH e ITS	Disponibilidad	Ventajas	Desventajas
<p>Anticonceptivos inyectables (la inyección).</p> <p>La inyección puede aplicarse, cada mes, cada dos meses o cada tres meses, dependiendo de la que se elija en el centro de salud donde se aplica. Contiene hormonas que detienen la ovulación.</p>	Excelente	<p>Ninguna</p> 	Ampliamente disponible en algunos países.	Está cumpliendo su función se tengan o no relaciones sexuales. Puede usarse sin que el hombre se de cuenta.	Puede causar períodos irregulares, en caso de que cause algún efecto secundario no puede suspenderse su efecto.
<p>Anticoncepción natural o método del ritmo.</p> <p>Esto significa tener relaciones sexuales, solo cuando la mujer no es fértil, es decir no puede embarazarse.</p>	Poco efectivo, porque es difícil identificar con exactitud el momento de la ovulación	<p>Ninguna</p> 	Puede ser usado por la pareja si conoce el ciclo menstrual de la mujer y esta es exacta	No produce efectos secundarios, la pareja comparte la responsabilidad de la planificación familiar, no implica gastos.	Requiere del compromiso de la pareja y de una cuidadosa observación de los cambios que se producen en la mujer, antes y después de su menstruación.
<p>Esterilización Femenina.</p> <p>Consiste en cortar o ligar los tubos de las trompas de Falopio en las mujeres.</p> <p>Esterilización masculina.</p> <p>Consiste en cortar los conductos que llevan los espermatozoides de los testículos a las vesículas seminales.</p> <p>Ambas operaciones evitan que se una el ovulo con el espermatozoide.</p>	Excelente	<p>Ninguna</p>  	Disponible en clínicas o centros de salud, debe ser efectuada por médicos/as capacitados/as	Es permanente	<p>Es una intervención quirúrgica con anestesia local o general que puede realizarse a hombre y a mujeres.</p> <p>No es reversible</p>

METODOS ANTICONCEPTIVOS Información Básica

Nombre y forma de usarlo	Prevención del embarazo	Prevención de VIH e ITS	Disponibilidad	Ventajas	Desventajas
<p>Anticoncepción de Emergencia.</p> <p>Debe ser usada por la mujer después de haber tenido relaciones sexuales desprotegidas, debe tomarse dentro de las 72 horas después de las relaciones sexuales sin protección.</p>	<p>Excelente cuando se usa dentro del tiempo estipulado</p>	<p>Ninguna</p> 	<p>Disponible</p>	<p>Buena opción después de accidentes sexuales.</p>	<p>Debe ser administrado por personal de salud capacitado.</p> <p>Algunas personas pueden rechazarlo porque lo relacionan con aborto.</p>



Ejercicio 1: “Circunstancias”

Tarjetas para el ejercicio

1. ADOLESCENCIA

Juan, de 16 años, está sumamente enamorado de **María** de 13 años. Tienen una relación con respeto, alegría, atracción mutua, consideran que se amarán toda la vida y desean casarse el mes que viene porque no tienen dudas de su amor y quieren tener un hijo. María trabaja en la panadería de la Sra. Jiménez, de 38 años a quien le preocupa que María quiera casarse con Juan, pues ambos son muy jóvenes. Roberto, el tío de Juan le sugiere que mejor se una con María y si todo resulta se case después de unos años.

Entonces...

2. ABUSO

Inés, de 14 años, fue víctima de abuso hace 3 semanas y se encuentra en estado grave de depresión. El Dr. Rosas le informa a **Mónica**, la madre, que Inés está embarazada. Mónica busca ayuda espiritual para ver qué es lo mejor por hacer en esos casos. Angélica y Jaime, sus asesores espirituales, le explican que un aborto le haría un gran daño emocional a Inés, su madre decide que se continúe el embarazo para después dar el producto en adopción.

Entonces...

3. MIEDO

Luís, de 20 años y **Claudia** de 18 años, ambos con un plan de vida definido, los dos han decidido terminar su formación académica antes de casarse y tener familia. Hace 3 años que son novios pero desde que entraron a la universidad sienten que su relación cada día esta peor. Algunas amigas de Luis le aconsejan que si no quiere perder a Claudia lo mejor es que la embarace.

Entonces....

4. FIESTA

Laura y Esteban de 17 y 19 años, son antiguos amigos y acuden orgullosos a su fiesta de graduación en la playa. Entre el exceso de alcohol y la libertad del ambiente, Laura y Esteban se acarician y terminan teniendo relaciones sexuales. Laura resultó embarazada y VIH positiva. Esteban está dispuesto a casarse con ella porque es un caballero. Luisa y Eréndira, las madres de los jóvenes, están contentas pues sus familias se conocen muy bien y se unirán como ellas lo deseaban. Laura y Esteban en cambio sienten tristeza.

Entonces...

5. DESEO MATERNAL

Carla es una joven extranjera de 19 años que gusta de recorrer el mundo mochila al hombro, cuando pasa por el país conoce a Antonio, ambos se gustan y disfrutan de una buena relación. Después de un año de convivencia Carla se embaraza de Antonio y un buen día decide regresar a su país, sola con su hija, le dice a Antonio que ella solo quería una hija y que él puede hacer lo que desee.

Entonces...

6. BUEN PARTIDO

Martín es un joven de 17 años, atractivo, bien vestido y estudiando. Ya inició su vida sexual y se siente atraído por varias mujeres, a las que considera indispensables, valiosas y maravillosas. Paty de 15 y Raquel de 18 están embarazadas por tener relaciones sin protección con Martín. Ambas lo están presionando para que se case con ellas o se haga responsable del/a hijo/a que van a tener. Martín les dice a las dos que aborten y se olviden de él.

Entonces...

7. FAMILIA

Flavio de 20 años y **Karla** de 19, son una pareja amorosa, con buena comunicación y respeto entre ambos. Tienen un año viviendo juntos y desean formar una familia. Carlos el padre de Flavio y Rubén su abuelo, le sugieren que espere más tiempo pues aún son muy jóvenes. Piensan que primero deben construir su propia casa y ahorrar para ofrecer seguridad a sus hijos/as.

Entonces...

8. DOS CAMINOS

Rosa de 14 años, se ha embarazado de su novio Beto de 19, quien no desea comprometerse pues quiere seguir superándose y siente que no está preparado para cuidar y hacerse responsable de su hijo. Él tiene que vivir la vida antes de pensar en esas cosas, se siente mal por el embarazo de Rosa pero piensa que lo mejor es desaparecer de la vida de ella.

Entonces

9. PLANEACIÓN

Gerardo y Nina, son una pareja joven, ambos tienen 20 años, se hicieron novios hace tres años. Juntos están planeando establecerse como pareja, han decidido no tener hijos/as, ambos tienen otros intereses y consideran que si tienen familia les entorpecería sus planes. Comunican la decisión a sus familias quienes desde ese momento los presionan diciéndoles que los/as hijos son el objetivo de formar pareja.

Entonces...

TEMÁTICA 6:

EDUCACIÓN SEXUAL



Material de Lectura 1: ¿Qué es la Educación Sexual?

Educación sexual es:

“El proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman formal e informalmente los conocimientos, las actitudes y los valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, que incluyen desde los aspectos biológicos y aquellos relativos a la reproducción, hasta todos los asociados al erotismo, la identidad y las representaciones sociales de los mismos. Es especialmente importante reconocer el papel que el género juega en este proceso”.

“La educación sexual forma parte de la educación general que incorpora los conocimientos biopsicosociales de la sexualidad. Su objetivo es lograr la identificación e integración sexual del individuo y capacitarlo para que cree sus propios valores y actitudes que le permitan realizarse y vivir su sexualidad de una manera positiva, consiente y responsable dentro de su cultura su época y su sociedad”¹⁹

“La educación sexual es un proceso que dura toda la vida, dirigido a adquirir información, formar actitudes, convicciones y valores sobre la identidad, las relaciones y la intimidad. Incluye el desarrollo sexual, la salud reproductiva, las relaciones interpersonales, el afecto, la intimidad, la imagen corporal y el género sexual.

La educación sexual concierne a las dimensiones biológicas, socio-culturales, psicológicas y espirituales desde el dominio cognitivo, el afectivo y el comportamental, incluyendo las habilidades de comunicación efectiva y la toma de decisiones responsables”²⁰

Las definiciones antes expuestas tienen en común que la educación sexual obedece a la necesidad de estructurar y potenciar el crecimiento sexual. La educación sexual no tiene sentido solo por la necesidad de reducir embarazos tempranos, sida o ITS; la educación sexual se vuelve importante porque a través de ella se estructuran valores, actitudes y sentimientos positivos acerca de la sexualidad y es un proceso que inicia cuando se nace y concluye con la muerte por lo que a cada edad le corresponden diferentes necesidades e intereses y una determinada educación sexual.

Educación formal, informal y no formal

La educación sexual puede darse formal, no formal o informalmente, es educación formal, cuando es sistemática y está incorporada en el currículo de la educación formal.

19- Equipo Multidisciplinario del Instituto Nacional de Educación Sexual, Metodología y Educación Sexual, Santo Domingo 1976.

20- SIECUS, guía para una educación sexual integrada para la juventud hispana/latina 1995.

Es no formal a la que se da en forma no sistemática, como en cursos, talleres y charlas en forma esporádica. Es Informal, cuando es parte de la vida cotidiana y que generalmente no tiene propósitos conscientes. Pero es la más importante por sus efectos en la vida de las personas.

Ejemplos:

La forma en que los padres o aquellos que estén cerca de un bebé vivan su propia sexualidad será inevitablemente transmitida y percibida por la criatura, de allí dependerá que la sexualidad sea una experiencia agradable o negativa. Si el padre habla de las relaciones sexuales con violencia, transmitirá el mensaje de asociación de sexualidad y violencia.

La manera en que se acepte o reproche a un/a niño/a cuando inicia sus primeras exploraciones de sus genitales, va a darle elementos para su salud sexual. Si en casa nunca se nombran los genitales, es poco probable que pueda formarse un sentimiento de aceptación del propio cuerpo y de las sensaciones que de él provienen.

La preferencia que se da a los niños para que asistan a la escuela, en tanto que a las niñas se les orienta a quedarse en casa para ayudar con los quehaceres domésticos.

La manera en que se responde a las primeras inquietudes o curiosidades respecto a la diferencia de los genitales, si las niñas preguntan ¿por qué papá es diferente de mí? y si le responde porque papá tiene algo que las niñas han perdido; el mensaje será que la mujer es incompleta si no tiene un hombre a su lado, reforzando la inequidad que existe entre los géneros.

Los/as profesionales de salud que regañan a los/as adolescentes cuando se acercan a pedir orientaciones sobre planificación familiar o los/as farmacéuticos que se burlan de los/as jóvenes que compran condones.

En cada uno de los casos expuestos se está dando una educación sexual, transmitiendo valores y actitudes negativas que forman o deforman la personalidad de los/as adolescentes. Para transformar esta educación es necesario darle propósitos para que la educación sexual contribuya al bienestar, la autonomía y el desarrollo de los individuos, por lo tanto es importante que sea oportuna, veraz, integral, libre de mitos y prejuicios ya que en esta medida actuará como preventiva de problemas y conducirá a la salud sexual.

Diferencia entre socialización sexual y educación sexual

La socialización sexual: implica la transmisión de valores, creencias y costumbres a través de la familia, la escuela, los medios de comunicación, la iglesia entre otros.

La educación sexual: implica una intencionalidad educativa, traducida en una estrategia y metodología de enseñanza, según un orden establecido en un tiempo y con un currículo previamente diseñado con la participación de la comunidad educativa. Aller Atucha (1992).

La educación formal es aquella que se imparte dentro del sistema escolarizado, ya sea mediante talleres o charlas incluidas dentro del currículo.

La educación sexual no formal, consiste en cursos, charlas, talleres que se dirigen a diferentes públicos: adolescentes, padres, madres, maestros/as y personal de salud. Generalmente responden a una planeación con objetivos y actividades específicas.

Por lo tanto, se propone que la educación sexual formal sea un proceso sistemático, intencional y permanente dirigido a promover y recrear los conocimientos, actitudes y comportamientos necesarios para vivir la sexualidad en forma responsable, autónoma, gratificante y constructiva, a partir de una pedagogía participativa, experiencial y problematizadora.

Escuela, Familia y Educación Sexual

Todas las escuelas y familias hacen educación sexual, la forma en que lo hacen es la que difiere, algunas pueden hacerlo de manera consciente o inconsciente, abierta o sutil, explícita o implícita intencional o no.

Hasta el hecho de no hablar de asuntos sexuales está transmitiendo un mensaje “la sexualidad es un tabú, es sucia y peligrosa, es mejor no hablar “eso”; el silencio es una forma de represión igual de destructiva que la represión abierta.

Por lo tanto, escuela y familia tienen dos alternativas: educan la sexualidad para bien o la educan para mal, no es posible que quieran escoger no educar en la sexualidad.

La sexualidad está en el día a día de cada persona desde que se nace hasta que se muere, la sexualidad esta sometida a complejos y sutiles procesos de educación. La forma en como se vivencia y experimenta la sexualidad es el producto de todo el proceso de aprendizaje.

Después de la familia, la escuela ocupa un lugar importante en la educación sexual, por ello, es importante que la escuela eduque de una manera abierta, intencionada y sistemática basada en la verdad, a partir del diálogo y el respeto por las diferencias, que ya no solo promueva el conocimiento intelectual, si no que sugiera la construcción autónoma de valores, actitudes, habilidades y sentimientos necesarios para la construcción de una sexualidad sana, responsable, gratificante y constructiva.

La educación sexual debe ser entendida como un derecho de la niñez, la juventud y la población en general. Ya que la sexualidad es educable y forma parte del potencial humano.



Ejercicio 2: ¿Educación sexista?

En el siguiente cuadro encontrará algunos mandatos que la sociedad da en el transcurso de la vida de cada ser humano, léalas detenidamente y escriba en su libreta de notas si le parecen sexistas o no y ¿Por qué? y qué cambios propondría para una educación sana y equitativa de la sexualidad.

El/a facilitador/a anotará las respuestas en la pizarra o papelógrafo.

Mandatos sociales	¿Sexista? Si o no y ¿por qué?	¿Qué cambios se pueden hacer?
Niños y niñas hacen filas separadas		
A las niñas se les enseña tejido y cocina. A los niños mecánica y electricidad.		
En los libros de texto las mujeres aparecen atendiendo hijos/as y en trabajos del hogar. Los hombres aparecen en tareas productivas o directivas fuera de la casa.		
La sexualidad se aborda en temas de biología y anatomía.		
Una persona que se aprovecha de su jerarquía hace chistes estigmatizantes sobre las personas homosexuales.		
No se enseña el uso de métodos anticonceptivos porque es "dar permiso para que tengan sexo."		
Se enseña que los hombres entre más experiencias sexuales, más hombres; y las mujeres entre menos experiencias sexuales, son mejores.		

TEMÁTICA 7:

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



Ejercicio 1: “Identificando algunas ITS”

En grupos, leen los casos y para cada caso dan respuesta a las siguientes interrogantes:

1. ¿Cómo se infectó?
2. ¿Cómo se llama esa ITS?
3. ¿Puede tener relaciones sexuales?
4. ¿Cómo puede resolver el problema?
5. ¿Qué debe hacer con su(s) pareja(s)?

Pedro es un joven apuesto, perseguido por las mujeres que lo consideran buen partido, está terminando su formación de Cadete en la Fuerza Armada de Argentina; sin embargo hace algunos días se le ve preocupado, debido a que cada vez que va al baño siente mucho ardor en el pene y le salen gotas de una secreción blanquecina.

¿Qué ITS tiene Pedro?

Carlos fue en una misión oficial de 3 meses al país de Nunca Jamás, al salir de su trabajo le gustaba conocer el lugar y relacionarse con las jóvenes del lugar y por supuesto gustaba mucho de tener prácticas sexuales, no usaba condón. Al regresar a su país nota que tiene una herida en el glande, pero como no le duele, ni le causa otras molestias deja que el tiempo la sane, tiempo más tarde aparecen de nuevo otros síntomas en esta ocasión las erupciones ya no son sólo en el glande.

¿Qué ITS tiene Carlos?

El novio de **Carmen**, acaba de regresar de un curso de ascenso de un año, para celebrarlo van a la playa y con la emoción del reencuentro tienen relaciones sexuales sin protección. Un tiempo después de este encuentro, Carmen empieza a sentirse muy mal con fiebre, cansancio, pérdida del apetito, náuseas y vómitos, dolor en las articulaciones, urticarias, inflamación del hígado, la piel se le pone amarilla y la ingresan en cuidados intensivos, pues temen por su vida.

¿Qué ITS tiene Carmen?

Victoria tiene varios meses de tener relaciones sexuales sin protección con su novio, pero hace unos meses se le presentan sangrados entre un periodo menstrual y otro, tiene dolor en el abdomen y las relaciones sexuales han dejado de ser placenteras porque le duele mucho, presenta nuevas secreciones vaginales.

¿Qué ITS tiene Victoria?

TEMÁTICA 8:

¿QUÉ ES EL VIH-sida?



Material de lectura 1: ¿Qué es el VIH y sida?

Descubrimiento

Desde 1981 se detectaron casos sorprendentes de infección por *Pneumocystis jirovecii* (entonces designado *Pneumocystis carinii*), un hongo emparentado con las formas originales de los Ascomycetes, conocido por infectar a pacientes severamente inmuno deprimidos. Inicialmente se observó un grupo de casos semejantes en los que estaban implicados hombres homosexuales y donde aparecían a la vez infecciones por citomegalovirus y candidiasis. Se pensó primero que la causa debía estar ligada a prácticas comunes entre la población homosexual masculina.

Pronto empezaron a aparecer casos que afectaban a hombres o mujeres heterosexuales usuarios de drogas intravenosas, así como a los hijos que procreaban; también entre pacientes no homosexuales y con hábitos saludables que habían recibido transfusiones de sangre entera o de productos sanguíneos por su condición de hemofílicos. Pronto se pensó, por criterios básicamente epidemiológicos, que la causa debía ser un agente infeccioso que se transmitía de forma semejante a como lo hace el virus de la hepatitis B.

¿Qué es el VIH?

Se conoce como (VIH) al virus de la inmunodeficiencia humana, causante del SIDA. Este virus ataca al sistema inmunológico y deja al organismo vulnerable a una gran variedad de infecciones y cánceres potencialmente mortales.

Las bacterias comunes, los hongos levaduriformes, los parásitos y los virus que generalmente no provocan enfermedades serias en personas con sistema inmunitario sano pueden provocar enfermedades mortales en las personas cuyo sistema de defensa se encuentra inmunosuprimido a causa del VIH.

Se ha encontrado el VIH en saliva, lágrimas, tejido del sistema nervioso, líquido cefalorraquídeo, sangre, semen (incluido el líquido preseminal, que es el líquido que sale antes de la eyaculación), flujo vaginal y leche materna. **Sin embargo, sólo a través de la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna se transmite la infección a otras personas.**

La infección por VIH no se propaga por contacto casual como un abrazo, por tocar cosas que han sido tocadas con anterioridad por una persona infectada con el virus, ni durante la participación en deportes ni por picaduras de mosquitos.

No se transmite a las personas que DONAN sangre u órganos. Las personas que donan órganos nunca entran en contacto directo con los que los reciben. De la misma manera, alguien que dona sangre no tiene contacto con el que la recibe. En todos estos procedimientos se utilizan agujas e instrumentos estériles.

Sin embargo, el VIH se puede transmitir a la persona que RECIBE sangre u órganos de un donante infectado. Para reducir este riesgo, los bancos de sangre y los programas de donación de órganos hacen exámenes minuciosos a los donantes, la sangre y los tejidos, acompañada de una exhaustiva entrevista para detectar factores de riesgo en el posible donante, por esa razón es de suma importancia ser sinceros/as al donar sangre.

Entre las personas con mayor riesgo de contraer el VIH están:

- » Usuarios de drogas que comparten agujas para inyectarse drogas por vía intravenosa.
- » Bebés nacidos de madres con VIH que no recibieron la terapia para VIH durante el embarazo.
- » Personas involucradas en relaciones sexuales sin protección.
- » Personas que recibieron transfusiones sanguíneas o hemoderivados (derivados de la sangre) entre 1977 y 1985 (antes de que comenzaran los exámenes estándares para detectar el virus). En el Salvador la sangre comenzó a tamizarse a partir del año 1987.
- » Tener actividades sexuales sin protección, sean estas anales, vaginales u orales.
- » La actividad de más alto riesgo es la penetración anal sin protección.

Transmisión

Para que se dé la transmisión del virus debe encontrarse en una determinada concentración en distintos fluidos biológicos, siendo estos:

- » Sangre
- » Semen
- » Secreciones Vaginales
- » Leche materna

También se encuentra presente, y en cantidad suficiente, en el líquido cefalorraquídeo, líquido amniótico, líquido pleural, sinovial, peritoneo y pericárdico. (Solamente que las personas no tienen habitualmente contacto con esto líquidos).

La infección inicial con VIH, denominada fase aguda, puede no producir ningún síntoma. Sin embargo, algunas personas pasados 15 días aproximadamente del contacto con el que adquirieron el VIH experimentan síntomas seudo gripales con fiebre, erupción cutánea, irritación de garganta e inflamación de los ganglios linfáticos.

Algunas personas con infección por VIH pueden permanecer muchos años sin síntomas entre el momento en que estuvieron expuestas al virus hasta cuando desarrollan el sida.

Las tres principales formas de transmisión son:

- » **Sexual** (acto sexual sin protección). La infección se produce por el contacto con secreciones infectadas de la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona, si está infectada.
- » **Parenteral** (por sangre). Es una forma de adquirir la infección que se da por la utilización de drogas intravenosas al compartir jeringuillas contaminadas, también en personas que padecen hemofilia, que han recibido una transfusión de sangre infectada o productos infectados derivados de la sangre; y en menor grado trabajadores de salud que estén expuestos a la infección en un accidente de trabajo como puede ocurrir si una herida entra en contacto con sangre infectada, también durante la realización de piercings, tatuajes y escarificaciones (cauterizaciones), con instrumentos infectados.
- » **Vertical** (de madre a hijo). La infección puede ocurrir durante el embarazo, durante el parto, o al amamantar al bebé. De estas situaciones, el parto es la más problemática. Actualmente en países desarrollados la transmisión vertical del VIH está totalmente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus) ya que desde el inicio del embarazo (y en ciertos casos con anterioridad incluso) se le da a la embarazada un Tratamiento Anti-Retroviral de Gran Actividad (TARGA) especialmente indicado para estas situaciones. El parto se realiza por cesárea generalmente y se suprime la producción de leche; y con ello la lactancia, e incluso se da tratamiento antiviral al recién nacido²¹

El VIH, no se transmite por estar al lado de una persona infectada, trabajar, jugar, bailar, comer, bañarse en piscina o ducha, o realizar otras actividades de la vida diaria, únicamente se transmite si se entra en contacto con cualquiera de los líquidos infectantes de una persona portadora.

La reinfección de VIH

De manera generalizada ha existido la creencia de que si una persona se encuentra infectada con VIH ya no puede infectarse, por lo tanto si se unen dos personas con VIH pueden tener relaciones sexuales cóitales sin condón, pues al fin y al cabo ya se encuentran infectadas.

21- <http://es.wikipedia.org/wiki/VIH>

El planteamiento anterior es totalmente falso, debido a que existen diferentes tipos de cepas que hacen que un virus sea más fuerte que otro, por lo tanto dos personas con VIH si pueden reinfectarse y en ocasiones potenciar el virus y avanzar más rápido a la etapa sida. Además de que puede provocar resistencia a medicamentos.

Resumen estadístico del VIH-sida en El Salvador²²

Desde 1984 que se registró el primer caso en el país hasta el mes de agosto de 2008 se han notificado **21,388 casos de VIH-sida**; de los cuales el **61% (13,057)** clasificados como VIH y un **39% (8,331)** como sida.

El 20% (4,325) se han reportado en el **grupo de 15 a 24 años de edad**, cada día se reporta un nuevo caso, en este grupo de edad.

Seis de cada 10 casos son reportados en hombres, para una razón hombre mujer de 1.7

Desde 1997 hasta agosto de 2008 se han notificado un acumulado de **5,127 muertes por sida**.

Hasta junio de 2008 se tienen en Terapia Antirretroviral, 6,497 personas.

Casos nuevos de VIH-sida y total acumulados

El Salvador 1984 hasta agosto 2008*

	Nuevos casos enero-agosto 2008*	Total casos acumulados 1984-agosto 2008	%
Casos de VIH	1,134	13,057	61%
Casos sida	159	8,331	39%
TOTAL	1,293	21,388	100%

22- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA, El Salvador 2008.

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA sida

El sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es la etapa final y más grave de la infección por VIH,²³ la cual produce daño severo al sistema inmunitario.

Síntomas

Los síntomas del sida son principalmente el resultado de infecciones que normalmente no se desarrollan en personas con un sistema inmunitario sano. Estas se llaman «infecciones oportunistas».

Los síntomas más comunes de la persona que entra a la fase sida son los siguientes: fiebre, sudores (particularmente en la noche), glándulas inflamadas, escalofríos, debilidad y pérdida de peso.

Incidencia

El sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es la quinta causa importante de muerte en las personas entre 25 y 44 años de edad en los Estados Unidos, pero en 1995 ocupaba el número uno. Alrededor de 25 millones de personas en todo el mundo han muerto a causa de esta infección desde el comienzo de la epidemia y aproximadamente 40.3 millones de personas están actualmente viviendo con VIH-sida.

Para el 2005 en El Salvador el sida ocupaba el 15º lugar de mortalidad general y la segunda causa de muerte en las edades comprendidas entre los 20 y los 59 años.

Para el 2007, el sida no figura entre las primeras 10 causas de muerte de la población en general, pero a nivel hospitalario se constituye como la segunda causa de muerte en los grupos de 25 a 59 años (9.26 %) y la tercera en grupos de 20 a 24 años (8.62%).²⁴

El sida comienza con una infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Es posible que las personas infectadas con el VIH no presenten síntomas durante 10 años o más, aunque sí pueden transmitir la infección a otros durante este período que no presentan síntomas.

La infección aguda por VIH progresa con el tiempo (generalmente unas pocas semanas a meses) a una infección por VIH asintomática (sin síntomas) y luego a infección sintomática (algunos síntomas) temprana por VIH. Posteriormente, progresa a sida (infección por VIH muy avanzada con conteo de células T por debajo de 200).

Casi todas las personas infectadas con el VIH, que no reciban tratamiento, desarrollarán el sida. Hay un pequeño grupo de pacientes que desarrollan sida muy lentamente o que nunca lo desarrollan.

23- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000602.htm>

24- Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, Dirección de Planificación de los Servicios de Salud, Unidad de Información en Salud, El Salvador. 2007.

A estos individuos se los llama pacientes sin progresión de la enfermedad y muchos parecen tener una diferencia genética que impide que el virus le cause daño a su sistema inmunitario.

Tratamiento

Hasta este momento, no existe cura para el sida. Sin embargo, se encuentran disponibles varios tratamientos que pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de aquellas personas que llegaron a la fase sida.

Prevención

1. Aprender y practicar medidas que contribuyan a reducir las probabilidades de adquirir o diseminar el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
2. Evitar el contacto con la sangre de otra persona. Puede ser adecuado usar ropas protectoras, máscaras, guantes y gafas de seguridad cuando se le brinden cuidados a personas lesionadas. Se recomienda tomar las medidas de bioseguridad con todas las personas, esto con una doble finalidad: protegerse y evitar la estigmatización de la persona atendida.
3. Cualquier persona que tenga resultados positivos en el examen para VIH puede transmitir la enfermedad a otros/as (aún cuando no tenga síntomas), no debe donar sangre, plasma, órganos ni semen.
4. Una persona infectada debe informarle a sus posibles parejas sexuales de su condición de VIH positivo. Ellos no deben intercambiar fluidos corporales durante la actividad sexual y deben usar siempre métodos de barrera, como condones, brindándole a la pareja la mayor protección posible.
5. Las mujeres VIH positivas que deseen embarazarse deben buscar asesoría sobre los riesgos para el bebé y los avances médicos que pueden ayudarles a evitar que el feto se infecte con el virus. El uso de ciertos medicamentos puede reducir significativamente las probabilidades de que el bebé se infecte durante el embarazo.
6. Se recomienda a las mujeres que son VIH positivas no amamantar a sus bebés.
7. Tratar de no consumir drogas intravenosas y en caso de hacerlo, no compartir agujas ni jeringas. En la actualidad, muchas comunidades tienen programas de intercambio de jeringas, donde la persona puede desechar las jeringas usadas y obtener jeringas nuevas y estériles gratis. Estos programas también pueden ofrecer remisiones para el tratamiento de la adicción.
8. Las prácticas de «sexo protegido», como el uso constante y consistente de los condones de látex, son altamente efectivas para prevenir la transmisión del VIH.
9. La abstinencia es el único método seguro de prevención para no adquirir y no transmitir por vía sexual el VIH.



Material de lectura 2

“La prueba del VIH”

Para saber si una persona es portadora o no del VIH es importante hacerse la prueba del VIH.

En el mercado existen diferentes pruebas para hacerlo, lo que estos exámenes miden es la presencia de anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana en la sangre, existen diferentes pruebas en el mercado, quizás una de las más conocidas es la prueba de ELISA (Enzyme Linked Inmuno Sorbent Assay) por sus siglas en ingles, otras son el oraquick y el determine; también conocidas como pruebas rápidas por el tiempo que tarda en obtenerse el resultado de la prueba.

Estas pruebas únicamente detectan la presencia del VIH en la sangre de las personas, si los medidores de la prueba son positivos entonces se realiza la prueba confirmatoria llamada “western blot”; es necesario tener presente que cuando se tome la prueba, la persona no presente cuadros de gripe u otras infecciones pues podría dar como resultado un falso positivo. Si la persona se encuentra con una salud deteriorada y presenta síntomas que el/a médico/o considere como indicadores de VIH, puede indicar la prueba para confirmar lo que lo que los síntomas indican.

Hay varias recomendaciones importantes para tomarse la prueba; a continuación se mencionan algunas:

- 1- Antes de decidir tomarse la prueba, la persona tiene que recibir consejería pre-prueba, en la que personal de salud calificado explorará los motivos que se tienen para hacérsela, de igual forma indagará sobre el estado emocional del/a consultante, planteándole varios escenarios entre ellos la posibilidad de que el resultado sea positivo, invitándole a pensar que va a hacer, a quién se lo va a comunicar y cuál es la red de familia o amigos/as que le brindarían soporte emocional en primera instancia.

Pues si bien es cierto que ahora el recibir un diagnóstico de VIH+, no significa sentencia de muerte como al inicio de la pandemia, la noticia continúa siendo impactante y conlleva cambios de comportamiento si se quiere prolongar el estado de buena salud y retardar la aparición de los síntomas del inicio de la fase sida.

- 2- Generalmente la persona se toma la prueba porque presiente que ha tenido conductas de riesgo en las que podría infectarse, como por ejemplo: tener relaciones sexuales (anales, vaginales u orales) casuales sin protección.

- 3- Para tomarse la prueba es necesario que hayan transcurrido entre 8 y 12 semanas después del último contacto sexual de riesgo, debido a que si se toma antes de ese tiempo el resultado podría ser un falso negativo y la persona pensar equivocadamente que no es portadora del virus. Esto sucede porque el virus se encuentra en lo que se denomina “período de ventana”, período en el que el virus es indetectable para las pruebas de laboratorio. **Es importante que si la persona ha tenido un contacto sexual de riesgo y en la semana 8 no aparece la prueba positiva, tendrá que repetirse la prueba al completar las 12 semanas, a los 6 meses y al año.**
- 4- Después de tomarse la prueba al momento de entregar resultados, la persona tiene que recibir consejería post prueba, no importando si el resultado es positivo o negativo. En ambos casos es bueno incentivar cambios de conducta.
- 5- Las pruebas son anónimas, confidenciales y voluntarias, nadie tiene derecho a divulgar los resultados y tampoco se puede obligar a nadie a tomarse la prueba, en nuestro país a pesar de que el reglamento de prevención y atención al VIH-sida lo prohíbe, hay lugares en donde se vuelve obligatoria por ejemplo para optar por un trabajo, esta actitud puede ser demandable.



Ejercicio 2: “Asumiendo Riesgos”

▶ Paso 1:

En forma individual, lea detenidamente las siguientes preguntas y reflexione las respuestas

¿Cuál es el mayor riesgo que hemos asumido en nuestra vida?

¿Qué factores influyeron en su decisión para hacerlo?

¿Cuáles fueron sus sentimientos en ese momento?

¿Cuál fue el resultado de haber asumido ese riesgo?

¿Fue una experiencia positiva o negativa?

▶ Paso 2:

Ahora busque una pareja y comparta algo de su reflexión, tómense 5 minutos para cada uno/a.

Paso 3:

En plenaria, discuten el tema y definen algunos conceptos.

¿Qué es un riesgo?

¿Cuáles factores disminuyen un riesgo?

¿Cuáles factores hacen que el resultado de un riesgo sea positivo o que valga la pena asumirlo?

Paso 4:

En grupos de 4 o 5 personas, resuelven uno de los casos dando respuesta a las siguientes preguntas:

¿Quiénes de los protagonistas están en riesgo de contraer el VIH?

¿Pueden disminuir el riesgo?

¿Cómo?

¿Qué hacer para no correr el mismo riesgo que ellos o ellas?

CASOS



Caso 1

Iván, de 19 años de edad. Tiene una relación amorosa con Carlos de 21 años desde hace un año. Esta es la primera relación formal de Iván y ha sido fiel a Carlos durante este tiempo. Los dos comparten casi todo el tiempo, se divierten mucho y son felices. Sin embargo, Carlos ha dejado claro que no cree en la monogamia. Pasa algunas tardes y noches con otras personas. Iván trata de aceptar esta situación y no cuestiona mucho a Carlos, pues afirma que lo ama.

Iván no está contento con el hecho de que Carlos no acepte estar solo con él. Carlos tiene algunos amigos y conocidos que son VIH y dos amigos mayores que él murieron de sida; Carlos mantuvo una relación con uno de ellos hace algunos años.

Esto preocupa mucho a Iván y ha tratado de compartir sus sentimientos con Carlos, quien afirma no querer conocer su estado de salud actual, pues para él lo importante es vivir su día a día. Iván afirma que practican sexo protegido.



Caso 2:

Gabriela ha estado casada con Wilson por 3 años. Tienen una hija de 2 años. Gabriela trabaja como secretaria a medio tiempo. La niña asiste a una guardería particular, toda la familia tiene un buen nivel de vida.

Wilson tiene un trabajo por el cual viaja mucho por el país y en cada ciudad que visita tiene una compañera sexual diferente. Wilson cree que Gabriela no tiene razón para sentirse herida porque las relaciones que él tiene en cada pueblo no son estables. Gabriela quiere tener otro hijo/a y no practican sexo protegido.



Caso 3:

Marcela tiene 19 años de edad y ha ejercido como trabajadora sexual desde los 16 años. Ella inició su trabajo en San Miguel, luego de haber huido de su casa, se trasladó a San Salvador hace 2 años. Vive con una amiga. El negocio para Marcela ha sido muy provechoso y mantiene un número regular de clientes.

Hace algunos meses Marcela se enteró de los graves problemas que ocasiona el VIH-sida. Esto la asustó y decidió tomar precauciones. Ahora insiste en que sus clientes usen condones e intenta proponer prácticas sexuales alternativas, cuando no aceptan el condón.



Caso 4:

Diego tiene 21 años de edad. Su enamorada desde hace 4 años Tania, terminó su relación hace 3 meses pues quería concentrarse en sus estudios y ser libre para conocer a otras personas. Diego quedó destrozado, se sintió rechazado y solo. Comenzó a beber mucho, a consumir drogas y ha mantenido relaciones sexuales con varias mujeres en las últimas semanas.

Uno de sus compañeros le invitó a una fiesta el fin de semana pasado. Se emborrachó y al final de la tarde le ofrecieron heroína y lo convencieron para que se inyectara. Nunca había hecho esto antes, así que uno de ellos le prestó su jeringuilla. No fue de mucha ayuda en su estado de ánimo y de hecho Diego se sintió enfermo.

Diego está preocupado por el sida. Hace poco Tania lo llamó por teléfono y le pidió que se encontraran pues dice que lo extraña mucho.



Caso 5.

Susana tiene 24 años, está acompañada con Felipe desde hace tres años, Felipe se encuentra de alta en el ejército y lo mandaron a una misión fuera del país por un año, Susana lo espera fielmente en su casa cuidando a Jorge su hijo de 2 años; cuando Felipe regresa a casa tiene relaciones sexuales con su compañera y Susana se embaraza, no asiste a control de embarazo y tiene a su segundo hijo en casa. Al mes de nacido el niño empieza a padecer del estomago y le dan fiebres que no se le quitan con remedios caseros, por lo que finalmente deciden llevarlo a la Unidad de Salud. Ahí le dicen que el niño está muy enfermo y que lo tiene que trasladar al Hospital de niños Benjamín Bloom. Cuando llegan al hospital le toman varios exámenes al niño entre ellos la prueba del VIH, resultando positiva.

TEMÁTICA 9:

FORMAS DE PREVENCIÓN Y CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO EN VIH



Material de lectura 1: “Las Etapas del Cambio”

De acuerdo al MTTCC, existen cinco Etapas del Cambio: **Pre-contemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento.**

Estas etapas son similares a las etapas de cambio en otros modelos de cambio de conducta. Las etapas indican el grado de disposición o motivación de la persona a cambiar. A medida que las personas atraviesan las etapas, cada una constituye una base para la próxima. A pesar de que la Recaída no es una etapa de cambio, es parte normal de este proceso. Las personas pueden recaer en cualquier momento y en cualquier etapa. Esto quiere decir que a medida que las personas intentan hacer cambios y tratan de incorporar nuevas habilidades o conocimientos, no necesariamente serán capaces de hacerlo la primera vez que lo intenten. Con frecuencia, reciclarán las etapas mientras tratan de consolidar un cambio de conducta, en lugar de pasar directamente de Pre-contemplación a Mantenimiento en la primera oportunidad.

Pre-contemplación:

No tiene ninguna intención de cambiar o no considera seriamente un cambio; piensa que no hay razón para cambiar.

En la etapa de Pre-contemplación, la persona no ve ninguna razón para cambiar. No está consciente de que existe un problema, o tal vez está consciente del problema pero no quiere personalizarlo. En otras palabras, puede estar consciente de los riesgos que conlleva cierta actividad, pero minimiza estos riesgos cuando le concierne directamente.

Otras personas pueden ver cierta conducta como problemática y pueden tratar de comunicárselo, pero el «cambiante» percibirá la información como coercitiva y de poca ayuda. El/a usuario/a en Pre-contemplación no ve la situación como problemática, y seriamente no tiene intención de cambiar nada.

Las personas en pre-contemplación pueden haber intentado cambiar en el pasado y haber fracasado, de modo que se sienten desilusionados por su incapacidad para cambiar cualquier conducta, y creen no poder cambiar nada en el futuro.

La Pre-contemplación, como su nombre lo indica, es realmente el momento antes de que cualquier persona descubra que tiene un problema, o antes de que quiera efectuar un cambio.

En general, las personas en pre-contemplación no vienen a las clínicas por sí mismas; después de todo, si no necesitan cambiar nada o si piensan que son incapaces de cambiar, no necesitarán los servicios.

Usted podrá ver a los/as usuarios/as en Pre-contemplación que vienen a raíz de la crisis (por ejemplo, alguien que recién tuvo sexo sin protección, quiere hacerse una prueba de VIH o una prueba de embarazo), o usted podrá verlos al hacer trabajo de alcance comunitario o cuando se les ha ofrecido alguna otra «recompensa» por venir (brindándoles alimentos o pagándoles una cantidad de dinero por hacerse la prueba del VIH, etc.)

Las personas también pueden acudir por otras razones, como la atención que ellos reciben del personal, y no para cambiar o resolver un problema. Los/as usuarios/as en esta etapa resultan frustrantes para los/as consejeros/as, porque a ellos/as no les importa la información y no parecen interesados en hacer ningún tipo de cambio.

Los/as usuarios/as en esta etapa básicamente necesitan llegar a concientizar que existe una «conducta problemática» para lograr que empiecen a identificarse con el riesgo.

Contemplación:

Está consciente que existe un problema y está considerando el cambio; probablemente intentando cambiar dentro de seis meses o en el lapso de seis meses.

Los clientes en Contemplación están consientes de que existe un problema, pero todavía no están listos para hacer nada al respecto. La gente en esta etapa puede expresar mucha ambivalencia, ya que aquí es donde sopesan los pros y los contras de cambiar su conducta. Las personas en Contemplación pueden decir cosas como: «sé que debo cambiar, pero...».

En este punto las razones para cambiar no han pesado más que los beneficios que obtiene de la conducta actual, o tal vez aún no han podido ver los beneficios de la conducta nueva y sólo ven las desventajas de su conducta actual. Durante esta etapa, las personas están evaluando la conducta actual y la nueva en términos de su propio concepto: ¿Cómo influye esta conducta en la manera en que ellos se perciben? Las personas pueden mantenerse en contemplación por un período corto o largo antes de estar listos para pasar a otra etapa.

Este puede ser el cliente que, con usted, ve el beneficio de usar condones o algún método anticonceptivo; este cliente se lleva este método consigo, pero cuando usted lo vuelve a ver, se entera que no utilizó el método a pesar de que lo pensaba usar.

A pesar de que admiten que tienen razones para cambiar, los contempladores todavía no tienen la seria intención de cambiar. Probablemente pasarán más de 30 días antes de que estén listos para hacer los cambios de conducta, tal vez más.

Preparación:

Intentando seriamente lograr un cambio de conducta pronto (dentro de 30 días)

En Preparación, las personas saben que quieren hacer un cambio de conducta y seriamente están planeando hacerlo en un corto plazo, probablemente dentro de un mes. En esta etapa, los/as usuarios/as tal vez pudieran haber empezado a hacer algunos pequeños cambios: Han podido empezar a reducir sus riesgos un poco, o han empezado a probar inconsistentemente una nueva conducta.

Ellos están evaluando esta nueva conducta y su habilidad para manejarla. Están tratando de desarrollar un plan para que esta nueva conducta les funcione y también para desarrollar planes para aprender a lidiar con los problemas que se puedan presentar. Ellos están practicando y aprendiendo las habilidades necesarias para que esta conducta funcione a largo plazo.

Las personas en Preparación están a punto de hacer un cambio activo y consistente en su conducta. Ellos ya han sopesado los pros y los contras de su conducta señalada, y como los beneficios han pesado más que las desventajas, están dispuestos a intentar el cambio. Probablemente ya han tomado pequeños pasos para cambiar, como por ejemplo, usar condones algunas veces, o tratar algún método anticonceptivo. Ellos están probando las aguas del cambio, y están listos para lanzarse.

Acción:

Modificando una conducta problemática; haciendo que los cambios sean consistentes (todo el tiempo) por lo menos por un día, o por seis meses.

Acción es la etapa en la cual el cambio de conducta es evidente, porque las personas están realmente haciendo algo diferente. En Acción, el cliente se ha comprometido a efectuar un cambio consistente, y ha empezado a hacerlo. Las personas en esta etapa alcanzan su objetivo de conducta regular. Por ejemplo, en Acción la meta puede ser «usar condones todas las veces».

Esto, entonces, es la conducta esperada. Si la persona solamente está usando condones «algunas veces», no está en la etapa de Acción. Una barrera en la etapa de Acción es la tentación y la recaída. Algunas veces, el cambio es estresante y las personas vuelven a sus antiguas conductas; otras veces, las personas pueden sentirse abrumadas al intentar muchos cambios demasiado rápido, antes de poder manejarlo todo. Además, el/a usuario/a puede estar experimentando las emociones asociadas con el cambio, y le pueden causar dificultades.

Esta etapa requiere compromiso y energía para mantener el cambio a través del tiempo. Las personas necesitan el apoyo de otros a su alrededor para poder mantener

el cambio, y a veces las personas que les rodean pueden mostrar resistencia a este cambio, por ejemplo pueden decirle: (cuando tomabas eras más alegre y ahora solo enojado pasas, ¿por qué mejor no vuelves a tomar?). Un factor importante en este periodo es encontrar relaciones de apoyo que le ayuden a mantener el cambio y evitar la recaída.

Mantenimiento:

Practicar la conducta de manera regular durante seis meses o más.

Una persona en Mantenimiento está incorporando activamente la nueva conducta en su vida, y está tomando las medidas para prevenir una recaída. Como la conducta ahora ya es más habitual y se ha integrado en la imagen de la persona, gasta menos energía que antes en mantener esta conducta. La recaída continúa siendo un peligro hasta para aquellos que han estado en Mantenimiento por un largo periodo de tiempo. Los/as usuarios en esta etapa son los que han estado utilizando métodos anticonceptivos de una manera efectiva por seis meses, o aquellos que han incorporado métodos para reducir el riesgo del VIH, y que lo han estado haciendo regularmente por lo menos durante seis meses.

Las personas en Mantenimiento confían en su habilidad para ser consistentes en su nueva conducta, y han efectuado cambios en sus vidas para apoyar su nueva conducta. Siempre hay la posibilidad de una recaída, y las personas necesitan algún tipo de refuerzo para ayudarles a mantener su conducta a través del tiempo.

Lapso y Recaída:

Ocurren cuando una persona está atravesando etapas, y se devuelve a una etapa de cambio anterior, o cuando una persona que ha estado practicando una nueva conducta, empieza a comportarse de la manera anterior.

En este modelo, la Recaída no es una etapa de cambio sino que se considera como una parte normal del cambio. Durante el proceso de cambio, las personas pueden recaer a una etapa anterior en cualquier punto. Un **Lapso** se refiere a un evento en el cual una persona vuelve otra vez a la conducta anterior, y la Recaída se refiere a volver a una etapa de cambio anterior o a utilizar una conducta más de una o dos veces.

Una persona que ha tenido un **Lapso** o una Recaída se puede sentir culpable o apenada de haber «fracasado». Sin embargo, la mayoría de las personas tienden a tener lapsos o recaídas antes de lograr mantener un cambio por largos períodos de tiempo. La recaída no significa fracaso. Cuando alguien recae a una etapa anterior, las intervenciones tienen que concentrarse en esa etapa, pero también deben incorporar las experiencias anteriores de la persona, tal como iban sucediendo a través del cambio.

Las personas que recaen a una etapa anterior tienden a atravesar las etapas más rápidamente, probablemente porque ellos ya han desarrollado las habilidades y las conductas necesarias para mantener el cambio.

Estos períodos de lapso y recaída pueden ser utilizados como experiencias para aprender, y para que la próxima vez que haga un cambio, esté mejor preparada para enfrentar la tentación. Hasta las personas en Mantenimiento pueden recaer. Recuerde, la recaída y el lapso **no se deben ver como un fracaso, sino como parte del ciclo normal del cambio.**



Ejercicio 1: El caso de Pedro

Primer paso:

Lea el caso que a continuación se presenta

Pedro es un cadete bien parecido, de 22 años de edad, siempre ha sido un joven estudioso sobresaliente en su carrera militar y desea un día llegar a ser general para lo que se está preparando muy bien.

Sin embargo, Pedro como casi todos los seres humanos, tiene uno que otro secretito guardado, por ejemplo desde que inició su vida sexual le gusta irse de parranda con amigos para conocer amigas, bebe mucho licor y cuando está ebrio se va con una de ellas y tiene relaciones sexuales coitales sin condón.

Pedro asistió a una capacitación sobre VIH y se dio cuenta que cada vez que actúa de esa manera pone en peligro su vida, pues corre muchos riesgos por lo que está pensando que quizás algún día cambie su manera de ser. Al momento no está dispuesto a usar preservativo pues piensa que es muy incómodo.

Un día Pedro se da cuenta que tiene algo raro en el pene, le pica, le arde, le duele tiene unas ronchitas y no sabe qué es. Va al médico de la clínica militar y le informa que lo que tiene es una ITS, llamada herpes, que no se cura, solo desaparece la etapa de crisis, pero le queda en su sangre, además de que el tener cualquier ITS es una puerta de entrada para el VIH.

Pedro se asusta mucho y sigue las indicaciones del Doctor, entonces piensa que para tener un mejor control de si mismo y saber con quien se involucra tiene que emborracharse menos, es decir, divertirse pero estar consciente de lo que hace, también piensa que en su próxima relación sexo-coital va a usar condón, no quiere infectarse de otra cosa.

Así que Pedro en su próxima salida con sus amigos pasa a la farmacia y compra condones de sabores para sexo oral y de los otros...pero Pedro de nuevo bebe mucho y se le olvida ponerse el condón. Un par de días más tarde siente ardor al orinar y ve que una gota de secreción lechosa le sale del pene, se asusta y de nuevo va al médico. Éste le llama la atención y le dice que ahora tiene gonorrea y si continúa con ese estilo de vida, va a adquirir el VIH, de todas formas le indica el examen de VIH.

Mientras le entregan los resultados del examen, Pedro está muy asustado pensando que puede salir positivo. Finalmente le entregan el resultado del examen y es negativo.

Pedro suspira aliviado, en el laboratorio le dicen que tiene que volver a repetirse la prueba porque ha tenido ITS a repetición y podría estar en periodo de ventana.

Después de este susto, Pedro compra y utiliza los condones en cada relación sexual que tiene.

Segundo paso

Siempre en grupo respondan lo siguiente:

Mencione cada etapa por la que pasó Pedro y en qué momento.

¿Le fue fácil a Pedro cambiar su conducta?

¿Puede Pedro volver a antiguos hábitos a pesar de los sustos que tuvo cada vez que adquiría una nueva ITS?

¿Qué sugerencias le daría a Pedro para que se mantenga en esta nueva conducta?

¿Y si recae que consejos le daría?

¿Si usted fuera Pedro cree que le sería fácil cambiar las conductas que por tanto tiempo ha practicado?

TEMÁTICA 10:

ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CON VIH O SIDA.



Material de lectura 1: “Atención integral de personas con VIH o sida”.²⁵

El riesgo de infección por el VIH y su impacto aumentan con las violaciones de los derechos humanos, entre las que se encuentran la discriminación de la mujer y de grupos marginados tales como los trabajadores del sexo, los usuarios de drogas inyectables y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Por su parte, el VIH también causa frecuentemente otras violaciones de los derechos humanos en forma de discriminación y violencia.

Durante la última década, se ha puesto de manifiesto más que nunca la necesidad apremiante de fortalecer los derechos humanos para responder mejor a la pandemia y hacer frente a sus efectos.

25- <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/HumanRights/default.asp>

La protección de los derechos humanos y la promoción de la sanidad pública se complementan y refuerzan entre sí.

Todavía hoy algunos países tienen políticas que impiden que las personas puedan acceder a las medidas de prevención y atención relativas al VIH. Existen leyes que penalizan el sexo consentido entre hombres, otras que prohíben los preservativos y las inyecciones entre prisioneros, o que apelan al estatus de residente para restringir el acceso a los servicios de prevención y tratamiento.

Al mismo tiempo, no se promulgan, o no se aplican ni se hacen cumplir leyes y normas que protejan a las personas que viven con el VIH frente a la discriminación.

Para reformar la legislación y las políticas que se refieren a ciertas actitudes sociales y normas fuertemente arraigadas en la sociedad, tales como la desigualdad de género, es necesario que se colabore desde diferentes sectores.

La legislación, por sí sola no puede cambiar las actitudes sociales, es importante hacer un frente común ante la discriminación. La sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas con VIH y otros sectores de la sociedad como la Fuerza Armada, la policía y los sistemas judiciales, pueden desempeñar un papel muy importante.

Las organizaciones internacionales y los donantes también pueden realizar una labor muy positiva para apoyar a los agentes locales y nacionales. La protección de los derechos humanos, tanto los de las personas vulnerables a la infección como los de las que viven con el virus, es un aspecto esencial que tiene resultados positivos para la salud pública en la lucha contra el VIH. En particular, se ha puesto de manifiesto que:

- » Las respuestas locales y nacionales no tienen efecto sin el compromiso y la participación de los afectados por el VIH, especialmente de las personas seropositivas.
- » Se deben proteger los derechos de mujeres, jóvenes y niños para evitar la infección y hacer frente al impacto del VIH.
- » Para que la respuesta al VIH sea efectiva, se deben respetar y cumplir los derechos de los grupos marginados (trabajadores/as del sexo, usuarios/as de drogas, hombres que tienen relaciones con hombres, reclusos/as).
- » Asimismo, se requieren marcos de apoyo político y jurídico.

ONUSIDA trabaja para contribuir a que los Estados cumplan con sus obligaciones en materia de los derechos humanos y para proporcionar los instrumentos a las personas y a sus comunidades para que puedan reclamar sus derechos en el contexto de la pandemia del VIH.

Derechos humanos y acceso universal:

¿A qué se comprometen los gobiernos?

A garantizar que las personas con VIH y los grupos en condiciones de vulnerabilidad disfruten de los derechos humanos y las libertades fundamentales; a promover el acceso a la educación e información sobre el VIH; a proteger la confidencialidad y el consentimiento informado; a intensificar los esfuerzos de información, educación y

comunicación de diversos programas de prevención para reducir los comportamientos de riesgo y animar a que las personas adopten comportamientos sexuales más seguros (como la abstinencia, la fidelidad y el uso correcto y consistente del condón); a ampliar el acceso a los recursos esenciales tales como los preservativos masculino y femenino y los equipos de inyección esterilizados; a reducir los perjuicios del consumo de drogas; a facilitar el acceso al asesoramiento y las pruebas voluntarias; a proporcionar un tratamiento efectivo para las infecciones de transmisión sexual lo más rápido posible; y a desarrollar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social relacionados con la epidemia.

Declaración política sobre el VIH, 2006

¿Cuáles son los derechos más importantes en este contexto?

Para hacer que las personas puedan reclamar sus derechos, preservar la dignidad humana y prevenir la transmisión del VIH, se deben proteger los derechos que se exponen a continuación con el fin de que las personas se decidan a solicitar información, educación y medios de protección frente al VIH, y eviten comportamientos de riesgo:

- » **No discriminación:** protección frente a la discriminación cuando se busca ayuda o se es seropositivo.
- » **Derecho a la privacidad:** protección frente a las pruebas forzosas y confidencialidad respecto al estado serológico.
- » **Derecho a la libertad:** protección frente al encarcelamiento, la segregación y el aislamiento en salas hospitalarias especiales.
- » **Derecho a la educación y a la información:** acceso a la educación e información sobre prevención del VIH y sobre salud sexual y reproductiva.
- » **Derecho a la sanidad:** acceso a todos los servicios sanitarios de prevención, incluidos los de infecciones de transmisión sexual, tuberculosis, asesoramiento y pruebas voluntarias y preservativos masculinos y femeninos.

Para las personas con VIH o que están afectadas por él, se deben proteger los siguientes derechos:

- » **Igualdad ante la ley:** derecho a no ser discriminado por razones de salud (por ejemplo, por el estado serológico).
- » **Derecho a la sanidad:** derecho a poder acceder a la atención sanitaria y al tratamiento con independencia del estado serológico.
- » **Derecho a la libertad y a la seguridad:** derecho a no ser detenido o encarcelado en función del estado serológico.
- » **Derecho al matrimonio y a formar una familia:** independientemente del estado serológico.

- » **Derecho a la educación:** derecho a acudir a la escuela con independencia del estado serológico.
- » **Derecho al empleo:** derecho a trabajar con independencia del estado serológico.
- » **Derecho a la asistencia y a la seguridad social:** derecho a acceder a estas prestaciones con independencia del estado serológico.
- » **Derecho a la libertad de movimiento:** independientemente del estado serológico.
- » **Derecho al asilo :** con independencia del estado serológico.

Las personas con VIH necesitan atención y apoyo de muy diverso tipo: por ejemplo, asistencia psicológica o tratamiento para «infecciones oportunistas» (aquellas a las que se vuelven vulnerables según el virus destruye el sistema inmunitario). Cuando la infección por el VIH alcanza la fase en la que supone un peligro para la vida, necesitan tratamiento con fármacos antirretrovirales.

Sin embargo, la inmensa mayoría de las personas aún no tiene acceso a estos servicios. Ayudarles es una prioridad mundial.

La atención y el apoyo con el sida son clave en la respuesta a la pandemia. No sólo benefician directamente a las personas con VIH, sino que también ayudan a reducir el impacto social y económico de la pandemia y a fomentar su prevención.

Con la finalidad de garantizar el bienestar de la población salvadoreña que vive con el VIH/sida y en cumplimiento a los lineamientos estipulados por ONUSIDA La Asamblea Legislativa de la República de El Salvador elaboró el decreto N° 588 el cual determina:

LEY DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN PROVOCADA POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

TITULO I

DISPOSICIONES FUNDAMENTALES

DECRETO No. 588

CAPITULO UNICO

OBJETO DE LA LEY

OBJETO

Art. 1.- La presente ley tiene por objeto prevenir, controlar y regular la atención de la infección causada por el virus de inmunodeficiencia humana y establecer las obligaciones de las personas portadoras del virus y definir de manera general la Política Nacional de Atención Integral ante el VIH-sida.

Además garantiza los derechos individuales y sociales de las personas viviendo con el VIH-sida.

PRINCIPIOS RECTORES

Art. 2.- La no discriminación, la confidencialidad, la continuidad, la integridad, la calidad, la calidez, la equidad, la información y la corresponsabilidad, son los principios rectores que inspiran las disposiciones de la presente ley; sin perjuicio de los derechos establecidos en la constitución y en los tratados internacionales que en materia de salud y derechos humanos, haya suscrito y ratificado El Salvador.

TITULO II

DERECHOS Y OBLIGACIONES

CAPITULO I

LOS DERECHOS

IGUALDAD

Art.4.- Las personas viviendo con VIH-sida, sus familiares y allegados tienen derecho a ser tratados de manera digna, sin discriminación y estigmatización, en razón de su enfermedad.

No se considera discriminación, el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.

ATENCIÓN

Art. 5.- Toda persona viviendo con VIH-sida tiene los siguientes derechos:

- a) Asistencia sanitaria, tratamiento médico, quirúrgico, psicológico, y de conserjería de manera oportuna y en igualdad de condiciones y a medidas preventivas que impidan la progresividad de la infección;
- b) Tener confidencialidad sobre el resultado del diagnóstico y la progresividad de la enfermedad;
- c) Acceder a un puesto de trabajo que no conlleve contactos de riesgo y a no ser despedido de su trabajo o desmejorado en su remuneración, prestaciones, o condiciones laborales en razón de su enfermedad;
- d) Tener acceso a la educación ya sea pública o privada y a no ser excluido en razón de su enfermedad; y
- e) Participar, organizarse o congregarse para desarrollar actividades lícitas de carácter cívico, social, cultural, religioso, deportivo, político o de otra índole.

DERECHOS DE LOS INFANTES Y ADOLESCENTES

Art. 6.- Los infantes y adolescentes viviendo con VIH-sida no podrán ser privados de los derechos que le son inherentes de conformidad con las leyes del país, debiendo gozar sin restricción alguna de los mismos.

TUTELA

Art. 7.- El estado, por medio de las instancias respectivas tiene la obligación de tutelar a los infantes y adolescentes que se encuentren privados de su entorno familiar a causa de la infección del VIH-sida.

CREACIÓN DE ALBERGUES

Art. 8.- El Estado, en coordinación con organizaciones públicas y privadas, promoverá y apoyará la creación de albergues y centros de asistencias para infantes y adolescentes viviendo con VIH-sida, a quienes a falta de familiares o tutores legales, se les provea de alimentación adecuada, atención médica, apoyo psicológico o cualquier otro servicio de asistencia.

También creará albergues y centros de asistencia para adultos mayores viviendo con VIH-sida que carezcan, de vivienda, en donde se les proveerá de alimentación adecuada, atención médica, apoyo psicológico o cualquier otro servicio de asistencia.

CAPITULO II OBLIGACIONES

PRACTICAS SEXUALES

Art. 9.- Todas las personas y especialmente a aquellas viviendo con VIH-sida están obligadas a practicar su sexualidad de manera responsable, utilizando métodos adecuados, a fin de minimizar los riesgos de transmisión del virus a otras personas.

PROHIBICIÓN DE DONAR

ART. 10.- Ninguna persona viviendo con VIH-sida podrá ser donante de órganos, sangre, u otros tejidos humanos para uso terapéutico; tampoco podrá donar semen, óvulos, leche materna o lactar, excepto con fines de investigación.

Quien hiciere uso indebido, imprudente o negligente de fluido o derivado humanos resultando como consecuencia la infección de terceras personas con el VIH, será sancionado de conformidad al Código Penal, y además se le suspenderá para el ejercicio de la profesión u oficio durante el término que dure la condena.

POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL
CAPITULO I
RESPONSABILIDAD DEL ESTADO EN LA ATENCIÓN
INTEGRAL DE LA INFECCION

ESTABLECIMIENTO DE LA POLÍTICA INTEGRAL CONTRA EL VIH/SIDA

Art. 11.- El Estado a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que en el presente texto podrá denominarse el Ministerio, en un plazo de seis meses, contados a partir de la entrada en vigencia de esta Ley, establecerá la política de atención integral contra el VIH/sida, la cual deberá contener acciones de prevención, vigilancia, epidemiológica, control, diagnóstico, atención de la infección con enfoque intersectorial y con la participación de la sociedad.

POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA EPIDEMIA DE VIH-SIDA

SAN SALVADOR, NOVIEMBRE DE 2005 El Salvador

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social²⁶

I. INTRODUCCIÓN

La Política Pública respecto a la Respuesta Nacional a la Epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida [VIH-sida], es un conjunto de líneas de acción dirigidas a la atención integral del VIH-sida y situaciones conexas como las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), las cuales son desarrolladas de forma sostenible, bajo la responsabilidad del Gobierno de la República de El Salvador y con la participación de distintos actores sociales, aplicando un enfoque multidisciplinario e intersectorial, que se adapta a la dinámica de la epidemia.

IV. IMPACTO DE LA EPIDEMIA DE VIH-SIDA EN EL SALVADOR

Tanto en contextos de alta como de baja prevalencia, el VIH y el sida están desmejorando el desarrollo humano: reduciendo la esperanza de vida, frenando el crecimiento económico, agudizando la pobreza y deteriorando los sistemas de salud y otros servicios sociales.

En El Salvador, el VIH-sida no se distribuye por igual entre las poblaciones, afecta principalmente a los jóvenes (15-24 años) y personas en la edad adulta media (25-34 años) con una tendencia gradual de afectación a las mujeres.

Esto significa que al mediano y largo plazo la pandemia podría alterar profundamente las estructuras demográficas y familiares del país.

26- www.mspas.gob.sv/pdf/SIDA_DOC/Politica_Nacional_de_Atencion_Integral_a_la_Epidemia_VIH_SIDA.pdf -

En condiciones normales, la población nacional puede describirse gráficamente como una pirámide de base amplia, pero si la epidemia madurara a una mayor prevalencia, la estructura de la población se deformaría, con mucho menos personas jóvenes en la edad adulta media, y probablemente con menos mujeres que hombres.

A nivel nacional, los efectos de la pandemia en las familias, aún no han sido analizados, pero partiendo de la experiencia de otros países, se conoce que el sida puede causar la pérdida sustancial del ingreso familiar; sobre todo si las personas infectadas son el único sostén económico, el impacto es especialmente grave.

Además, crea mayores necesidades que deben cubrirse, tales como el aumento de los gastos familiares a consecuencia de los costos de atención de la salud y en el peor de los casos, por gastos funerarios. Estas situaciones implican generalmente que los hijos e hijas abandonen la escuela y se dediquen a trabajar.

Si la epidemia aumentara su nivel, los hogares pobres de El Salvador correrían un riesgo especial de sufrir pobreza extrema, lo que podría redundar en la disolución de los hogares, la migración a la calle de niños y niñas y una gran propensión a la indigencia de las madres y padres ancianos que perdieran a sus hijos/as adultos/as a causa del sida.

Por otro lado, el impacto de la epidemia sobre la educación podría tener implicaciones de gran trascendencia para el desarrollo a largo plazo, ya que puede incidir negativamente en las tasas de matrícula escolar; en parte por la menor fecundidad futura y por el incremento de la morbilidad y mortalidad de adultos jóvenes a causa del sida. Esto significa que, si el país es más afectado, podría haber menos niños en edad escolar y por tanto, una menor demanda de educación.

Así mismo, es posible que los niños huérfanos o en condiciones de vulnerabilidad a consecuencia del VIH-sida no asistan a la escuela porque tengan que ocuparse de la casa, cuidar a hermanos menores o porque no puedan costearse la educación. Actualmente, a nivel mundial el VIH-sida constituye un obstáculo significativo para que los niños alcancen el acceso universal a la educación primaria en 2015, un objetivo fundamental de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de la iniciativa “Educación para Todos” de la UNESCO.

El sida amenaza además, la seguridad económica y el desarrollo del país, porque afecta principalmente a la población que constituye la fuerza laboral, reduciendo su disponibilidad. Esto podría suponer repercusiones para la supervivencia de las familias, comunidades y empresas, efectos graves sobre la disponibilidad de servicios sociales esenciales y para el mantenimiento a largo plazo de la capacidad productiva y el crecimiento económico del país.

Por todo lo expuesto, es posible que el impacto más significativo de la epidemia incidiera sobre los presupuestos gubernamentales. Si la epidemia continúa su crecimiento, El Salvador podría experimentar una disminución del crecimiento de sus ingresos fiscales y se reduciría la velocidad del desarrollo económico, al aumentar las demandas presupuestarias para la asistencia de la salud y bienestar social.

Además el gobierno podría encontrarse con los mismos obstáculos que el sector privado en lo que respecta a incremento de costos laborales a causa del sida (costos de contrataciones, capacitación y cambios en la estructura de los seguros y las pensiones).

Es probable que todos estos efectos combinados pudieran complicar durante muchos años los esfuerzos para equilibrar el presupuesto gubernamental y el desarrollo del país.

Es por ello que se vuelve emergente, analizar y prever los efectos demográficos, sociales y económicos de la pandemia, examinar su dinámica desde una perspectiva de desarrollo humano, que significa enfocar el análisis y las acciones principalmente a la prevención de la transmisión del VIH, más que en la atención de los efectos del sida, así como desplegar un mayor esfuerzo en la creación y aplicación de políticas públicas integrales.

El VIH/sida es una enfermedad emergente que se caracteriza por ser de rápida y de silenciosa expansión, su previsión requiere de una importante movilización de recursos financieros y humanos en todas las áreas sociales, debido que hay que capacitar y desarrollar los recursos necesarios y ofrecer servicios de apoyo para brindar una atención integral a las personas que viven con el VIH/sida y sus grupos familiares, los cuales se ven afectados no solo por la enfermedad sino por la incidencia directa en sus ingresos económicos, aunado a la marginación social a la que son expuestos.



Material de Lectura 2:

Estigma y Discriminación

(Diciembre 2002) El debate acerca de cuáles son las mejores maneras de eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el sida está creciendo cada vez más en los ámbitos internacionales de la salud, a medida que los especialistas intentan enfrentar y superar estos problemas que continúan siendo obstáculos tenaces para la prevención y el tratamiento del VIH/sida.

Si bien aumenta el consenso en cuanto a que los programas sobre VIH/sida deben enfrentar estos problemas de forma directa, los investigadores no han encontrado aún una manera efectiva de medir los cambios en la actitud de la población hacia las personas infectadas.

«Es necesario detectar qué clases de estigmas y discriminación tienen efectos nocivos para el control de la enfermedad», explica el Dr. James W. Curran, epidemiólogo especializado en sida que es además profesor de la Universidad Emory en Atlanta. «Esto depende del país, las leyes, los valores y la subcultura específica. Primero hay que identificar estas cuestiones y luego combatir las. Es como las malas hierbas en un jardín: nunca hay que dejar de arrancarlas».

Alrededor del mundo, se han observado toda clase de reacciones diferentes ante la epidemia del sida, desde el silencio y la negación hasta la hostilidad y, en algunos casos, directamente la violencia.

El miedo a ser etiquetado o relegado socialmente hace que muchas personas prefieran no someterse a pruebas de detección del virus, o que eviten el tratamiento en el caso de las personas que tienen el VIH. Quienes tienen o creen tener el virus sufren, en algunos casos, rechazos o abusos, desempleo, falta de vivienda o exclusión del sistema sanitario.

Esta clase de reacciones representan un serio obstáculo frente a los esfuerzos de prevención y tratamiento, ya que agravan aún más los efectos de la epidemia.

El estigma y la discriminación son dos cuestiones separadas pero que están a la vez muy relacionadas entre sí. Ambas continúan figurando entre los aspectos más incomprendidos de la epidemia del sida, según un informe publicado recientemente por el Programa Horizontes del Population Council que afirma que esta falta de comprensión está relacionada, al menos en parte, con la complejidad de estas dos cuestiones, pero que la presencia de lagunas en el conocimiento que se tiene acerca de estos aspectos de la enfermedad se debe en gran parte a fallas e imperfecciones en las herramientas y métodos que se utilizan para supervisar estos problemas.

El estigma tiene a menudo que ver con las actitudes de la gente para con los demás. Según su definición tradicional, esta palabra se refiere a una marca corporal que representa una mancha mayor en la persona. En su libro titulado *Estigma: La identidad deteriorada*²⁷, publicado en 1963, el sociólogo Erving Goffman afirma que la palabra «estigma» hace referencia a aquellos «atributos indeseables» que son «incongruentes con el estereotipo que tenemos acerca de cómo debe ser cierto tipo de individuo».

La discriminación tiene lugar a partir de las acciones, el trato y las políticas que surgen de esas actitudes y que pueden llegar a ser violatorias de los derechos humanos de quienes viven con el VIH/sida y sus familiares. El término «discriminación» se refiere a cualquier forma de diferenciación, restricción o exclusión que puede sufrir una persona a causa de alguna característica personal inherente²⁸.

Uno de los interrogantes principales es cuáles serían los métodos apropiados para medir la dimensión y profundidad de este problema. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) afirma que el estigma es «el más intangible de los fenómenos» y, si bien hay muchos programas de prevención y cuidado orientados a erradicar estas actitudes dañinas, no hay prácticamente nadie que haya encontrado una manera confiable de medir los efectos nocivos del estigma y la discriminación, según afirma ONUSIDA en su publicación titulada «Programas Nacionales de sida: guía para el monitoreo y la evaluación».

Análisis de los efectos de las actitudes estigmatizantes

Las actitudes dañinas relacionadas con el VIH/sida tienen muchas consecuencias, no sólo para los individuos y sus familias, sino también para las sociedades y comunidades en general. Las acciones basadas en la estigmatización tienen muchas formas:

27- Erving Goffman, *Estigma: la identidad deteriorada* (Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1970).

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), *Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV* (Ginebra: ONUSIDA, 2000).

28- ONUSIDA, *Programas nacionales de SIDA: guía para el monitoreo y la evaluación* (Ginebra: ONUSIDA, junio de 2000).

- » El miedo a ser aislados o relegados por sus familias, lugar de trabajo y comunidad impide, en muchos casos, que hombres y mujeres se sometan a un examen para la detección del VIH. Los que lo hacen y obtienen resultados positivos, terminan generalmente escondiendo el hecho de que han contraído la enfermedad. Quienes viven con el VIH o sida a menudo hacen propias las impresiones negativas de otros y se sienten avergonzados, culpables o deprimidos y terminan aislándose. Este tipo de reacciones constituye uno de los mayores impedimentos para los esfuerzos tendientes a la prevención del sida, ya que hace que las personas enfermas no aprovechen los servicios de salud y de otros tipos que podrían utilizar. El apoyo de familiares, amigos y la comunidad son fundamentales en estos casos.
- » En muchos casos, las familias culpan, abandonan o alejan a parientes enfermos con el objetivo de esconder cualquier vínculo de la familia con la epidemia y evitar así reacciones adversas.
- » Las familia, los/as amigos/as, compañeros/as de estudio y trabajo constituyen una fuente importante de apoyo, pero en muchos casos las personas positivas son relegadas porque consideran que la infección ha sido consecuencia de una conducta pecaminosa, imprudente o decadente y por que temen que estar en el mismo lugar que una persona infectada es suficiente para adquirir la enfermedad, en otras palabras **desconocimiento**.
- » En la sociedad en general, las instituciones tales como colegios, lugares de trabajo, iglesias, hospitales y clínicas mantienen, en algunos casos, una atmósfera en la que prosperan el estigma y la discriminación. A las personas enfermas en ocasiones se les niegan puestos de trabajo, educación, tratamiento, cuidados y el derecho a la confidencialidad en ámbitos relacionados con la salud. Pese a que existen leyes que les protegen.

TEMÁTICA 11:

POLÍTICA INTEGRAL SOBRE VIH Y SIDA, PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA FUERZA ARMADA DE EL SALVADOR 2008-2012.



Material de lectura 1:

Sustrato de “Política integral sobre VIH y sida, promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008-2012”

I. Introducción

La presente Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida de la FA, es el resultado de un proceso participativo interno, con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de ONUSIDA. Este documento aborda, la evolución del problema en El Salvador y en las Fuerzas Armadas. Por otro lado, se hace un recuento de los compromisos tanto a nivel nacional, como internacional, asumidos por el Gobierno de El Salvador: UNGASS 2001, 2006 y los compromisos de la Declaración del Milenio.

Posteriormente, se enfoca al propósito, alcance y objetivos propios de la institución armada del país con respecto al VIH, sida e ITS, los principios rectores y las principales estrategias y líneas de acción. Todo lo anterior, es base para la formulación de un plan estratégico del COPRECOS de la FA.

II. Antecedentes de COPRECOS-LAC.

El Comité de Prevención y Control de VIH, sida de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional de América Latina y del Caribe, COPRECOS-LAC, fue creado en 1995, tiene como objetivo ejercer una dirección eficaz a nivel institucional y nacional en la prevención y control del VIH, sida en las Fuerzas Armadas y Policía Nacional de esos países.

Desde el año 2000, en sociedad con el Ministerio de Salud de Brasil se realizó en la ciudad de Río de Janeiro, el “I Foro y la II Conferencia de la Cooperación Técnico Horizontal de la de América Latina y del Caribe”. En el mismo año, se organizó el “III Seminario Internacional sobre VIH-sida en las Fuerzas Armadas y de Policía de Latinoamérica y el Caribe” y el “III Seminario de la Alianza Cívico Militar para el combate al sida en las Fuerzas Armadas y las Fuerzas de la Policía de Latinoamérica y el Caribe”, en la Ciudad de Río de Janeiro, Brasil.

Desde la I REUNIÓN SATÉLITE del COPRECOS-LAC, en septiembre 2004, y siguiendo la “DECLARACIÓN de RECIFE” firmada en aquel evento por los participantes, se realizó un arduo trabajo para colocar los objetivos del COPRECOS-LAC entre los países de Latinoamérica y el Caribe y varias metas fueron alcanzadas, por ejemplo, la presentación de proyectos a ONUSIDA.

Un gran número de países de Latino América y el Caribe (19 países) sometieron proyectos a ONUSIDA o están trabajando junto con el UNFPA asumiendo la prevención y control del VIH y sida en sus servicios de Sanidad Militar, reafirmando los compromisos anteriormente establecidos con la firma de sus Jefes de Estado en la resolución 1308 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y en la Declaración Compromiso con el HIV y sida.

Por otra parte, en los ejércitos a nivel internacional existe el Comité Internacional de Medicina Militar (CIMM) el que decidió designar al COPRECOS-LAC como su grupo

oficial de respuesta al VIH y sida para los servicios uniformados en Latinoamérica.

III. VIH y seguridad, en las Fuerzas Armadas de Centroamérica y El Salvador

A nivel de los Ejércitos en C. A., se deben hacer las consideraciones de que en la subregión, al finalizar los conflictos armados hubo una drástica reducción tanto en efectivos como en presupuesto de las FA, miembros de la CFAC, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Guatemala.

A finales de los 90, se creó la Conferencia de las Fuerzas Armadas Centroamericanas (CFAC). En el 2005, como parte de esta estructura, se organizó en cada país el Comité de Prevención y Control del sida, conocido como COPRECOS. A nivel centroamericano denominado COPRECOS-CFAC.

En las Fuerzas Armadas de los cuatro países los programas de VIH y sida están institucionalmente integrados dentro de Sanidad Militar, que incluye una oficina de COPRECOS. En los diferentes países, las leyes no permiten exigir el examen del VIH para ingresar a la institución.

En los cuatro países miembros de la CFAC, así como en Costa Rica, ONUSIDA y UNFPA apoyan el Sistema Nacional de Salud y los servicios de Sanidad Militar.

A nivel centroamericano existen, en cada país, Comisiones Nacionales del sida, apoyadas por ONUSIDA. En las mismas participan las Fuerzas Armadas y sus contrapartes militares que están en el Comité de Prevención y Control del sida, COPRECOS, asesorados y asistidos por el UNFPA.

En El Salvador, los datos oficiales brindados por la Fuerza Armada, presentan 401 casos acumulados desde 1987 a 2007. Se han registrado 39 fallecimientos desde 2003 a 2007. Durante 2007 se tuvieron 102 casos con VIH y sida. Se registraron 4 fallecimientos y se diagnosticaron seis casos nuevos. El 9% de los casos fueron en personal femenino.

IV. Propósito

La política tiene el propósito de fortalecer y unificar los principios y criterios de la respuesta de la Fuerza Armada de El Salvador con base en la resolución 1,308 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas con miras a adoptar medidas adicionales para impartir conocimientos, modificar actitudes, promocionar prácticas en cuestiones relativas a la Salud Sexual y Reproductiva y a la prevención y atención integral del VIH, sida e ITS en el personal de la Fuerza Armada de El Salvador, sus beneficiarios y derechohabientes, así como el fiel cumplimiento de la Ley Nacional de Prevención y Control de la Infección provocada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

V. Alcance

La Política militar de VIH abarca las prioridades, estrategias y lineamientos que guiarán a la institución en este campo. Los beneficiarios de esta política son el personal de alta en la Fuerza Armada de El Salvador, sus beneficiarios y derechohabientes.

Esta política es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para todo el personal de alta en la Fuerza Armada de El Salvador y en coordinación con el Sistema Nacional de Salud.

La Fuerza Armada de El Salvador a través del COSAM, tendrá la responsabilidad de implementar esta política.

La Política Militar de VIH, sida e ITS se concretará en **El Plan Estratégico del COPRECOS**, que será el instrumento para la aplicación y cumplimiento de la política.

VI. Objetivos de la Política.

a.- Objetivo General.

Fortalecer la respuesta integral de la Fuerza Armada de El Salvador al VIH, sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) integrada a la respuesta nacional y al fiel cumplimiento de la Ley Nacional de Prevención y Control del VIH y promover la Salud Sexual y Reproductiva en la población de alta en la FA, sus beneficiarios y derechohabientes, con un enfoque de derechos humanos y de género, en el marco de los compromisos nacionales e internacionales.

b.- Objetivos específicos.

- 1) Disminuir las condiciones de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, incentivando los factores protectores con base en los Derechos Reproductivos.
- 2) Reforzar la Prevención de la infección VIH, sida e ITS en la Fuerza Armada de El Salvador con énfasis en la promoción, educación y participación del personal de alta en la FA.
- 3) Mejorar, con calidad, la Atención Integral al VIH, sida e ITS en la red de servicios de Sanidad Militar.
- 4) Fortalecer el Sistema de Vigilancia en VIH, sida e ITS, así como el control de la gestión y el Sistema Integral de Información.
- 5) Impulsar la Promoción de la SSR en la Fuerza Armada de El Salvador con enfoque de Género y Derechos Humanos
- 6) Incrementar la Coordinación Interinstitucional, sectorial e intersectorial.

COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA: COPRECOS EI SALVADOR

MISIÓN

El Hospital Militar Central, a través de COPRECOS desarrollará programas de prevención, atención médica, educativa y psicológica en VIH, sida e ITS, a fin de mantener el personal de beneficiarios y derechohabientes de manera permanente en adecuadas condiciones de salud, y apoyar el esfuerzo del Comando de Sanidad Militar.

VISIÓN

Ser un comité especializado en la prevención del VIH, sida e ITS a fin de evitar nuevas infecciones en el personal de la Fuerza Armada.

QUIENES LA INTEGRAN

COPRECOS está conformado por: un director, un coordinador, un auxiliar y una secretaria y un equipo multidisciplinario constituido por: el médico infectólogo, psicología, trabajo social, enfermería y técnico en medicina preventiva. Además en las Unidades Militares se cuenta con un sub-comité multidisciplinario de VIH-sida-ITS, que está integrado por: medicina, psicología y/o trabajo social, jefe de clínica (enfermero), capellán o pastor y jefe de personal.

Cuenta con un sistema de referencia al que el personal militar puede acceder desde diferentes puntos del país.

- LABORATORIO CLINICO (HOSP.MILITARES)
- SERVICIOS DE HOSPITALIZACION (HMC)
- UNIDAD DE EMERGENCIA
- UNIDADES MILITARES (ENFERMERÍAS)
- BANCO DE SANGRE
- HOSPITAL MILITAR REGIONAL
- REFERIDOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

ACTIVIDADES DE COPRECOS

Proporciona atención integral a los derechohabientes y maneja los contactos de las personas cuya prueba de VIH resulta positiva:

- Atención Médica
- Atención Epidemiológica
- Atención Psicológica
- Consulta de especialidades
- Referencia a las Instituciones que se requieran
- Atención Sociofamiliar
- Manejo de Contactos
- Atención Grupo Familiar
- Grupos de Autoayuda.
- Educación permanente (ej. Enfermedades Oportunistas, adherencia a la Terapia antirretroviral (TAR), nutrición y otros.

Las personas con VIH o sida reciben atención en diferentes momentos: atención ambulatoria, atención hospitalaria, atención de sus contactos. En las diferentes situaciones puede ser atendido por el equipo multidisciplinario.

También es importante mencionar que se brinda atención a la familia de la persona con VIH y sida, enseñándoles la forma correcta de cuidarles tomando en cuenta las medidas universales de bioseguridad. Cuando es necesario, se les brinda apoyo para aceptar el proceso de muerte de un ser querido.

UBICACIÓN

Comité de Prevención y Control del sida

COPRECOS Fuerza Armada de El Salvador

Hospital Militar Central, 2do. Nivel Torre Hospitalaria

Tel. (503) 2250-0080 ext. 3128

e-mail: coprecoselsalvador@gmail.com_

VI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Aragón, J. C. (2000). "Ética y Valores, Una Nueva Visión" (3ª Ed.), Guatemala, Universidad Rafael Landívar.
- 2- Asociación Equipo Maíz, "Vamos a jugar de nuevo. Juegos y dinámicas para la educación, No. 3". Segunda edición 2006, El Salvador, Centro América.
- 3- Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología WAS, "Declaración del 13avo. Congreso Mundial de Sexología 1997", Valencia ,España. Revisada y aprobada el 26 de Agosto de 1999 en el 14° Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.
- 4- BBC News "Oslo Gay animal show draws crowds"
- 5- Corona Esther. Manual "Hablemos de salud sexual", Asociación Mexicana de Educación Sexual y la Asociación Mexicana para la Salud Sexual. México DF, 2004
- 6- Faget Montero, María y Puig Borrás, Cristina, "Tú, tu vida y tus sueños, un manual para gente joven", Family Care International Inc., 2007
- 7- Gofman, Erving, "Estigma: la identidad deteriorada", Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1970.
- 8- <http://www.angelred.com/vida/talleres/noviazgo.htm>
- 9- <http://orientacionmatrimonial.wordpress.com/2008/03/09/formacion-de-la-pareja/>
- 10- <http://www.edomex.gob.mx/familia/docs/html-07/241-1207.pdf>
- 11- http://www.generoysaludreproductiva.gob.mx/articulo.php?id_rubrique=&&id_article=567
- 12- <http://www.es.genderandwater.org/page/3500>
- 13- <http://www.sexologia.relacionarse.com/index.php/139496>
- 14- <http://www.es.wikipedia.org/wiki/VIH>
- 15- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000602.htm>
- 16- <http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/HumanRights/default.asp>
- 17- http://www.mspas.gob.sv/pdf/SIDA_DOC/Politica_Nacional_de_Atencion_Integral_a_la_Epidemia_VIH_SIDA.pdf

- 18- La prensa gráfica, “Aumentan partos de niñas en hospital de maternidad”, entrevista a Dra. Sara Valdez, directora del hospital. 07 de enero de 2009.
- 19- Ministerio de la Defensa Nacional, “Política integral sobre VIH, SIDA, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008- 2012”. El Salvador, 2008.
- 20- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, “Programa Nacional de ITS/VIH-SIDA”, El Salvador 2008.
- 21- Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, Dirección de Planificación de los Servicios de Salud, “Incidencia de VIH-sida en El Salvador”. El Salvador, 2007.
- 22- ONUSIDA, Programas nacionales de SIDA: “Guía para el monitoreo y la evaluación” Ginebra, junio de 2000.
- 23- Organización Mundial de la salud OMS “Defining sexual Health Report of a technical consultation on sexual health”, Ginebra, Enero 2002.
- 24- Plan Internacional Oficina Regional para las Américas, “Manual Educativo sobre VIH-sida, comunicación y Relaciones Humanas Paso a Paso” en base a validación realizada por MAP internacional. Panamá 2005.
- 25- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) “Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV”, Ginebra, 2000.
- 26- Rubio, A. E. (1998). “Introducción al estudio de la sexualidad humana”. 2ª ed. (pp.17-46) Conapo, México, trabajo original publicado en 1994.
- 27- SIECUS, “Guía para una educación sexual integrada para la juventud hispana/ latina” 1995.
- 28- Ureña Salazar, Marta, Gran Delgado, Karina y Sánchez Calvo, Laura, “Manual mano a mano, módulo socioeducativo para la prevención del VIH/SIDA entre jóvenes”, 1ª Ed., Fondo de Población de las Naciones Unidas San José, Costa Rica, 2006.