Manual de Capacitación

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

Dirigido a Sub-Oficiales de la Fuerza Armada de El Salvador

GUÍA PARA FACILITADORES/AS

EL SALVADOR 2009

ONUSIDA

UNFPA

616.979 2
E49m El Salvador. Ministerio de la Defensa Nacional
Manual de capacitación en promoción de la salud sexual y
sv reproductiva y prevención del VIH, sida e infecciones de transmisión sexual: dirigido a Sub-Oficiales de la Fuerza Armada de El Salvador: guía para Facilitadores/as. 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.
139 p.: il.; 28 cm

ISBN 978-99923-65-14-4

1. Enfermedades transmisibles- Prevención Manuales. 2. Enfermedades venéreas-Educación Manuales. 3. Enfermedades terminales-prevención. 4. Educación sexual. 5. Educación para la salud-Manuales. 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 TÉCNICO 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

Cap. Cab. Orlando Emilio Erazo Alemán
Cap. Inf. José Atilio Flores Cruz
Sgto. José Luis Baños Mena
Sgto. Héctor David Hernández Hernández

CONSULTORA RESPONSABLE:

Licda. Verónica J. Díaz López

ASISTENCIA TÉCNICA y FINANCIERA:

FONDO DE POBLACIÓN 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:
200 EJEMPALES

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	12
IV.	Metodología	12
V.	Perfil del o la facilitador/a	13
VI.	Estructura de cada una de las sesiones de aprendizaje	13
VII.	Desarrollo del manual	14

UNIDAD 1:
EQUIDAD DE GÉNERO Y MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA.

Temática 1:	
El sexo y el género en la historia	18
Temática 2:	
La cultura de género	34
Temática 3:	
Género y democracia	45
Temática 4:	
Género y Fuerza Armada	55

UNIDAD 2:
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Temática 1:	
¿Qué es la Salud Sexual y Reproductiva?	62
Temática 2:	
Derechos Sexuales y Reproductivos	69

Contenido | Página

UNIDAD 3:
PREVENCIÓN DE ITS-VIH-sida

Temática 1:
El cuidado de la salud 80
Temática 2:
Infecciones de Transmisión Sexual 92
Temática 3:
El VIH- sida 112
Temática 4:
Comportamientos de riesgo y su relación con el VIH, como una amenaza humanitaria y a la seguridad de la paz del planeta. 130
Temática 5:
Prevención de ITS-VIH y sida en la Fuerza Armada 143
Temática 6:
VIH-sida y Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada 148

VIII. Referencias Bibliográficas 161

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 cuido 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 manual para facilitadores/as surge 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.

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 acordes 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.

El presente manual contiene 3 unidades subdivididas en 4, 3 y 6 temáticas respectivamente.

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 cómo 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, sino 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 sida totalizando 20,668[1] personas portadores/as de la enfermedad, las estadísticas informan que en este país se infectan cada día de 4 a 6 personas aproximadamente.

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*

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 - sida afecta diferentes esferas de la sociedad: salud, seguridad alimentaria, fuerza de trabajo, productividad, índice de desarrollo humano, deserción escolar y además “es una amenaza para la seguridad de los países” volviéndolo una emergencia internacional por el que todos y todas tenemos que trabajar para frenar dicha pandemia.

La población uniformada corre el riesgo de ser más vulnerable debido a:

1- Contar con una población acuartelada y joven

2- Comportamientos que comparten con la sociedad en general y que se describen a continuación:

* 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 podía 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 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 a 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 presente "Manual De Capacitación en Promoción de la Salud Sexual Y Reproductiva y Prevención del VIH, Sida e Infecciones de Transmisión Sexual" que servirá como guía a los/as facilitadores/as para desarrollar tan importantes temáticas. Este manual está acompañado de un Cuaderno de ejercicios y lectura para los/as estudiantes.

III- PRÓPOSITO DEL MANUAL

Proporcionar a los y las facilitadoras de los/as Sub Oficiales de la Fuerza Armada de El Salvador, 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 de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), 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. En algunos momentos es conveniente reanimar al grupo con alguna dinámica de animación acorde al tema que se está desarrollando para luego analizarla a la luz de los objetivos de aprendizaje de la sesión.

V- PERFIL DEL O LA FACILITADOR/A

Con el paso del tiempo se ha creado la conciencia de que un/a buen/a facilitador/a es aquel o aquella que inspira confianza y entusiasmo a las personas que orienta, capaz de generar el diálogo y el respeto de la palabra y opiniones de cada participante; por lo que es importante plasmar algunos elementos que le serán valiosos como características que deberá cultivar y funciones que tendrá que poner en práctica para ser un/a buen/a facilitador/a en la tarea de planear, realizar y evaluar las sesiones de trabajo educativo.

Una de las características de un/a buen/a facilitador/a es el respeto a las diferencias individuales, pues cada persona cuenta con información propia que ha ido adquiriendo a través del tiempo con su propia experiencia de vida y con diferentes necesidades de aprendizaje que resolver.

Un/a facilitador/a será además un/a profesional con conocimientos de la temática y con la disposición de hacerse cargo de la organización, conducción y evaluación de actividades de aprendizaje.

Entre sus funciones más importantes se encuentran: alentar al grupo, mantener la comunicación abierta con y entre los/as participantes, comprender el contenido de la información que va a socializar, evitar juzgar a los/as participantes, reconocer los límites de sus propios conocimientos, mantener un ambiente de confianza, respetar las opiniones distintas a las suyas, promover la participación de todos/as, ayudar a reconocer problemas y a buscar soluciones, reconocer y respetar los distintos ritmos de aprendizaje de cada participante, aliviar la tensión en situaciones difíciles, proveer contención cuando sea necesario, promover el respeto y la tolerancia y dar apoyo adicional a los/as participantes que lo requieran.

El/a facilitador/a busca que el aprendizaje sea significativo, es decir que la realidad cobre un significado distinto a la luz del nuevo conocimiento; y que sea funcional, para que logre ser efectivamente utilizado por la persona.

Por lo antes mencionado, es necesario partir de situaciones de la realidad que requieren de soluciones, contar con información especializada y actualizada, técnicas que permitan la discusión, elaboración de conclusiones, argumentaciones, generalizaciones y de confrontaciones con actitudes que requieran de cambios para que favorezcan el aprendizaje significativo y funcional.

VI- ESTRUCTURA DE CADA UNA DE LAS SESIONES DE APRENDIZAJE

Para que la construcción del conocimiento tenga sentido para las personas que van a recibir y utilizar este material se propone un proceso con orden lógico, con materiales de apoyo que permitirán poco a poco desarrollar habilidades y capacidades en los/as participantes.

Cada sesión a desarrollarse cuenta con la siguiente estructura:

1. **TEMÁTICA:** Menciona en forma generalizada y resumida el contenido de aprendizaje de la sesión.

2. **TIEMPO APROXIMADO:** El tiempo que se propone en cada sesión es aproximado y puede variar dependiendo del grupo, sin menoscabo del aprendizaje.

3. **PROPÓSITO:** Ubicar a los/as participantes en el trabajo que se va a realizar en esa sesión y sobre todo lo que se pretende alcanzar en esa jornada.

4. **OBJETIVOS:** Pormenoriza los aprendizajes que se busca obtener en la sesión.

5. **CONTENIDOS:** Detalla la lista de contenidos de la sesión.

6. **MATERIALES DE APOYO:** Enlista los materiales que se utilizarán a lo largo de la sesión y deben prepararse con anterioridad a cada sesión de aprendizaje.

7. **DESARROLLO:** Indica paso a paso, las actividades que el grupo con ayuda del/a facilitador/a va a realizar para lograr los objetivos de aprendizaje.

8. **CUADERNO DE LECTURA Y EJERCICIOS PARA PARTICIPANTES:** este consta exclusivamente de lecturas y ejercicios a desarrollar durante las jornadas educativas.

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 para que todos y todas juntos y juntas puedan frenar la pandemia del VIH y el sida dentro de Nuestra Fuerza Armada.

VII: Desarrollo del Manual

UNIDAD 1

EQUIDAD DE GÉNERO Y MEJORAMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA

TEMÁTICA I:

El sexo y el género en la historia

TIEMPO APROXIMADO:

3 horas

PROPÓSITO:

Identificar la construcción de los géneros en la historia y en el ciclo de vida de cada persona.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Que los y las participantes:

- Reconozcan las diferencias entre sexo y género
- Identifiquen los elementos que condicionan la construcción genérica.
- Reconozcan como la construcción de género ha influido negativamente en las relaciones interpersonales.

CONTENIDOS:

- Sexo y Género
- Construcción del género en la historia y durante el ciclo de vida
- Influencia de la construcción del género en las relaciones interpersonales
- Perspectiva y equidad de género

MATERIALES DE APOYO:

Para el o la participante:

1. Material de lectura 1: Género a través de la historia
2. **Ejercicio 1: "Nuestras voces"**
3. Material de lectura 2: Sexo y Género

Para el facilitador o facilitadora:

1. **Material de apoyo 1: Diapositivas sobre ¿Qué es género?**
2. **Material de lectura 1:** Género a través de la historia
3. **Material de lectura 2**: Sexo y Género
4. Papelógrafo y plumones

DESARROLLO:

1- El/a facilitador/a da la bienvenida al grupo y les explica la importancia que tiene el desarrollo de esta capacitación para mejorar el cuidado de su salud, específicamente la Salud Sexual y Reproductiva SSR, por lo que les motiva a participar activamente en el mismo.

2- A continuación se pide a los/as participantes que se coloquen en círculo al centro del salón, diciéndoles que van a realizar el juego de las pelotas y para ello se les da las siguientes indicaciones:

   Primero recibirán una pelota, tendrán que fijarse bien a quien se la lanza ya que si la pelota se cae, el juego reinicia por la primera persona y así sucesivamente, luego de un tiempo se introduce la siguiente pelota, con las mismas instrucciones; ninguna pelota debe caerse, si al menos una se cae el juego reinicia desde el principio. Es muy importante tener presente a quien se la envían para mantener el orden, así sucesivamente hasta que ambas pelotas hayan circulado exitosamente entre los/as participantes.

   Al finalizar el ejercicio se hace una reflexión sobre el mismo, con este ejercicio se pretende ejemplificar que si todos/as se unen pueden lograrse cambios positivos para el/a individuo/a, el grupo, la comunidad y la sociedad.

3- Para dar inicio al tema el/a facilitador/a les pide que a través de una lluvia de ideas que digan lo que piensan sobre qué significa sexo y qué significa género, luego de una breve discusión se apoya en **(el material de apoyo 1).** En plenaria se discute el contenido de las diapositivas.

4- Una vez aclarado el concepto de género, se pide a los/as participantes que piensen en algunas diferencias que ellos/as recuerdan han caracterizado a hombres y mujeres, para ello se les dice que se ubiquen en la época de sus abuelos/as que recuerdan de ellos/as y que escuchaban decir a los/as adultos/as; por ejemplo en el plano laboral y educativo.

5- Al finalizar el ejercicio forman dos grupos para que lean y analicen **el material de lectura 1** "El género en la historia" que se encuentra en su cuaderno de lectura y ejercicios, cuando han concluido la lectura, en un papelógrafo el grupo uno expone las similitudes que este proceso ha tenido en relación a la sociedad salvadoreña y el grupo dos presentará las diferencias encontradas con relación a la sociedad salvadoreña.

6- Luego de una pequeña discusión sobre el tema el/a facilitador/a les informa que van a realizar la dinámica denominado "nuestras voces", explicándoles que esta dinámica va a reflejar cómo en el transcurso de la vida se aprende la construcción de género.

Para ello da las siguientes indicaciones:

- El total de participantes se divide en dos grupos
- Una vez divididos les pide que piensen que son una familia y que cada uno/a asuma rol: de padre, madre, abuela, abuelo, hijo/a, tatarabuelo/a o algún adulto que consideren significativo en su vida.
- La familia "A" escribirán en un papelógrafo 10 oraciones que inicien con la frase "una mujer **debe** ser" y 10 oraciones que inicien con la frase "Una mujer **nunca debe** ser"
- La familia "B" escribirán en un papelógrafo 10 oraciones que inicien con la frase "un hombre **debe** ser" y 10 oraciones que inicien con la frase "un hombre **nunca debe** ser".
- Al terminar de escribir les dice que formen una fila al frente del papelógrafo cada uno/a pondrá la mano derecha sobre el hombro del que está frente al papelógrafo.
- Quien está al frente lee cada oración en voz alta, luego de leer cada oración sus compañeros/as le dan un tirón en el hombro.
- Cuando terminan de leer, en plenaria analizan como todos y todas han adquirido los mandatos de ser hombre y ser mujer y cuáles son las ventajas o desventajas que para ellos/as ha representado esa construcción genérica.

7- Al concluir la dinámica el/a facilitadora les invita a una reflexión utilizando las siguientes preguntas:

- ¿Quién quiere compartir cómo se sintió?
- ¿Qué descubrió?
- ¿Cómo le impactó?
- ¿Qué aprendió o volvió a aprender?
- ¿Con qué lo asocia?
- ¿Cómo mejoraría está situación?
- ¿Qué cambios haría?
- ¿Qué continuaría haciendo?

8- Cuando los/as participantes han comprendido qué es género y las principales diferencias entre sexo y género el/a facilitador/a les pide que se formen en grupo y lean en su cuaderno de lectura y ejercicios **(el material de lectura 2).**

9- Después de realizada la lectura les pregunta a los/as participantes si les gustaría modificar alguna de las respuestas dadas al ejercicio anterior. O si desean ampliar sus respuestas y ¿Qué compromiso adquieren para modificar los mandatos que ellos/as deseen?

10- Para cerrar la jornada el/a facilitador/a les pide que pasen a escribir en un papelógrafo una frase que exprese como se sintieron al reconocer la influencia de los mandatos de género en su vida actual

MATERIAL DE LECTURA I:
Género a través de la historia

A través de la historia de la humanidad, hombres y mujeres han tenido diversos roles dentro de la sociedad y de manera general la mujer fue subyugada y vista como un objeto de categoría inferior, sin reconocerle el papel importante que ésta ha tenido en la evolución de la especie humana.

Es importante mencionar, que generalmente han sido las mismas mujeres las que han perpetuado esa forma de pensar relegándose a un último plano, debido a los procesos de socialización al que han estado sometidas.

Este es un breve bosquejo de cómo las relaciones entre hombres y mujeres han marcado considerablemente el desarrollo de las sociedades.

Se inicia con la **"División de los sexos en el derecho Romano y en Grecia"**[2]

La mujer no constituye una especie jurídica aparte: el derecho romano tuvo que resolver muchos conflictos en los que se hallaban implicadas mujeres, pero jamás intentó formular la menor definición de qué era la mujer en sí. Para muchos juristas, la mujer representaba la debilidad del espíritu, la ligereza mental y la relativa imperfección de su sexo con relación a la de los hombres y esto servía como sistema explicativo "natural" para justificar sus incapacidades legales.

El derecho Romano ha convertido la división de los sexos en algo jurídico, no lo trata como un presupuesto natural sino como una norma obligatoria. La condición jurídica de las mujeres se articula indisolublemente según una norma de complementariedad entre lo masculino y lo femenino.

Esta estructura garantizaba la reproducción de la sociedad al instituir a hombres y mujeres como padres y madres.

Para los juristas del imperio el encuentro de los sexos era el que regía la sociedad ya que ese encuentro que formaba parte de un derecho natural, al unirse con el derecho civil era lo que los juristas denominaban matrimonio.

2 Thomas Yan. "La diferencia de los sexos en el derecho Romano" en la Historia de las mujeres en Occidente, Georges Duby y Michele Perrots eds. Vol.I La antigüedad, Puline Schmit Pantel ed. Madrid, Taurus Ediciones, 1993.

Muy a menudo la historia trata a las mujeres en condiciones de desigualdad y de inferioridades jurídicas; estas disparidades pueden concebirse como características que la sociedad le otorga a la mujer, para perpetuar la sumisión ante la dominación masculina.

"A partir del trabajo de P. Guide, que todavía goza de autoridad, se ha hecho clásico el argumento que relaciona este estado de subordinanción con una diferenciación de los roles sociales que confinaba a las mujeres a la esfera de las actividades domésticas, para dejar a los ciudadanos varones el monopolio de las relaciones públicas y de la política[3]. Es indiscutible que la ciudad antigua tanto la griega como la romana era para retomar una expresión de P. Vidal Nacquet, que las ciudades eran "un club de hombres"[4]. Sin embargo en el caso de Roma vale la pena preguntarse qué significa exactamente una ciudadanía, pues las mujeres al traer bastardos al mundo, les podían dar acceso a esa ciudadanía.

En ocasiones puede parecer extraña la forma de manejarse de la sociedad Romana ante nuestra óptica, ya que algunas veces quitaba todo el poder a las mujeres y las sometía a los hombres y en otros casos les proporcionaba beneficios.

Por ejemplo, para el hombre era indispensable estar unido en matrimonio para transmitirle a su descendencia el título de ciudadano. Sin embargo las mujeres solteras o concubinas podían transmitir la ciudadanía a sus hijos, en este caso la autonomía del derecho materno era perfecta.

De tal manera que el adagio historiográfico de que "el matrimonio es a la mujer lo que la guerra es al hombre", parece que puede ser verdadero en el plano de las representaciones sociales, pero no tan verdadero en el plano de las realidades institucionales; en términos rigurosos, el matrimonio es tan solo indispensable para los hombres y la sociedad lo había instituido especialmente para ellos.

Esta manera de plantear el problema de las relaciones entre lo masculino y lo femenino en el mundo antiguo, por la desigualdad y la exclusión, pone a las mujeres fuera de la ciudad, pero también, y al mismo tiempo, pone la división de lo masculino y lo femenino fuera de la política y del derecho.

Por el contrario, los trabajos de N. Loureaux sobre la autoctonía ateniense muestran hasta qué punto, pensaron los griegos en la oposición de los géneros e intentaron salvarla imaginariamente, desde el momento que para ellos, se trataba de expresar el origen y la esencia de la agrupación sexuada.

Luego de un breve recorrido por las antiguas Roma y Grecia, pasamos al nuevo mundo, para hablar sobre la distribución genérica del trabajo, en el caso de México específicamente y corresponden a la época de la colonia.

---

3 P Gide, Étude sur la condition priveé de la femme, Paris 1867
4 P. Vidal-Nacquet. Le chasseur noir, formes de pensé y formes de sosíeté dans le monde grec, Paris 1981.

La división sexual del trabajo[5]

Generalmente, la mujer en Latinoamérica ha sido estereotipada como un ser pasivo que no colaboró directamente en la actividad económica; esta idea está lejos de la realidad pues de acuerdo a información recopilada en los anales de la historia, se ha comprobado que la mujer tenía una participación activa en el comercio, la producción y los servicios.

Lamentablemente los primeros documentos no dicen claramente la proporción de mujeres que trabajaba, cómo era la división sexual del trabajo, ni cuáles eran las condiciones de trabajo para las mujeres. Tampoco hay otros datos sobre cómo afectaba el trabajo de las mujeres, la clase, la edad o la migración, aunque también estos factores determinaban la posibilidad de empleo para las mujeres.

El trabajo de las mujeres también fue beneficiado por el rápido crecimiento y la industrialización de la Ciudad de México; en 1799 se emitió un decreto que abolió las barreras legales para el trabajo de las mujeres.

Algunos estudiosos sostienen que es artificial la distinción entre las mujeres que trabajan y las que, no porque el trabajo doméstico de las mujeres, por ejemplo la buena administración de los ingresos realizados por el ama de casa y su provisión de servicios, colaboran en el bienestar de la familia pues si ella no los realizaba habría sido necesario comprarlos, lo que podía redundar en el nivel de vida de la familia.

Con la finalidad de aclarar términos en este apartado, cuando se hable de “trabajadora” se hace referencia a las mujeres que producían bienes y servicios para el mercado tal y como definían el trabajo los mexicanos hasta el siglo XIX. Esta definición de mujer trabajadora ignora los importantes papeles económicos de las mujeres no empleadas, pero incluye a la mayoría de las que en la actualidad estarían contadas como población económicamente activa.

5 Arrom, Silvia Marina. Las mujeres de la Ciudad de México, 1790-1857(México, Siglo XXI 1988)

La muestra del censo de 1811 permite examinar los patrones de trabajo de toda la población, lamentablemente el censo solo menciona la ocupación si las personas lo declararon y en vista del estigma asociado con el trabajo de las mujeres y de la naturaleza ilegal de algunos empleos como por ejemplo de las “prostitutas” “cuberas” o “tepacheras” encargadas de distribuir bebidas en tabernas ilegales; es posible que también estuvieran excluidas las mujeres que lavaban y cosían para ayudar en la economía de la familia, así como las que ayudaban en pequeños comercios del padre o marido.

Las mujeres estaban lejos de ser participantes marginales en la economía de la ciudad de México, pues según el censo mencionado de 1811 constituían casi la tercera parte de la fuerza de trabajo.

La mayoría de mujeres trabajadoras eran de clase baja porque no trabajar era símbolo de estatus para las mujeres mexicanas. Coser para la propia familia era admirable, pero “coser ajeno” era degradante.

El ingreso de mujeres a campos exclusivamente masculinos puede atribuirse al decreto de 1799. Durante el siglo XVIII, si una mujer de artesano quedaba viuda, ella o sus hijas podían atender el negocio únicamente durante un año o un poco más si había un hijo preparándose para entrar al gremio; de otra forma presentaban quejas contra las mujeres dedicadas a la manufactura, obligándolas prácticamente a vivir de la caridad pública; uno de los casos más famosos fue el acoso realizado contra Doña Josefa de Celis, viuda bordadora de zapatos quien ante tal situación dio inicio al proceso que llevó al famoso decreto.

En algunos casos la razón por la que algunas ocupaciones empleaban mujeres y otras no, escapa a la lógica, porque las mujeres no predominaban en todos los oficios que habían estado fuera del control de los gremios. Aun cuando raras veces las mujeres desempeñaban oficios manuales, la división sexual del trabajo no siempre estaba relacionada con la dificultad de la tarea. “Como observó un visitante inglés al ver un fornido bigotudo haciendo flores, en la tienda de un sombrerero como muestra de la herencia del gremio”. Las vendedoras de tortillas, atole y tortas siempre fueron mujeres, pero los vendedores de frutas y dulces podían ser hombres.

De esta época se conoce el trabajo que realizaban las mujeres de clase baja pero poco del trabajo realizado por las mujeres de estratos superiores. Algunos empleos respetables para mujeres de clase media aparecieron cuando dignatarios ilustrados fundaron instituciones de beneficencia en la segunda mitad del siglo XVIII, por ejemplo la Casa de Niños Expósitos, el Hospicio de Pobres y los hospitales del ayuntamiento empleaban mujeres para supervisar las secciones femeninas y dar clase a las internas. Aún cuando los cargos eran muy escasos, las peticiones al gobierno de la ciudad hacen pensar que tenían gran demanda. Tales empleos tenían además un rasgo que caracteriza a la otra nueva ocupación de la clase media, empleaban mujeres para atender exclusivamente mujeres, no a la población en general.

La carrera más importante que se abrió para mexicanas de clase media fue la de enseñanza, el "recurso de una pobre mujer (obligada) a mantenerse con honra". En el siglo XVIII las mujeres que enseñaban a niños pequeños eran "déclassées", aunque ganaban lo suficiente para ser consideradas de clase media baja.

Sus contemporáneos las representaban como "viejas" cuidadoras de niños ignorantes que no enseñaban casi nada, algunas de ellas eran indias y castas para disgusto de las autoridades municipales, quienes insistían que las directoras de las escuelas fueran de "sangre pura". La profesión docente empezó a ascender en 1753 con el establecimiento de la compañía de María de ahí en adelante las señoritas que querían ser maestras profesaban como religiosas. En esa época las mujeres no daban clases a varones.

Condiciones de trabajo de las mujeres

Uno de los trabajos que habitualmente desarrollaban las mujeres trabajadoras de la época era en la tabacalera.

A continuación se transcribe un párrafo que representa el temor que tenían las mujeres a perder el empleo cuando se temía la mecanización de la producción de cigarros.

"En nuestra sociedad es indudable que la ocupación y el trabajo escasean aún para los hombres; no es menos cierto que las mujeres se encuentran reducidas a una condición más desgraciada. Todo está calculado para que las familias subsistan a expensas del jefe de ellas y cuando éste falta una madre tiene que velar por el mantenimiento y la educación de los hijos; o las hijas y las hermanas se ven obligadas a proveer su propia subsistencia.

En la actual organización de la industria puede decirse muy bien que no encuentran recurso, pues fuera del servicio doméstico, tan repugnante por su humillación, en las artes manuales que desempeñan, apenas hallan un trabajo muy escaso y una recompensa más miserable todavía"[5]

Estas afirmaciones escritas entre 1836 y 1846 pueden aplicarse fácilmente a las mujeres durante toda la época colonial e inicios de la república.

En conjunto las mujeres padecían de desempleo o subempleo; estaban limitadas a unos pocos oficios y en ellos el trabajo no solo era escaso si no mal remunerado.

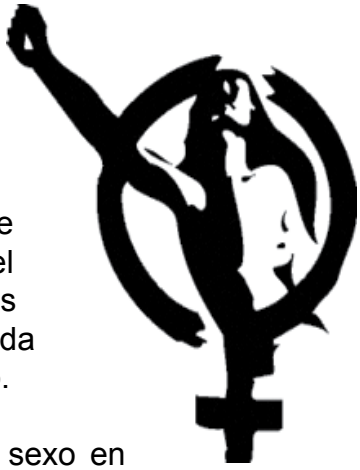
5 *Arrom, Silvia Marina, Las Mujeres de la Ciudad de México, 1790-1857 (México, siglo XXI, 1988)*

Acercándonos más a nuestra época parecería que en los últimos dos siglos no ha variado el trabajo de las mujeres, no ha cambiado en intensidad, ni en cantidad solo en carácter. La composición de la fuerza del trabajo ha cambiado en cuanto las oportunidades de trabajo de las mujeres de clase baja que se estancaron y las mujeres de clase media se beneficiaron con la educación pública, las profesiones liberales y los trabajos de oficina. Puesto que aproximadamente un tercio de la fuerza de trabajo es femenina igual que en el siglo XVIII y XIX.

Finalmente los cambios del mercado de trabajo no han modificado los papeles de las mujeres, porque ahora como entonces la mayoría de mujeres que trabaja son jóvenes solteras que dejan sus empleos al casarse y de ahí en adelante solo esporádicamente regresan a la fuerza de trabajo por necesidad. Así hasta los patrones de empleo femenino hacen pensar que la meta de la mayoría de mujeres de la ciudad de México es el matrimonio y la maternidad, a pesar de las oportunidades que tienen en el mercado de trabajo.

Luego de un breve esbozo de la división sexual del trabajo en la época colonial de México, se presenta una pequeña reseña del papel de la mujer durante la primera guerra mundial.

La Primera Guerra Mundial ¿La era de la mujer o el triunfo de la diferencia sexual?



Durante la primera guerra mundial e inmediatamente después de su finalización, se extendió ampliamente el concepto de que la guerra había trastocado las relaciones de sexo y emancipado a las mujeres en mucho mayor medida que los años anteriores e incluso siglos antes del conflicto.

Sin embargo más tarde Europa vuelve a poner a cada sexo en su lugar, la estatuaria en honor de los muertos solo recuerda los nombres de los excombatientes muertos en combate, para las mujeres solo hay referencias alegóricas: la viuda, la desconsolada etc.

A partir de que las armas callaron se escribieron decenas de miles de obras para comprender lo gigantesco de este acontecimiento, que al precio de muchos millones de muertos sacudió los fundamentos mismos de la Europa del siglo XX; en la mayoría se encuentran pocas referencias a mujeres, salvo alguna anécdota en la retaguardia.

Más adelante y más sensible a las conmociones de la retaguardia, la historia social que tantos caminos ha abierto no podía desconocer la participación de las mujeres, sobre todo en el caso de las trabajadoras de guerra, tomando un impulso especial

en la época de los sesenta y setenta ¿Qué transformaciones sufren las mujeres de los países beligerantes? ¿Afecta la guerra de manera diferente a uno u otro sexo?, el trauma prolongado para los hombres ¿Es para las mujeres mero duelo, sufrimiento y agobiante función maternal? De esta forma se planteaba una nueva línea de problemas: la relativa al papel de la guerra en el largo camino hacia la emancipación femenina.

¿Es de imaginar una subversión paralela en el orden de las cosas? El mostrar que la guerra no es una empresa exclusivamente masculina, equivale a descubrir nuevas responsabilidades y nuevos oficios para las mujeres: jefas de familia, municioneras, conductoras de tranvías e incluso auxiliares del ejército.

A comienzos del siglo XX se esbozaba en toda Europa una nueva mujer económica y sexualmente independiente, así como también un poderoso movimiento feminista, igualitario e imaginativo.

Para julio de 1914, el papel de la mujer ha cambiado bajo el impulso del movimiento feminista más radical que se enfrenta a la ideología victoriana de las esferas separadas y de la doble moral sexual; en los agitados años que preceden a la guerra, la cuestión femenina ocupa el primer plano en la discusión pública.

Este mismo año la movilización de los hombres fortifica los sentimientos familiares y da vida al mito de hombre protector de la madre patria y de los suyos; las primeras cartas de los soldados hablan de la piedad filial, del amor de las mujeres y a veces de la nostalgia de los hijos. La historiografía evoca siempre la unión sagrada de los partidos políticos y de las clases sociales, muy raramente la de los sexos.

En la Francia que imponía silencio a la literatura antifeminista y que expresaba hasta el delirio el miedo la emancipación femenina, los contemporáneos la interpretaron como el advenimiento de la mujer purificada, consciente de su naturaleza profunda y de sus deberes eternos, fuente del amor universal; en resumen la encarnación del ideal femenino del siglo XIX.

Con esto como consigna las mujeres sobre todo en Francia se dedican a servir y reconfortar a los soldados en las cantinas, a cuidar a los heridos en los hospitales de las sociedades de la Cruz Roja o alimentar a los indigentes. Las feministas participan de esta fiebre de servicio; en esa época Jane Misme directora de la *Française,* principal órgano del feminismo moderado en su primer número de guerra escribe: “mientras dure la prueba por la que está pasando nuestro país, no se permitirá a nadie hablar de sus derechos; respecto a él solo tenemos deberes”.

La guerra no resulta ser lo que se esperaba y para el otoño de 1914 no hay vencedores ni vencidos, la guerra prolongada, guerra de hombres y guerra material, la Gran guerra requiere el sostén de la retaguardia y el concurso de mujeres. En cuatro años y medio se movilizan en Francia ocho millones de hombres (más del 60 del 100% de hombres económicamente activos).

Francia es un país de gran actividad femenina (7,7 millones de mujeres trabajaron, de las cuales 3,5 millones eran campesinas).

La contratación era a veces una cuestión de familia, una buena acción destinada a evitar toda competencia al terminar la guerra y asegurar la moralidad de las reclutadas, ya sea mujer, hija o hermana de un movilizado.

Para 1915 aparecen las primeras circulares ministeriales en las que se motiva a la contratación femenina en donde sea posible y cada vez realizan tareas más diversificadas.

Sin embargo, a pesar de que las empresas se vieron en la forzosa obligación de contratar mano de obra femenina, a la vez se les exigía a las mujeres que cuando firmaban el contrato, aceptaban que se retirarían cuando finalizará la guerra, restituyéndole el puesto al hombre que a causa de la guerra lo había abandonado.

La guerra constituye una experiencia de libertad y de responsabilidad sin precedentes. Ante todo por la valorización del trabajo femenino al servicio de la patria y la apertura de nuevas oportunidades profesionales. Por la fuerza de la necesidad, la guerra elimina las barreras que separaban trabajos masculinos y trabajos femeninos y cerraban a las mujeres muchas profesiones superiores.

Por otra parte el período de la posguerra saca a flote otras situaciones que antes no se presentaban, pues si bien es cierto que nadie sabe a ciencia cierta la naturaleza íntima de la guerra, sí se conocen sus efectos, como fueron: el crecimiento de tasas de hijos/as ilegítimos o la explosión de divorcios al regreso de los soldados.

La constante presencia de la muerte trastoca la relación con los otros, vuelve el amor más ávido y más banal y a la vez deshace largos rituales de noviazgo y tal vez como sugiere Michell Perrot contribuye al “advenimiento de la pareja moderna”, centrada en una exigencia de realización personal y no patrimonial. Se produce un ascenso del deseo que puede observarse en el nuevo erotismo de las tarjetas postales, de los diarios o de los espectáculos de revista, que muestran libremente el adulterio y nuevas formas de amar.

Es importante hacer notar que en Europa y América, a pesar de que la necesidad obligó a cambios y ayudó a que las mujeres pudieran desempeñar otros cargos antes exclusivamente masculinos, se continuaba percibiendo mucha resistencia a la modificación de roles; una frase que explica esta situación es la que utilizaban los británicos “solo mientras dura”.

El “Núcleo” de la familia

En estos tiempos de peligro para las sociedades, la sexualidad femenina se halla encerrada en la alternativa madre o prostituta; y también más que nunca se considera a la familia célula fundamental de la sociedad.

En Europa, la doble moral que tanto denuncian las feministas- es mucho más en nombre de un ideal de pureza que una liberación de la sexualidad y adquiere tintes patrióticos.

Por un lado, la denuncia de la inmoralidad femenina elevada al rango de traición y las prácticas coercitivas; por otro lado la organización de la prostitución que se considera como el reposo que el guerreo necesita y merece.

En Francia la severidad de los tribunales para con la esposa adúltera corre pareja con su indulgencia para con el soldado convicto de asesinar a su esposa culpable. En Francia se reactivan las casas de tolerancia y en Italia, los burdeles militares (“casini del soldato”) y se somete a sus regentes al cumplimiento riguroso de los reglamentos. A las prostitutas se les entrega una cartilla, se las somete a incesantes controles médicos y se les hospitaliza a la fuerza.

A la clandestina se le persigue a veces bajo la sospecha de espionaje o de práctica de la guerra bacteriológica más que de la tuberculosis. Lo que obsesiona a todos es el temor a las enfermedades venéreas, ahora llamadas infecciones de transmisión sexual, que destruyen el poder de los ejércitos y la fuerza de la raza. Ello da lugar a la creación de centros venereológicos, donde se informa a los soldados acerca de los medios profilácticos y se los vigila cada vez más sistemáticamente. Esto no impidió que muchas esposas fueran infectadas por sus maridos militares en permiso.

Al finalizar la guerra, millones de hombres desmovilizados han de reincorporarse a la vida civil. Los aduladores de las mujeres o los partidarios de la emancipación femenina que un día les prometieron un brillante futuro o al menos una indispensable participación en la reconstrucción, les dicen ahora que ha llegado el momento de hacerse a un lado, se las tacha de oportunistas y muchas veces de incapaces, y se les pide en nombre del derecho de los excombatientes, en nombre de la reconstrucción nacional y de la defensa de la raza, que vuelvan a sus casas y a sus oficios femeninos.

En la lógica de un período que se ha agotado, la desmovilización femenina es rápida y brutal en todas partes, sobre todo para las obreras de la guerra, que fueron las primeras despedidas.

En Alemania y Gran Bretaña, la política de desmovilización apunta a reinstalar, a la mayor brevedad posible, un mercado de trabajo sexualmente diferenciado, así como a restaurar a las familias tradicionales en las que el padre provea el sustento y la madre se ocupe del hogar.

La violencia en este sentido ejercida sobre las mujeres parece cumplir una doble función psicológica y económica: por una parte asegurar la identidad masculina que cuatro años de combate pusieron en tela de juicio y por otra parte, borrar la guerra y responder a un contexto de fiebre social que animaba a los combatientes antes de la guerra.
A partir de la primera guerra mundial, los sucesivos cambios mundiales han contribuido a transformar las relaciones de género en relaciones más equitativas, especialmente en los países desarrollados.

MATERIAL DE LECTURA 2:

Sexo y Género[6]

Cada día es más frecuente escuchar hablar de género, el término ha tomado auge con los movimientos de mujeres y esto quizás ha causado confusión ya que en muchos textos incluso cuando se habla de políticas estatales, que tienen que ver con incluir mujeres se hace referencia a “perspectiva de género”, sin embargo el término es más amplio y cuando se habla de género se habla de hombres y mujeres.

Género se refiere al: “sistema o red de creencias, actitudes, valores y formas de comportamiento y maneras de ver el mundo que se aprende desde el nacimiento, a través de la familia y en general de la sociedad, y que son diferentes de acuerdo a la “etiqueta” que se nos ponga: hombre o mujer”[6]

El termino sexo, hace referencia al conjunto de características biológicas que definen al espectro de humanos como hembras y machos.

El género tal y como ha existido de manera histórica, transculturalmente, y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa las relaciones particulares de poder entre el hombre y la mujer.

Por lo tanto, en sentido amplio, el género es lo que significa ser hombre o mujer y actuar como tal, y cómo define este hecho las oportunidades, los papeles, las responsabilidades y las relaciones de una persona.

6 Adriana Corona Vargas, Hablemos de Salud Sexual, Manual para profesionales de atención Primaria de la salud. Información, herramientas y recursos. México, D.F. Mayo de 2004

Mientras que el sexo es biológico, el "género" está definido socialmente.[7] Nuestra comprensión de lo que significa ser una mujer o un hombre evoluciona durante el curso de la vida; no hemos nacido sabiendo lo que se espera de nuestro sexo: lo hemos aprendido en nuestra familia y en nuestra comunidad a través de generaciones. Por tanto, esos significados variarán de acuerdo con la cultura, la comunidad, la familia, las relaciones interpersonales y las relaciones grupales y normativas, y con cada generación y en el curso del tiempo.[8]

Las definiciones del concepto de género varían de acuerdo a las diferentes ciencias y corrientes teóricas que se acuñan; sin embargo todas están de acuerdo en que el género se construye socialmente a partir del nacimiento del individuo. La división genérica incluye elementos psicológicos, sociales y culturales, que cambian según la época y lugares. También ha permitido observar cómo las mujeres han sido excluidas de la historia, por lo tanto el concepto Género permite explicar las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres.

El concepto de género es complejo, se relaciona con otros conceptos. Para el análisis social se tiene que tomar en cuenta factores como: la clase social, la etnia o el grupo de edad, para tener una idea integral de la conformación de un individuo y sus relaciones sociales.

Si bien es cierto en la última década hablar de género ha tomado mucho auge, sobre todo enmarcando las desigualdades existentes entre hombres y mujeres, no es garantía de que se tomen acciones o medidas adecuadas para evitarlas.

Para entender cómo se originan y qué efecto tienen sobre la vida de los individuos se utiliza la denominada **perspectiva de género o enfoque de género**, que significa mucho más que identificar el impacto que los cambios en las políticas o los programas tienen en las mujeres y los hombres. También involucra el reconocimiento de que un complejo de relaciones de poder define la división sexual del trabajo y las normas, valores e ideologías acerca de la masculinidad y la feminidad que se asocian a dicha división.

El enfoque de género implica el reconocimiento de los diferentes roles y necesidades de mujeres y hombres, el diferente acceso y control que tienen respecto a las inequidades que resultan de ahí y a partir del mismo, una toma de acción con el fin de superar las inequidades que innecesariamente e injustamente perjudican a uno u otro de los sexos.

7 Organización Panamericana de la Salud 2007.

8 Violeta Varela Álvarez, Contra la "teoría literaria" feminista, Vigo, Editorial Academia del Hispanismo, 2007. ISBN 978-84-96915-07-7.

Es importante que hombres y mujeres tomen conciencia de dicha situación y se esfuercen cada día para ir rompiendo con estas barreras largamente impuestas en las distintas sociedades, reconociendo las ventajas que esto traería para cada uno de los géneros.

Por ejemplo, si el hombre aprende que tiene sentimientos y la libertad para mostrarlos, posiblemente le ayudaría a reducir el número de infartos al miocardio o a reducir la ingesta excesiva de licor (que muchas veces es utilizado para poder mostrar lo que sienten); se acercaría más a sus hijos/as y saborearía la intimidad emocional con éstos que generalmente le ha sido negada.

Si la mujer comprende que su único fin en este mundo no es el entregarse por completo a las tareas domésticas, es muy probable que deje de sentirse culpable por aspirar a tener nuevos conocimientos y trabajar en lo que le gusta.

Claro está que el modificar formas de pensar y actuar históricamente arraigadas, no es un camino fácil, en nuestra sociedad queda mucho camino por recorrer pero no es imposible, todo está en iniciar este camino.

Para ello es necesario crear igualdad de condiciones y oportunidades para hombres y mujeres. Con la perspectiva de género es necesario revisar si las políticas de país existentes, ya sea en el ámbito nacional o institucional, no contienen elementos discriminatorios o de exclusión.

Lo más importante es comprender que una perspectiva de género impacta a mujeres y hombres, y beneficia en conjunto a la sociedad, al levantar obstáculos y discriminaciones, al establecer condiciones más equitativas para la participación de la mitad de la sociedad y relevar a los hombres de muchos supuestos de género que son también un peso y una injusticia.

En todas las sociedades existen instituciones y mecanismos a través de los cuales se transmite la cultura, esta abarca muchos elementos como el lenguaje la cosmovisión, las reglas morales, las religiones y el género para mencionar a algunas de ellas.

Desde el momento del nacimiento a todo ser humano se le otorga uno u otro género, partiendo de los órganos sexuales externos; esta característica biológica marca un trato diferencial y a través de ello el aprendizaje de género.

Se reconoce como una de las primeras y principal fuente de aprendizaje a la familia, el trato que la familia dé al/a recién nacido/a tendrá las características propias del género asignado y corresponden a las pautas que la sociedad ha marcado para el comportamiento de hombre o mujer, el cuál no es el mismo para todas las sociedades como lo dicen las tres investigaciones realizadas por la antropóloga Margaret Mead en los años 30 en las sociedades de Nueva Guinea, en la que constató que no todas las sociedades estaban organizadas de forma patriarcal, y en ese sentido la distribución de los roles entre mujeres y hombres era diferente a las de las sociedades occidentales, con lo cual hace un primer cuestionamiento al carácter “natural” de las

diferencias entre ellos, incluyendo las físicas. Este planteamiento sin dudas significa una primera aproximación a un análisis de esta realidad asignándole responsabilidad a elementos de la cultura específica de cada sociedad en el desarrollo de las diferencias entre mujeres y hombres, y sobre todo acerca de la asignación de funciones diferentes a cada uno.

Las formas en que son transmitidos los valores de género son tanto conscientes como inconscientes. El lenguaje, las acciones de la vida cotidiana, la ropa y el trabajo, las relaciones familiares, le dan a niños y niñas elementos para comportarse de acuerdo al género asignado y para elaborar su autoimagen. Si la valoración que se da a los géneros es desigual, se crece con una autoimagen sobrevalorada o devaluada, situación que durante mucho tiempo ha contribuido a perpetuar la dominación del hombre sobre la mujer y la subordinación de la misma.

Estas diferentes formas de involucrarnos con la sociedad y la forma de sostener las relaciones interpersonales es lo que se conoce como “roles de género” y han sido las que condicionan la división del trabajo de hombres y mujeres en el sistema de producción, dichas actividades se relacionan con diferentes ámbitos que son: El productivo (tipo de trabajo, ingreso y vinculado a la capacidad de producción), el reproductivo (vinculado a la capacidad de reproducción biológica) y el de gestión comunitaria (participación social y política en la comunidad y en la sociedad).

Las diferencias entre el hombre y la mujer no corresponderían, pues, -fuera de las obvias diferencias morfológicas-, a una naturaleza “dada”, sino que serían meras construcciones culturales “hechas” según los roles y estereotipos que en cada sociedad se asignan a los sexos (“roles socialmente construidos”). En este contexto se destaca (no sin razón) que, en el pasado, las diferencias fueron acentuadas desmesuradamente, lo que condujo a situaciones de discriminación e injusticia para muchas mujeres: durante largos siglos, correspondió al “destino femenino” ser modelada como un ser inferior, excluida de las decisiones públicas y de los estudios superiores. Pero hoy en día, las mujeres y los hombres están rompiendo los esquemas que les fueron impuestos.

Es importante mencionar que a pesar de esa designación de “roles” socialmente construidos, cada persona tiene su propia “Identidad de género” y se identifica como masculina o femenina o alguna combinación de ambas. Es necesario aclarar que cuando se habla de “combinación de ambas” no se está diciendo de manera alguna que la persona tenga una orientación homosexual. El género y la orientación sexual son conceptos totalmente diferentes. Únicamente que cada ser humano responde diferente ante las situaciones que se le presentan y esto dependerá de las referencias internas que cada quien ha construido a través del tiempo, permitiendo a los seres humanos organizar un auto concepto y comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género.

TEMÁTICA 2:

La Cultura de Género

TIEMPO APROXIMADO:

4 horas

PROPÓSITO:

Reconocer los factores socioculturales que contribuyen al machismo y a la desvalorización de la mujer, así como las consecuencias que tienen en el ser humano las relaciones inequitativas de género.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Que los y las participantes:

- Identifiquen los factores socioculturales que contribuyen a la formación del machismo.
- Reconozcan elementos de cómo se construye la identidad masculina
- Reconozcan cómo el machismo perjudica las relaciones entre hombres y mujeres.
- Identifiquen elementos que fomentan la desvalorización de la mujer
- Identifiquen las consecuencias que tiene la construcción de masculinidad y feminidad en las relaciones inter e intrapersonales

CONTENIDOS:

- El machismo y su influencia en la vida de hombres y mujeres
- Relaciones equitativas entre hombres y mujeres

MATERIALES DE APOYO:

Para el o la participante:

1. **Material de lectura 1:** El Machismo, la construcción de hombres y mujeres
2. **Ejercicio 1:** “El macho”
3. **Material de lectura 2:** Qué son las relaciones inequitativas

Para el facilitador o facilitadora:

1. Papelógrafos con preguntas escrita para cada grupo.
2. **Material de lectura 1:** El Machismo, la construcción de hombres y mujeres
3. **Ejercicio 1:** “El macho”
4. **Material de lectura 2:** ¿Qué son las relaciones inequitativas?
5. Papelógrafos y plumones

DESARROLLO:

1- Para iniciar la jornada el/a facilitador/a hace una breve retroalimentación de la jornada anterior y les pregunta ¿Han comenzado a aplicar los cambios a los que se comprometieron acerca de su construcción genérica? Si la respuesta es afirmativa pregunte ¿Cómo se sienten? Si la respuesta es negativa preguntará ¿Qué los detiene?

2. Les pide que formen grupos de 4 integrantes para que den respuesta a las preguntas escritas en papelógrafos, que a continuación se plantean:
   - ¿Qué es el machismo?
   - ¿Cómo influye la mujer en la construcción del machismo?
   - ¿Cómo influye el hombre en la construcción del machismo?
   - ¿Son machistas las mujeres? Si o no y ¿por qué?
   - ¿Tiene influencia el machismo en la desvalorización de la mujer? Si la respuesta es positiva, dé 3 ejemplos.
   - ¿Gana o pierde el hombre con el machismo? ¿por qué?

   Para ello les dice que van a discutir lo que ellos/as crean conveniente, escribirán los resultados obtenidos en un papelógrafo y seleccionarán un/a moderador/a que dirija la discusión y a un/a relator para que tome nota y exponga el trabajo realizado:

3. Cuando los grupos han terminado la discusión pasa cada uno a exponer los resultados obtenidos en su grupo.

   - A continuación el/a facilitador/a les pide que continúen en grupos y que lean el **material de lectura 1** en el cuaderno de lectura y ejercicios**.**

   - Después que han leído el material pide a todos/as que se cuenten del 1 al 2, y forman dos grupos. Cada grupo va a defender lo que se le asigne defendiendo sus ideas y en contra de lo que el grupo contrario dice.
     Las tareas para los grupos son las siguientes:

     - El grupo 1 va a defender con todos los argumentos sobre el por qué es importante y necesario mantener los patrones de conducta machista.

     - El grupo 2 va a defender la importancia de hacer cambios en la conducta de los hombres.

4- Después de un tiempo prudencial de discusión el/a facilitador/a les pide que se reúnan de nuevo en grupos pequeños y elaboren un papelógrafo con las lecciones aprendidas sobre las consecuencias del machismo en hombres y mujeres. Y en otro papelógrafo escriben los compromisos que como seres humanos asumen para cambiar esta forma de comportamiento dentro de la FA de El Salvador.

5- El/a facilitador/a pide que busquen en su cuaderno de lectura y ejercicios el ejercicio 1 y sigan las instrucciones que allí se encuentran.

6- Al finalizar el ejercicio les indica que lean el material de lectura 2 que se encuentra en su cuaderno de lecturas y ejercicios.

7- Ahora, pide a cada grupo que socialice con el pleno y entre todos/as construyen los nuevos mandatos que les encaminen a una sociedad equitativa, y el/a facilitador/a toma nota.

8- Para concluir el ejercicio les pide cada uno/a que exprese el compromiso personal que adquiere para colaborar en la construcción de nuevas relaciones personales, familiares y laborales

Material de lectura 1

¿Qué es el machismo?[9]

El machismo es una etiqueta con la cual, se calificó al principio a un tipo particular de masculinidad que se supone correspondería a América Latina (especialmente en México, donde surge el término), posteriormente su uso se generalizó para significar la dominación del hombre sobre la mujer. Fue Evelyn Stevens en su ensayo sobre "marianismo y machismo" quien lo describe como la personalidad masculina y el patrón de comportamiento que le corresponde, caracterizado por su excesiva intransigencia en las relaciones entre hombres (homofobia, subyugación de las masculinidades alternativas) arrogancia y agresión sexual entre las relaciones de hombre y mujer.

De manera general entorno al machismo hay dos interpretaciones:

- El machismo entendido como un conjunto de rasgos masculinos que hacen alusión a la fuerza de capacidad de dominar y ejercer poder de los hombres sobre las mujeres y sobre otros más débiles.

- El machismo entendido como el comportamiento de un hombre inseguro y descontrolado, bebedor y mujeriego, incapaz de sustentar económicamente su hogar de forma adecuada por todo ello, débil.

En la actualidad los contenidos del machismo se rechazan en el discurso, pero todavía en la práctica se observan comportamientos que se siguen enmarcando en esa dominación o en la promoción de modelos de **"masculinidad hegemónica"**, frecuentemente se encuentran afirmaciones como "**no soy machista pero..."** O **"es que las mujeres son también machistas",** es decir que aunque sea ofensivo calificar

9 *Carpeta de Facilitación interactiva para servicios uniformados. Programa Nacional de sida, Guatemala 2006.*

a alguien de machista y el término se rechaza, se intentan justificar algunas actitudes que corresponden a este concepto. Con el término de **"masculinidad hegemónica**" se explica el comportamiento de los hombres basado en las relaciones de poder y jerarquías sexuales, donde el sexismo y la homofobia son centrales. Conell (1987) usa dicho término para referirse a las formas idealizadas y valorizadas de masculinidad que refuerzan el dominio de los hombres.

Construcción de hombres y mujeres, el papel del género

Lo que determina la identidad y el comportamiento masculino o femenino no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde su nacimiento las experiencias, los ritos y las costumbres atribuidas a los hombres o a las mujeres.

La asignación y adquisición social de una identidad es más importante que la carga genética, hormonal y biológica.

Por lo tanto el género se forma con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad sobre el comportamiento femenino y masculino, con sus respectivas variantes de acuerdo a la cultura, clase social, grupo étnico y hasta el nivel generacional de las personas.

Se ha sostenido una división sexual del trabajo más primitiva; las mujeres paren a los/as hijos/as por lo tanto los cuidan, dando como resultado que lo maternal es lo doméstico. En contraposición con lo masculino que es lo público y lo violento. Pero, la dicotomía masculina femenina con sus variantes culturales establece estereotipos generalmente rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género.

Por ejemplo, se conoce que el la América Precolombina desde la más remota antigüedad los pueblos se organizaron basándose en la división sexual del trabajo, es decir que los hombres realizaban tareas como cazar, defender al grupo de posibles agresores externos; por su parte las mujeres se dedicaban al cuidado de los hijos, producir alfarería, alimentos, hilar, tejer etc. Estas actividades podían tener alguna variante de sociedad a sociedad, lo importante a rescatar es la división sexual del trabajo y que ambas labores eran indispensables para la supervivencia de la comunidad en aquellas épocas.

Sin embargo la relación entre hombres y mujeres no era equitativa en la mayor parte de las sociedades. Por lo general las culturas daban mayor valor a lo masculino y devaluaban lo femenino; el poder político social estaba en manos de los hombres, por ello se dice que estas sociedades eran patriarcales.

Lo anteriormente expuesto fue una división funcional en un determinado periodo de la evolución del ser humano, por ejemplo en la prehistoria la ventaja de peso, estatura y musculatura del hombre ayudó a defender la vida propia y la de los que le rodeaban y que la mujer se quedara estacionaria desarrollando la agricultura y dedicándose al cuidado de la prole, también fue benéfica y necesaria para la evolución del ser humano contribuyendo al sedentarismo.

Sin embargo con el paso del tiempo, el avance de la tecnología, el cambio en las actividades diarias y formas de convivencia ya no hace imperativo el desarrollo de la fuerza muscular como muestra de superioridad, al contrario actualmente la división del trabajo está siendo más equitativa y ambos pueden desarrollar las mismas actividades sin detrimento de su salud física y emocional.

Hoy en día con la industrialización es casi indiferente a las diferencias sexuales, excepto por el hecho de que las mujeres son menos rentables para las empresas porque tienen hijos/as; esto se debe al tiempo que invierten en el control prenatal, la licencia por maternidad y los controles médicos de los/as hijos/as entre otras cosas.

Esta situación continúa dándose debido a que a los hombres aún no se les reconocen sus derechos y necesidades como padres. El día que se les reconozcan esos derechos y asuman responsabilidades compartidas tendrán varias ganancias, una de ellas y muy importante será el estrecho vínculo afectivo entre padre e hijo/a y la mujer podría faltar menos al trabajo pues la responsabilidad sería compartida.

Aunque los hombres luchan por mantener sus privilegios androcéntricos, cada día sube más el estatus de las mujeres, pues la mayor fuerza física de los hombres ya no tiene peso en una sociedad donde casi todo está automatizado, además actualmente se valoran características que han sido otorgadas a las mujeres, como son: más responsabilidad y un menor ausentismo debido al alcoholismo.

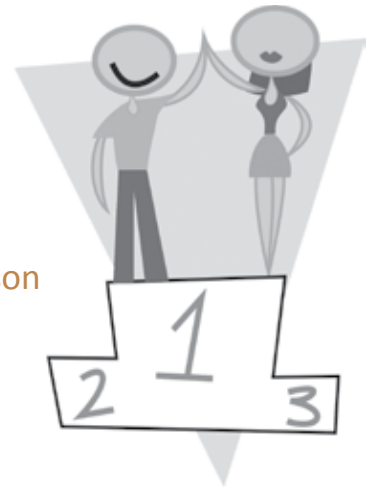
Influencia del grupo social

El grupo social es quien designará las creencias y las costumbres y demandará pautas de comportamiento a sus miembros. Dividirá a la sociedad en ámbitos masculinos y femeninos, y es en el cumplimiento de esos ámbitos y roles los que definirán la integración de los individuos a la sociedad.

Cada sociedad determina la participación diferenciada entre hombres y mujeres, los espacios que ocuparán, así como los valores y expectativas asignadas a cada género. Y estas cualidades diferenciadas son introyectadas a cada individuo, sin mayor o menor cuestionamiento, y dan una cualidad a cada ser, llamada identidad de género, indicando el género al que cada ser humano pertenece, al femenino o al masculino.

Es un todo que incluye el plano fisiológico, psicológico y sociocultural, es el vivirse y sentirse como un hombre o una mujer, como un todo.

A pesar de que las mujeres ocupan muchos espacios laborales, todavía el ámbito de poder es masculino: poder político, poder militar, poder económico y eclesiástico.
Y todo aquello que involucre atención hacia si mismo/a y hacia otros/as se feminiza, por ejemplo: los cuidados de salud, la atención médica es femenina, así como la atención psicológica, la educación y todos los servicios son femeninos.



Cada cultura enseña las relaciones que deben establecer las personas, los papeles para ser mujer o para ser hombre.

Se educa para que pueda relacionarse cada sexo con el otro, las relaciones familiares de parentesco, de pareja, de tipo laboral son diferentes para hombres y mujeres. Se enseña y se aprende qué relación debe tener un hombre con otros hombres y qué tipo de relación debe tener con las mujeres. Se aprende también la forma de comportamiento en lugares públicos y privados.

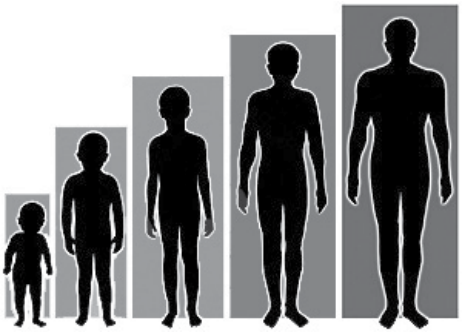
Lo anteriormente expuesto ha repercutido en las relaciones de poder existentes entre hombres y mujeres, fomentando la violencia intrafamiliar y de pareja debido a la superioridad que se le ha otorgado al hombre se le ha enseñado que él es quien manda y el resto mujeres, niños/as y ancianos deben estar supeditados a sus órdenes.

Por otra parte, esta forma de división ha hecho que la mujer sea vista como un ser de segunda categoría, que cuando incursionaba a ocupaciones tradicionalmente masculinas era mal vista y además el ingreso percibido por realizar la misma actividad, era inferior a la del hombre.

También es importante mencionar que el que la mujer asuma roles fuera del hogar su trabajo dentro del mismo no disminuye por lo que se considera que desarrolla una doble o triple jornada.

Actualmente estas situaciones poco a poco van cambiando, lográndose que ambos ayuden económicamente al hogar y que los hombres se involucren en las actividades domésticas, reconociendo que el buen funcionamiento del hogar es función de ambos. Esto permite que todos y todas en un hogar colaboren y tengan tiempo para la diversión y el descanso.

“La construcción de la identidad masculina”[10]



Continuando con lo antes expuesto la identidad masculina se construye por oposición, por un proceso de diferenciación de lo femenino, lo cual hace que podamos entender en líneas generales, la masculinidad como una reacción, más que como un proceso de identificación.

En efecto, el vínculo primario madre-hijo en el contexto de la sociedad industrial y patriarcal en la que vivimos se vuelve excluyente.

Dado que el vinculo primario del niño es con una mujer (su madre), el proceso psicológico según el cuál se construye la identidad masculina necesariamente deberá girar alrededor del eje separación –diferenciación. Para llegar a ser hombre deberá realizar un largo trabajo de represión de las identificaciones femeninas iniciales y demostrar al mundo androcéntrico y homofóbico que “el” no se parece a una mujer ni a un homosexual.

La identidad entendida como el modo de identificarse así mismo y el de los otros, es un constructo teórico que permite comprender una serie de modalidades cognitivas, afectivas, comportamentales y vinculares que son propias de una persona y la diferencian de las demás.

En 1993 Badinter, señala que la homofobia puede considerarse un mecanismo de defensa psíquico que sirve para reforzar, en algunos hombres, su frágil heterosexualidad.

La sociedad patriarcal impone una figura paterna caracterizada por parámetros tales como “ley”, “autoridad” y “distancia”, lo cual determina lo que el psicológo canadiense Guy Corneau (1989) denominó padre faltante, concepto más amplio que el de “padre ausente” es decir que el padre puede estar físicamente presente, pero su modalidad de contacto no incluye el intercambio corporal y afectivo, que en cambio si realiza la relación del hijo con la madre.

10 Corsi, Jorge. Violencia intrafamiliar, capitulo II, pag.18. editorial Paidos

Sexualidad masculina y violencia[11]

En el terreno de la sexualidad se desarrollan a menudo diversas formas de maltrato hacia la mujer. La coerción sexual y la "cosificación" del cuerpo de la mujer son aspectos de sexualidad considerada como instrumento de poder.

Aquellos hombres que utilizan la violencia como método para la resolución de los conflictos conyugales presentan una marcada dificultad para discriminar entre deseo sexual y deseo de poder. En ellos las "hazañas" sexuales y las "conquistas" amorosas, más que con la relación afectiva, tienen que ver con el triunfo sobre la mujer.

Esto se evidencia en el lenguaje utilizado "ganar" a una mujer es producto de una competencia que adjudica un trofeo a la virilidad. El "ganar" implica obtener una gratificación a costa de que el otro "pierda". Por lo tanto si la autoestima de estos hombres se sustenta en su capacidad de conquista y de dominio sexual, la contrapartida requerida es la sumisión y el sometimiento de la mujer. Para lograrlo a menudo recurren a la violencia física.

En estos hombres subsiste la contradicción de que si bien necesitan la presencia de la mujer para afirmar su virilidad, la mucha proximidad emocional con las mujeres la percibe como una amenaza a su virilidad.

Estableciendo una relación con el contexto mencionado el sexo se transforma para el hombre en un medio para descargar tensiones, el placer queda resumido a la eyaculación y la estimulación sexual dependerá de poder sentirse dominante y "ganador".

Habitualmente consigue mantener un control suficiente mediante la utilización de violencia verbal (insultos, amenazas) o utilizando sutiles formas de abuso psicológico que implican humillaciones permanentes a la mujer, a manera de una tortura constante que va minando sus fuerzas y su capacidad de iniciativa, teniendo como resultado una autoestima baja, pensándose una inútil merecedora del trato del hombre, sea este esposo, pareja, padre, hermano o hijo. Perpetuando esta forma de sentir y de educar *en su familia.*

11 Corsi, Jorge" Masculinidad y Violencia"

Ejercicio 1 "El macho"

Paso 1

En grupo leen el siguiente párrafo, lo analizan y en una hoja de papel escriben los aspectos más relevantes:

- ¿Cómo se construye el género en hombres y mujeres?
- Mencione las características de género socialmente aceptadas en este país, que aparecen en la lectura.
- ¿Qué problemas ocasiona este tipo de construcción?

"El Macho"[12]

El padre manda y la madre obedece; si él se enoja puede regañarla y golpearla; ella debe ser sumisa y soportar en silencio, es el "destino" de las mujeres, ellas han nacido para el sacrificio. El padre pasa la mayor parte del tiempo fuera de casa, cuando está en casa, es exigente y pone énfasis en sus derechos, delegando en la mujer los deberes. Y si a ella no le gusta, puede irse de la casa.

La mujer no se rebela porque él la echaría, y además "todos los hombres son iguales…" Antes de casarse, su madre y otras mujeres le aconsejaron lo que ella ya sabía: debía ser sumisa y "aguantadora".

Además hay que tener cuidado con otras mujeres, no para evitar que él ande con otras, pues eso es inevitable, si no para cuidar que él no tenga muchos hijos por otros lados y traiga la plata a casa. A su vez, ella debe tener cuidado con otros hombres, pues si él sabe algo podrá llegar a herirla seriamente y echarla de la casa. Los hermanos cuidarán que sus hermanas no anden solas, frecuentemente deberán golpearlas para cuidarlas bien. Ellos saben muy bien lo peligroso que es que ellas anden solas, pues una de sus ocupaciones preferidas es "cazar" niñas, y luego contar las hazañas sexuales en el grupo de amigos.

Por eso deben cuidar de sus hermanas, para que otros no hagan con ellas lo que ellos hacen con las hermanas de otros…Así, el niño aprende desde pequeño a ser él también muy macho. No debe llorar ni quejarse, debe reprimir todo sentimiento afectuoso, debe mandar y perseguir mujeres y ser agresivo con los rivales.

Jorge Gissi Bustos, Feminidad, machismo: mitos culturales

12 Tomado de: Baró Ignacio Martín "Las estructuras sociales y su impacto psicosocial" en Acción e Ideología Social desde Centro América. UCA, Editores 1983.

Paso 2

Ahora que han contestado las preguntas, van a reescribir el párrafo anterior tomando en cuenta la necesidad de construir una sociedad con equidad de género en la que hombres y mujeres puedan comunicarse paralelamente.

Paso 3

Leen el material de lectura 2, revisan lo escrito en el paso 2 y realizan las modificaciones que consideren pertinentes.

Material de lectura 2

¿Qué son las Relaciones Inequitativas?

Las asignaciones de roles antes descritas, han posicionado muchas veces a las mujeres en la esfera privada vinculada a los roles reproductivos y a los hombres en la esfera pública vinculado a los roles productivos. Así las relaciones desiguales de género derivan, entre otras en la división sexual del trabajo, en las relaciones inequitativas de poder a nivel intrafamiliar y en la vida pública.

Consecuencias de las relaciones inequitativas[13]:

¿Qué costos emocionales y corporales tiene esta construcción genérica en los hombres?

A pesar de que la cultura androcéntrica ha intentado en la construcción de la masculinidad hacer pensar a hombres y mujeres que los primeros son fuertes y casi invencibles a costa de construirlos en total oposición a la mujer, a la larga se ha descubierto que dicha construcción ha sido altamente perjudicial.

Según Michael Kaufman (1994) analista de la masculinidad, afirma al respecto que “los hombres llegan a suprimir toda una gama de emociones, necesidades y posibilidades, tales como el placer de cuidar a otros, la receptividad, la empatía y la compasión, las cuales son interpretadas como inconsistentes con el poder masculino. Dichas emociones no desaparecen; simplemente se frenan tanto para ellos mismos como para quienes les rodean”. Esta represión de emociones también reduce el erotismo a la genitalidad, tienen dificultad para identificar y expresar emociones como el miedo, la ternura, el llanto entre otros.

13 Programa Nacional de SIDA “Carpeta de facilitación interactiva para servicios uniformados”. Puesta en práctica de la facilitación interactiva sobre ITS, VIH y SIDA. 2a ed. Guatemala 2006

Esta lucha por el poder hace que los hombres se sometan a riesgos que ponen en peligro su vida; por ejemplo, el tener múltiples contactos sexuales sin protección les incrementa el riesgo a adquirir Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo el VIH, graves accidentes de tránsito e infartos cardiacos, entre otros.

En las mujeres las consecuencias de la construcción genérica se refleja en la cantidad de muerte materna, ante la imposibilidad de decidir cuántos hijos/as desea o puede tener, cáncer cérvicouterino y VIH.

Por otra parte, si la mujer ha incursionado en el plano laboral, de manera tácita acepta la doble o triple jornada, atendiendo el trabajo fuera de casa, la familia y el hogar; teniendo que competir cada día y demostrar su eficiencia en un mundo anteriormente dominado por los hombres

En el terreno intrapersonal: la identidad masculina se reduce en gran parte a la actividad ocupacional, que dicho sea de paso es con mucha frecuencia su mayor fuente de autoestima.

Es por esta razón que los hombres en su interacción con la sociedad, tienden a hablar poco de su mundo interno y destaca más bien su trabajo. Los que tienen menor formación académica, traducen esta tendencia en términos de su desempeño y pericia en un oficio.

Cuando el hombre percibe amenaza en su mundo laboral, sea ésta causada por desempleo o por el paulatino ingreso de la mujer al mundo laboral, se desestabiliza, sintiéndose con frecuencia indignos de su condición masculina y comienzan a debilitarse en su autoimagen frente al grupo familiar; otros como mecanismo de defensa tienden a volverse violentos como un modo de recuperar un lugar de poder y dominio en la familia.

Como puede observarse el hecho de haber construido a hombres y mujeres en completa oposición ha dificultado la buena comunicación entre ambos, evitando la posibilidad de verse unos a otros como seres humanos merecedores de respeto sin importar si se es hombre o mujer.

Con esto no se quiere decir que la construcción genérica que hemos tenido hasta el momento sea completamente mala, más bien puede decirse que tiene diferentes matices de gris en el que cada quien toma para sí aquellas situaciones que le hacen sentirse cómodo consigo/a mismo/a. La invitación es a hacer una construcción de género equitativa, donde nadie es superior al otro. Las relaciones equitativas benefician a ambos sexos, ya que no son opuestos, sino complementarios.

TEMÁTICA 3:

Género y Democracia

TIEMPO APROXIMADO:

2 horas

PROPÓSITO:

Identificar las relaciones equitativas de género en el ejercicio de la democracia incluyendo en la FA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Que los y las participantes:

- Reconozcan la importancia de los Derechos humanos en el género y la democracia.
- Identifiquen cómo las relaciones inequitativas de género influyen negativamente en la construcción de la democracia.
- Reconozcan la necesidad de implementar estrategias encaminadas a la equidad de género.

CONTENIDOS:

- Derechos Humanos
- Género y Democracia

MATERIALES DE APOYO:

Para el o la participante:

1. **Material de lectura 1:** ¿Qué son los Derechos Humanos?
2. **Ejercicio 1**: Relacionemos los derechos humanos con género
3. **Material de lectura 2:** Género y Democracia
4. **Ejercicio 2:** Construyendo la democracia con género

Para el facilitador o facilitadora:

1. **Material de lectura 1:** ¿Qué son los Derechos Humanos?
2. **Ejercicio 1:** Relacionemos los derechos humanos con género
3. **Material de lectura 2:** Género y democracia
4. **Ejercicio 2:** Construyendo la democracia con género
5. Papelógrafos, plumones, tirro

DESARROLLO:

1- La jornada inicia con una breve retroalimentación de la jornada anterior con las preguntas: ¿Qué aprendí ayer?

2- Luego, forman 5 grupos. Y cada grupo lee el **material de lectura 1** del cuaderno de lectura y ejercicios.

3- Al concluir la lectura, realizan el **ejercicio 1 "**Relacionemos los derechos humanos con género**",** que se encuentra en el cuaderno de lectura y ejercicios.

4- En plenaria y el/a facilitador/a da libertad en la exposición de los resultados, pero luego orienta la discusión con las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles diferencias encontraron entre hombres y mujeres? ¿por qué? (no hay ninguna)
- ¿Realmente existen unos derechos más importantes que otros? (no)
- ¿Qué sucede a todos los derechos si se vulnera uno? (se vulneran todos)
- ¿Qué aprendizaje se obtiene de este ejercicio?

Es importante recordar finalmente que no existen diferencias entre los derechos de hombres y mujeres y todos los derechos tienen la misma importancia al ser indivisibles e inalienables.

5- Siempre, en grupos, leen y analizan el material de lectura 2 en cuaderno.

6. Una vez analizado el documento, realizan el ejercicio 2 que se encuentra también en el cuaderno de lectura y ejercicio.

7. En plenaria entre todos/as, presentan los resultados e identifican los cambios y acciones requeridos, para lograr una forma de vida basada en el respeto a los derechos humanos de hombres y mujeres, promoviendo la equidad, desde lo personal y desde la Fuerza Armada; y el/a facilitador/a anotará en un papelógrafo las acciones que los y las participantes consideren más viables de poner en práctica.

Material de lectura 1:

¿Qué son los Derechos Humanos?[14]

Los Derechos Humanos son derechos propios que toda persona tiene por el solo hecho de haber nacido. Estos derechos tienen como fin último asegurar el bienestar de toda persona humana y de la humanidad en su conjunto de hombres y mujeres sin distinción.

A su vez los Derechos Humanos establecen que la dignidad, la libertad y la igualdad de todas las personas son requisitos básicos para la convivencia armoniosa de los seres humanos. No deben ser limitados o coartados por ninguna persona, institución o Estado, puesto que esto constituye una amenaza contra el bienestar de toda la humanidad. Todos y todas tenemos derecho a pensar libremente, para ser nosotros y nosotras mismas. Sin más limites que los derechos de otras personas con quienes vivimos en sociedad.

Características de los Derechos Humanos

Los Derechos Humanos son:

- ***Universales:*** nos pertenecen a todos/as por igual, sin distinción de origen nacional o social, raza, religión, opinión política, posición económica, forma de pensar, sexo edad entre otros.

- ***Inviolables***: deben ser respetados y no pueden ser violados por Estados ni por personas.

✓ ***No son transferibles:*** nunca pueden ser traspasados ni cedidos para que otra persona los ejerza en nuestro nombre.

- ***No prescriben nunca:*** se poseen mientras la persona viva.

- ***Son irrenunciables:*** nadie puede ser obligado ni renunciar a sus derechos.

- ***Son interdependientes, integrales y complementarios:*** todos los Derechos Humanos están ligados unos con otros y en su conjunto responden a intereses y valores fundamentales de la persona humana, de los grupos sociales y de la humanidad entera.

14 Cuevas, Rosario ; María Luz Gutiérrez "Estrategias para la prevención de la Violencia Intrafamiliar", Unidad uno 1aed. Centro Nacional para el Desarrollo de la mujer y Familia, San José Costa Rica

Clasificación de los Derechos Humanos

Los derechos humanos se clasifican en **Derechos Individuales o Derechos Sociales.**

Por su naturaleza los Derechos Humanos se dividen en: Derechos civiles y políticos, derechos económicos, sociales y culturales y Derechos de los pueblos o de solidaridad.

Los Derechos civiles y políticos hacen referencia esencialmente a intereses particulares o individuales del ser humano y los ejerce cada persona, por ejemplo: el derecho a la vida, a la libertad de expresión, a la libertad de tránsito y al libre pensamiento.

Los Derechos Sociales señalan particularmente intereses colectivos o de grupos sociales y los ejercen los grupos de personas, por ejemplo: el derecho a la educación, a la salud, a la vivienda, al trabajo, a la reunión, a la libre asociación, entre otros.

¿Qué tiene que ver el género con los Derechos Humanos?

Dicotomía con Integralidad

Los Derechos Humanos establecen que todas las personas somos nosotras mismas completas. Establece que cada persona hombre o mujer, cuenta en sí misma con todas las cualidades propias del ser humano.

¿Cuáles son esas cualidades?

La dignidad, la libertad y la igualdad de todo ser humano. Sin embargo, la cultura y la realidad de todos los días no siempre coinciden con esa concepción integral. De hecho por miles de años las creencias, la cultura y la práctica se han fundamentado en valores que dividen al ser humano de acuerdo con su género, clase, social, etnia y otras consideraciones.

Por un lado se tienen los ideales escritos en los derechos humanos y por otro, la costumbre de negar esos derechos a las personas, dándose así la discriminación, ya que tradicionalmente se ha pensado y mantenido en la práctica social que los hombres tienen atributos y derechos propios de su género, por el solo hecho de ser hombres y que las mujeres tienen otros derechos y características.

Por ejemplo se dice que el hombre es fuerte y la mujer es débil, definiendo desde ese punto de partida los trabajos y acciones más propios para cada sexo, asignando a hombres y mujeres diferentes roles en la vida cotidiana. Igualmente desde esa forma de pensar se ha supuesto que "los hombres deben ejercer su fuerza y su dominio, y las mujeres deben ser sumisas y obedecer", determinando erróneamente que los hombres tienen "derecho a mandar a otros y otras más débiles que ellos", de igual forma se distribuyen otras características como la racionalidad para los hombres y la emocionalidad para las mujeres, sin tomar en cuenta que todos los seres humanos tienen la capacidad de sentir y pensar.

La concepción que divide a hombres y mujeres en mitades contradice la concepción de la integralidad del ser humano, negando por igual a hombres y mujeres la posibilidad de vivir a plenitud sus potencialidades, sentimientos y aspiraciones, de igual forma obliga a hombres y mujeres a negarse a si mismos/as el desarrollo de la mitad de las cualidades humanas: aquellas que supuestamente corresponden al "otro sexo".

Ejercicio 1

"Relacionemos los derechos humanos con género"

Paso 1

Cada grupo lee los derechos civiles, económicos, sociales y culturales y selecciona a un/a relator/a:

A) Los derechos civiles[15]

Los derechos que permiten proteger a la persona:

1. Derecho a no ser objeto de discriminación,
2. Derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona,
3. Prohibición de la esclavitud y de la servidumbre,
4. Prohibición de la tortura y de los tratos inhumanos, crueles y degradantes,
5. Derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica y a la igualdad ante la ley
6. Derechos del justiciable: derecho a un recurso efectivo ante un tribunal competente, derecho a no ser objeto de detención arbitraria, derecho a un tribunal independiente e imparcial, derecho a una asistencia judicial, derecho a la presunción de inocencia, derecho a ser juzgado sin efecto retroactivo,

15 Tomado de: http://www.aidh.org/uni/Formation/02Ens_indiv_e.htm

7. Derecho a no ser objeto de injerencias en la vida privada,
8. Derecho al asilo
9. Derecho a una nacionalidad y libertad de cambiarla,
10. Derecho a la protección de la familia.

Las libertades civiles y políticas

11. Libertades de pensamiento, creencia y religión,
12. Libertades de opinión y expresión,
13. Libertades de reunión y asociación pacíficas,
14. Libertad de circulación y de residencia en el propio país y a salir y regresar por voluntad propia,
15. Libertad de participación política.

B) Los derechos económicos y sociales

Los derechos a la dignidad en los intercambios y las relaciones sociales:

16. Derecho a un nivel de vida adecuado (comida, energía, vivienda),
17. Derecho a la protección de la salud,
18. Derecho a un ambiente equilibrado,
19. Derecho a la seguridad social,
20. Derecho a la propiedad,
21. Derecho al trabajo y a una remuneración equitativa, derecho al descanso y al disfrute del tiempo libre.

C) Los derechos culturales

Los derechos a la identidad cultural:

22. Derecho al respeto de la identidad cultural propia (por ejemplo el propio idioma),
23. Derecho a la información,
24. Derecho a la educación y a la formación: educación escolar básica y formación profesional y contínua,
25. Derecho a participar en la vida cultural de la comunidad,
26. Derecho a acceder a los patrimonios, comprendido el patrimonio de la humanidad.

Paso 2

Cada grupo, en un papelógrafo elaboran una lista de los 5 derechos más importante y de los 5 menos importantes, por género.

HOMBRES		MUJERES	
MÁS IMPORTANTES	MENOS IMPORTANTES	MÁS IMPORTANTES	MENOS IMPORTANTES

Material de lectura 2

Género y Democracia

Organización del género y del poder[16]

A principios de este milenio, en la era de la modernidad, de la democracia y de los Derechos Humanos, una gran parte de la mitad de la humanidad, constituida por mujeres, vive en cautiverio, sometida a la opresión de género. Y una gran parte de la otra mitad conformada por hombres tiene la posibilidad de ejercer formas de dominio, por lo menos sobre las mujeres. Esta construcción política de los géneros basada en la opresión, hace que la enajenación sea característica de ambos.

Antes parecía incuestionable que la asimetría entre los géneros, la desigualdad de oportunidades y de derecho entre ellos, y el poder del género el uno sobre el otro, eran inevitables. Eran naturales. En la actualidad, es evidente que entre hombres y mujeres hay problemas ocasionados por la disparidad de poderes, por los lugares que ocupan en el mundo y por las relaciones que establecen entre ambos.

16 Lagarde Marcela "seminario sobre sensibilización de género, leyes y políticas relacionadas con las mujeres". Instituto de Investigaciones jurídicas Universidad de Costa Rica. San José Costa Rica, 1995.

La disparidad, las jerarquías los espacios las actividades y las relaciones que caracterizan a los géneros son obligatorios y compulsivos en grados distintos para las personas pero no por ello naturales.

Las formaciones de género son formaciones políticas

Las formaciones políticas están estructuradas a partir de cargas y tensiones de poder que aseguran a los sujetos cumplir sus deberes como hombres y como mujeres. Sus objetivos centrales son:

a) Especializar a los sujetos a partir de su sexo

b) Convertirlos en expertos/as o en actividades y funciones particulares que los hagan ser hombres o mujeres.

c) Lograr la continuidad del mundo así estructurado

A través de variados mecanismos los sujetos quedan incluidos o excluidos de diferentes ámbitos, de relaciones y ocupan posiciones jerárquicas. Además, a las funciones y actividades asignadas se les confiere valor económico, social y cultural que se convierte, en carencia de poderes para las mujeres y en poderío para los hombres.

Si bien es cierto con el transcurrir del tiempo ha ido cambiando la concepción clásica de democracia, ésta no ha incluido la modificación de desigualdades y opresiones sexuales; por ello se ha desarrollado como alternativa la **democracia de género**, la cual se basa en la consecución de derechos económicos, laborales, sociales, culturales y políticos para las mujeres.

Igualmente, en la defensa y aplicación de esta estrategia, se puede distinguir una evolución, especialmente en los años noventa. En un principio se refería básicamente a realizar un diagnóstico acerca de la situación de la mujer o a compararla con la del hombre, buscando llegar a la igualdad entre los géneros, esta idea va dejando paso poco a poco a la concepción de equidad, que pretende la igualdad de oportunidades entre personas no necesariamente iguales. Es decir, se reconoce que el hombre y la mujer no son iguales ni lo serán; los que deben ser iguales, son sus derechos y oportunidades.

También se comienza a enfatizar la necesidad de distinguir factores diferenciales en la propia población femenina, tales como clase, generación, raza y etnia, además del género.

Por lo tanto puede afirmarse que la democracia de género en tanto nuevo paradigma no refiere tanto al pasado sino que se establece principalmente de cara al futuro.

En tal sentido, supone una ruptura definitiva con la vieja tesis de que lo que hay que superar es el déficit de las mujeres en comparación con los hombres. El problema ya no es lograr que las mujeres se pongan al nivel de los hombres, como si ellas tuvieran que asociarse a los parámetros masculinos y los hombres no tuvieran nada que modificar.

En el fondo, el viejo paradigma basado en la necesidad de superar los déficits de las mujeres supone, por un lado, desconocer el alcance de los cambios socioculturales impulsados por las mujeres, y por otro lado, ayuda mantener de una forma u otra la visión androcéntrica de la sociedad.

En el fondo, el nuevo paradigma de la democracia de género significa un acercamiento entre los fines y los medios. Si el fin consiste en conseguir la corresponsabilidad de mujeres y hombres en los espacios públicos y privados, (siempre nutriéndose de la diversidad que ello supone); el medio consiste en crear las condiciones para que el propio avance hacia la equidad de género sea también cada vez más una corresponsabilidad de mujeres y hombres.

En términos políticos, ello significa que los avances de las mujeres y su conciencia en términos de género tienen que darse, a partir de ahora, al mismo tiempo que se persigue la inclusión progresiva de los hombres en el avance hacia un nuevo trato más equitativo entre los géneros y en un mejor grado de conciencia sobre su propia identidad de género (masculina) y los cambios que esta identidad necesita.

Ello no significa la necesidad de esperar a que se dé un paralelismo perfecto y un nivel semejante de conciencia en mujeres y en hombres. Significa que las acciones y las políticas para la equidad de género dejen de dirigirse sólo a las mujeres para enfocarse también en los hombres y, sobre todo, a las relaciones entre los géneros.

Desde luego, uno de los aspectos que otorgan novedad a esta propuesta consiste en su búsqueda sistemática de incluir a los hombres en la tarea común y el compromiso hacia la equidad de género. Y también, en ese sentido, propone una nueva perspectiva del trabajo con los hombres y entre los hombres.

No se trata de negar a los grupos de hombres, la necesidad o conveniencia de tener sus propios espacios, pero al mismo tiempo no busca conducirlos a una actuación por separado y segmentada de la lucha común por la equidad de género, como sucede hasta ahora con buena parte de estos grupos. Se trata más bien, de que los hombres, desde los grupos de hombres o desde espacios mixtos, se integren en la corresponsabilidad del trabajo a favor de la equidad de género, en una plataforma común de mujeres y hombres.[17]

17 Material educativo de Prevención de VIH/SIDA para Oficiales de las Fuerzas Armadas de Honduras, 2006

Con lo anteriormente expuesto se concluye que la democracia de género está en modificar las relaciones entre hombres y mujeres en la vida cotidiana; en los ámbitos públicos y privados, desde la pareja y la familia, hasta las actividades públicas, con la finalidad de conformar relaciones igualitarias entre ambos géneros.

Ejercicio 2:

Construyendo la democracia con género

Paso 1

Siempre, en grupos de trabajo, después de la lectura del material de lectura 2 elaboran respuestas a las siguientes interrogantes:

- ¿Cómo ejercitan las mujeres su derecho a la libertad?
- ¿Cómo lo ejercitan los hombres?
- ¿Cómo ejercitan los hombres su derecho al trabajo?
- ¿Cómo lo ejercitan las mujeres?
- ¿Cuáles son los límites sociales impuestos a los hombres que les impide reconocer la necesidad de construir la equidad de género?
- ¿Cuáles son los límites sociales que les impiden a las mujeres ejercer la equidad de género?
- ¿Son los mismos límites? ¿por qué?

Paso 2

Ahora, los grupos toman postura sobre lo siguiente:

- ¿Qué cambios de actitud se requieren para construir una democracia con equidad de género, tanto en el plano personal como colectivo?
- ¿Qué acciones sugiere el grupo para lograr estos cambios?

TEMÁTICA 4: Género y Fuerza Armada

TIEMPO APROXIMADO:

1 hora

PROPÓSITO:

Identificar las prácticas que pueden apoyar las relaciones equitativas de género y de seguridad humana en la FA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Que los y las participantes:

- Reconozcan la importancia de sostener relaciones equitativas de género
- Reconozcan como las prácticas equitativas de género benefician la seguridad humana.

CONTENIDOS:

MATERIALES DE APOYO:

Para el o la participante:

1. **Material de lectura 1:** "Conceptos de seguridad y seguridad humana"
2. **Material de lectura 2:** Objetivos de Desarrollo del Milenio

Para el facilitador o facilitadora:

1. **Material de lectura 1:** "Conceptos de seguridad y seguridad humana"
2. **Material de lectura 2:** Objetivos de Desarrollo del Milenio

DESARROLLO:

1- Se inicia con una breve retroalimentación de la jornada anterior y se les pregunta ¿Cuáles interrogantes han surgido dentro de ustedes al conocer la importancia que tiene la equidad de género en el establecimiento de la democracia?

2- A través de una lluvia de ideas y juntos/as elaboran los conceptos de seguridad y seguridad humana.

3- Luego, el/a facilitador apoyado en el **material de lectura 1** les aclara y actualiza los conceptos de seguridad y seguridad humana y su relación con género.

4- A continuación forman 4 grupos. A cada grupo se le asignas dos objetivos de Desarrollo del Milenio (**material de lectura 2** en el cuaderno**)** y escriben dos casos en los que relacionen los objetivos que les entregaron con los conceptos de seguridad, seguridad humana y género.

5- Una vez elaborados los casos cada grupo diseñará estrategias alcanzables y medibles que colaboren para alcanzar los objetivos de desarrollo del milenio dentro de la Fuerza Armada de El Salvador.

6- En plenaria presentan y discuten los casos así como las estrategias que cada grupo ha escrito entablando una discusión sobre cómo pueden implementar dichas estrategias dentro de la Fuerza Armada.

Material de lectura 1:

Conceptos de seguridad y seguridad humana

Las Fuerzas Armadas de cada país deben velar, como siempre se afirma, por la seguridad de los habitantes de su país. Pero ¿Cuál es el concepto de seguridad que debe plantearse en el momento actual? ¿Cómo deben las Fuerzas Armadas proteger a las personas?

Los viejos esquemas de la seguridad, centrados en aspectos militares y emanados de la Guerra Fría, deben cambiarse, suplantándose por la idea de avanzar hacia un mundo fundado sobre la base de un humanismo global.

Ésta es la base esencial del concepto de seguridad humana, cuyo objetivo primordial es situar a la persona y su protección como el eje articulador de la paz internacional. El concepto se fundamenta además en la creciente universalización de los valores y principios establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en la actual tendencia hacia el reconocimiento pleno del individuo como sujeto del Derecho Internacional.

En los años 80 surge el concepto de “seguridad humana”, pero su divulgación masiva ocurre en 1994, cuando el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) centra en esta idea su Informe sobre Desarrollo Humano. El PNUD identificaba ocho dimensiones de la seguridad: económica, financiera, alimentaria, sanitaria, ambiental, personal, de género, comunitaria y política. En el caso latinoamericano los aspectos claves que inciden en la seguridad de las personas se vinculan a la falta de democracia en lo político, a la inequidad en lo económico, la discriminación en lo social y a redes criminales que acrecientan la violencia humana.

Según la definición de la Comisión de Seguridad Humana, “La seguridad humana significa proteger las libertades vitales y a las personas expuestas a amenazas y a ciertas situaciones, robusteciendo su fortaleza y aspiraciones. También significa crear sistemas políticos, sociales, ambientales, económicos, militares y culturales que faciliten a las personas los elementos básicos de supervivencia, dignidad y medios de vida”.

Se puede establecer, por tanto, una clara diferenciación entre las políticas de seguridad nacional, centradas en la integridad territorial de un Estado y la libertad para determinar su forma de gobierno, y el concepto de seguridad humana, que pone el acento en la gente y las comunidades, y en particular sobre los civiles que se encuentran en situaciones de extrema vulnerabilidad, sea en contextos de guerra o de marginación social y económica.

Seguridad humana y género[18]

El objetivo de la seguridad humana implica no sólo la protección de las personas, sino su empoderamiento para que puedan valerse por sí mismas. Este objetivo coincide también con el Programa de Acción para una Cultura de Paz y con la Declaración del Milenio, aprobados por la Asamblea General de la ONU en 1999 y 2000, respectivamente.

La Declaración del Milenio, que fue aprobada por 189 países, y que consigna los principales objetivos y compromisos específicos que asumen los países para el 2011, define ocho objetivos básicos del Milenio ya descritos:

El empoderamiento de la mujer y la igualdad de género son centrales para la seguridad humana. A menos que los enfoques de seguridad humana se utilicen para mejorar la situación de las mujeres en sus familias y comunidades, se convertirán en otra idea noble que no se trasladará a los hechos.

Un enfoque de seguridad humana centrado en las personas es, de hecho, un enfoque neutro en cuanto al género. Este enfoque suele estar sesgado contra las mujeres ya que supone que las experiencias de los hombres son la norma. Por tanto, dada la ausencia de una discusión expresa en torno a las desigualdades de género, la suposición de que el enfoque centrado en las personas incluye automáticamente a la perspectiva de género suena vacía.

La Plataforma de Acción de Beijing aboga por la incorporación de la perspectiva de género a todas las estructuras, instituciones, políticas y programas.

18 Material educativo de Prevención de VIH/sida para Oficiales de las Fuerzas Armadas de Honduras, 2006.

Es esencial comprender el concepto de seguridad humana desde una perspectiva de género, para mejorar la seguridad humana de las mujeres de manera integral y holística. Eso significa que las metas y objetivos de igualdad entre los géneros deben incorporarse al enfoque de la seguridad humana. Estos temas se relacionan con la cuestión central de las diferencias entre la seguridad de la mujer y la del hombre.

En forma específica, incorporar la perspectiva de género a la seguridad humana, implica trabajar por la eliminación de la violencia de género, las desigualdades en el poder, la toma de decisiones y los derechos humanos de la mujer.

Material de lectura 2

Los objetivos de desarrollo del milenio[19]

En septiembre del año 2000, los líderes de 189 países se reunieron en la sede de Naciones Unidas en Nueva York y aprobaron la ¨Declaración del Milenio¨, un acuerdo para trabajar de manera conjunta en construir un mundo más seguro, más próspero y más equitativo. La declaración se tradujo en un plan de acción que creó 8 objetivos mesurables y con límite de tiempo que debían alcanzarse para el año 2015, conocidos como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM):

1. ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

Reducir a la mitad el porcentaje de personas cuyos ingresos son menores a un dólar diario.

Alcanzar el pleno empleo productivo y trabajo decente para todos, incluyendo a las mujeres y las y los jóvenes.

Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padecen de hambre.

2. LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL.

Asegurar que todos los niños y niñas completen un ciclo completo de enseñanza primaria.

19 *http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDGOverviewSPANISH.pdf*

3. PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS Y EL EMPODERAMIENTO DE LA MUJER.

Eliminar la disparidad de género en la educación primaria y secundaria, preferentemente para el 2005, y en todos los niveles educativos a más tardar para el año 2015.

4. REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL.

Reducir en dos terceras partes la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años.

5. MEJORAR LA SALUD MATERNA.

Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes.

Lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

6. COMBATIR EL VIH Y SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES.

Detener y revertir el avance del VIH y sida.

Lograr para el 2010 el acceso universal al tratamiento para todos aquellos que lo necesiten.

Detener y revertir la incidencia de paludismo y otras enfermedades.

7. GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE.

Integrar principios de desarrollo sostenible en las políticas y programas de cada país, revertir la pérdida de recursos ambientales.

Reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando en el 2010 una reducción significativa en la tasa de pérdida.

Reducir en un 50% el número de personas que carecen de acceso a agua potable y saneamiento.

Mejorar la calidad de vida de al menos 100 millones de habitantes de barrios y de tugurios para el 2020.

8. FOMENTAR UNA ASOCIACIÓN MUNDIAL PARA EL DESARROLLO.

Desarrollar un sistema comercial y financiero multilateral abierto, equitativo, basado en normas, previsible y no discriminatorio

Atender las necesidades especiales de los países menos desarrollados, países sin salida al mar, y pequeños estados insulares en desarrollo.

Enfrentar de manera general la deuda de países en desarrollo.
En cooperación con la industria farmacéutica, asegurar el acceso a medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo.

En cooperación con el sector privado, hacer accesibles los beneficios de las nuevas tecnologías, especialmente de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

Al finalizar esta Unidad, los participantes prepararán un ensayo sobre creencias, actitudes y prácticas a mediados del siglo pasado de cómo debían ser los hombres y las mujeres y cómo esos aspectos han cambiado en la actualidad, en el caso de El Salvador.

UNIDAD 2

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TEMÁTICA I:

¿Qué es la Salud Sexual y Reproductiva?

TIEMPO APROXIMADO:
3 horas

PROPÓSITO:
Reconocer la importancia de conocer y ejercer la SSR con enfoque de género.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Que los y las participantes:

- Reconozcan que es la SSR y sus componentes
- Identifiquen la importancia que tiene que como hombres y mujeres cuiden de su SSR.

CONTENIDOS:

- Concepto de salud sexual y reproductiva
- Componentes de la SSR

MATERIALES DE APOYO:

Para el o la participante:

1. **Material de lectura:** Componentes de la SSR

Para el facilitador o facilitadora:

1. **Material de apoyo 1:** Diapositivas sobre la situación de la SSR en El Salvador
2. **Material de apoyo 2:** Diapositivas sobre SSR
3. **Material de lectura 1:** Componentes de la SSR

DESARROLLO:

1. Al inicio de la jornada el/a facilitador/a hace una breve retroalimentación de la jornada anterior y les pregunta: ¿Qué aprendieron en la jornada anterior?
   ¿Cuál es el compromiso individual que cada uno/a tiene para promover relaciones equitativas en su vida personal y profesional, así como dentro de la FA?

2. Luego, en grupos, enlistan los problemas que a su criterio se presentan en la SSR de El Salvador

3. En plenaria, con ayuda del/a facilitador/a**,** analizan información estadística sobre la SSR en El Salvador**. (material de apoyo 1).**

4. El/a facilitador/a pide al grupo que formen un círculo y que en la pared coloquen un papelógrafo para que entre todos/as construyan el concepto de Salud Sexual y Reproductiva. Cuando han construido el concepto el/a facilitador/a presenta el **material de apoyo 2.**

5. Se forman 13 parejas y revisan en el **material de lectura 1** en el cuaderno**,** que describe los elementos que conforman la Salud Sexual y Reproductiva; luego que han revisado el documento, se asigna a cada pareja un componente. Con el componente asignado, 5 parejas diseñan una campaña radial, otras 4 parejas una campaña televisiva y 5 grupos una campaña escrita para promover ese componente dentro de la FA de El Salvador.

6. Cuando los grupos han diseñado las campañas las presentan y el resto de participantes servirá de jurado calificador para seleccionar la mejor campaña quedando una ganadora en cada categoría, los elementos a evaluar son los siguientes:

   a) contenido
   b) impacto en la audiencia
   c) empoderamiento del tema
   d) factibilidad de realizar la campaña

7. Luego, con base a todo el material revisado, hacen un listado de cosas que hayan realizado que les ha ayudado a cuidar su SSR. Cuando los grupos han terminado promueve un debate sobre las ventajas que tiene cuidar la SSR.

8. Al finalizar el ejercicio, en plenaria discuten las siguientes preguntas:
   ¿Qué fue lo que le gustó de este ejercicio?
   ¿Qué aprendí de nuevo acerca de la SSR?
   ¿Cómo voy a aplicar lo aprendido en mi vida personal?
   ¿Cómo voy a aplicar lo aprendido en mi vida laboral?

Material de lectura 1:

Componentes de la SSR.

1. SSR.

Es el proceso de bienestar físico, mental, emocional y social y no solo la mera ausencia de enfermedades en lo relacionado al aparato sexual y reproductivo de hombres y mujeres y sus funciones y procesos; y consiste en la posibilidad de llevar una vida sexual y reproductiva satisfactoria. Considera la importancia de la igualdad y la equidad entre hombres y mujeres y el apoyo del padre, la madre, los familiares y amigos/as, la escuela y la sociedad en general para que se cumpla ese proceso de bienestar.

En cada momento del ciclo de la vida podemos cuidar de nuestra salud sexual y reproductiva, a través de sus componentes:

2 Derechos Humanos.

Se definen como inherentes a la persona, irrevocables e intransferibles y de éstos los "Derechos sexuales y reproductivos" son los más humanos de todos los derechos, porque se refieren directamente a nuestro propio cuerpo, sin distinción de género, edad, nacionalidad, cultura, raza, orientación sexual, filiación política o religiosa. Tenemos que vivirlos con responsabilidad sin permitir que nada ni nadie nos viole nuestros derechos. NOS BENEFICIAN PORQUE NOS AYUDAN A CUIDARNOS Y RESPETAR LOS LÍMITES NUESTROS Y DE LOS DEMÁS.

3. Sexualidad.

Nacemos con ella, nos acompaña toda la vida y es la forma en que hombres y mujeres nos expresamos, de acuerdo con la edad, nuestros pensamientos, sentimientos, fantasías, afectos, creencias, actitudes, deseos sexuales y prácticas sexuales y nos reproducimos. Si la vivimos en forma responsable e informados/as, es satisfactoria y saludable. NOS BENEFICIA PORQUE NOS PERMITE ENCONTRAR PAREJA Y DISFRUTAR RESPONSABLEMENTE.

4. Equidad de género. Significa que vamos a buscar que tanto hombres como mujeres puedan cuidar su salud sexual y reproductiva, que vamos a tener igualdad de oportunidades en el ejercicio de los derechos; que vamos a atender las necesidades de cada persona, sin importar su edad, ni si es hombre o mujer y que por ninguna razón vamos a considerar a un sexo superior al otro. NOS BENEFICIA PORQUE NO IMPORTA SI SOMOS HOMBRES O MUJERES. TODOS Y TODAS TENEMOS IGUALDAD DE OPORTUNIDADES.	
5 Prevención y Atención de la Violencia Sexual y de Género. Los derechos humanos nos protegen para que no nos ocasionen daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, inclusive la amenaza de tales actos, la presión o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada o aún dentro de las parejas estables. Nadie tiene derecho de hacerlo. Esta situación la sufren con mucha mayor frecuencia las mujeres. Ahora eso es intolerable, porque nadie es propiedad de nadie. Cuidemos nuestros derechos, no permitamos la violencia sexual o de género. NOS BENEFICIA PORQUE PODEMOS VIVIR LIBRES DE VIOLENCIA	
6. Educación Sexual y reproductiva en la Adolescencia. La adolescencia es la etapa de la vida, en la cual los seres humanos experimentamos un rápido crecimiento y desarrollo en el cuerpo, maduración en las emociones y en la forma de pensar, sentir y actuar. Esto comprende entre los 10 y 19 años por lo que es necesario que en esta etapa cuenten con la información real, científica sin mitos y prejuicios de la sexualidad. Sabemos que las decisiones que se toman en esta etapa son cruciales para la vida futura. Además es un derecho humano contar con la información, consejería y con servicios diferenciados de SSR para adolescentes. NOS BENEFICIA PORQUE PODREMOS TOMAR DECISIONES INFORMADAS	

7. Prevención y atención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Existen muchas Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), las cuales se transmiten principalmente a través del contacto sexual directo sin protección, con una persona infectada. Por lo que debemos informarnos de las formas de prevención: abstinencia y retraso del inicio de las relaciones sexo-coitales, fidelidad mutua, uso correcto y consistente del condón. Los(as) jóvenes pueden pensar que no corren riesgos, porque creen erróneamente que las ITS sólo ocurren entre las personas que tienen "varias" parejas sexuales, pero eso no es tan cierto. Vayamos inmediatamente al médico, sin miedo, si presentamos síntomas de alguna ITS y exijamos la confidencialidad. Nuestra SSR se lo merece. NOS BENEFICIA PORQUE NOS VAMOS A PROTEGER DE LAS ITS

8. Prevención y atención del VIH y el sida.

La mayoría de personas que se infectan del Virus de Inmuno Deficiencia Humana, se consideran sin riesgo por lo que no utilizan ninguna forma de prevención al VIH, como la abstinencia, retraso del inicio de las relaciones sexo-coitales, fidelidad mutua, uso correcto y consistente del condón y el no utilizar agujas y jeringas con sangre infectada. Cuidémonos, utilizando las formas de prevención. Pero no discriminemos a las personas con VIH o sida. Tienen los mismos derechos que nosotros y merecen nuestra solidaridad. NOS BENEFICIA PORQUE NOS VAMOS A PROTEGER DEL VIH Y VAMOS A CUIDAR A LAS PERSONAS CON VIH.

9. Maternidad Segura.

Toda mujer tiene derecho a decidir si se embaraza y da a luz. Para que pueda ejercer ese derecho necesita recibir asistencia médica durante el embarazo, el parto y después del parto, para no correr riesgos de sufrir enfermedades o lesiones severas, así como también la atención y cuidados del (la) recién nacido(a). En esta tarea requiere que su pareja, sus amigos/as y sus familiares se involucren y le den toda la ayuda necesaria. Los y las jóvenes necesitan aprender sobre este tema para prepararse para el futuro. NOS BENEFICIA PORQUE VAMOS A TENER MADRES E HIJOS/AS SANOS Y SANAS.

10. Planificación Familiar. Este componente nos permite asumir la responsabilidad de ser padre o madre. Cada persona y cada pareja puede elegir el mejor momento para embarazarse, según estado de salud y el número de hijos(as) que deseen tener o no tener. Pueden utilizar los métodos anticonceptivos para cuidar la salud, evitar embarazos de riesgo alto y evitar embarazos no planeados. Si la mujer con riesgo reproductivo (diabetes, presión alta, muy poca edad o muy mayor, entre otros) se embaraza, tiene peligro de enfermar o de morir ella o su futuro hijo. Para evitar ese riesgo, ella y su pareja, deben usar un método anticonceptivo. NOS BENEFICIA PORQUE PODREMOS PLANIFICAR LOS EMBARAZOS Y ATENDER MEJOR A LOS HIJOS E HIJAS.	
11. Atención de la Infertilidad. Algunos hombres y mujeres tiene dificultad o imposibilidad para procrear un hijo(a). Las causas pueden ser diversas, como las ITS no curadas a tiempo, la edad muy temprana o muy mayor, la cantidad y calidad de esperma, la ovulación, entre otras. Tenemos derecho a que nos ayuden si nos ocurre esa situación, con los adelantos médicos que ya dispone el país. NOS BENEFICIA PORQUE PODEMOS REALIZAR EL SUEÑO DE SER PADRES Y MADRES	
12. Prevención y atención de Cáncer Cérvico Uterino, Mama y Próstata. El cáncer es el crecimiento anormal de células en el útero o matriz y las mamas en la mujer y en la próstata en el hombre. Si seguimos las recomendaciones y los cuidados, tratamientos y exámenes que deben realizarse para mantener la salud sexual y reproductiva de un hombre o una mujer, prevenimos el cáncer. Por esa razón es importante ir a los chequeos médicos para cuidar nuestra SSR. NOS BENEFICIA PORQUE PODEMOS SALVAR NUESTRAS VIDAS.	

13. Prevención y Atención del Climaterio. **Es la fase** transitoria que afecta a personas de más de 45 años, no sólo es una cuestión femenina sino que los hombres también lo viven, aunque como un estado quizá desconocido. En esta etapa existen diferentes cambios. La mujer experimenta la menopausia que biológicamente es el término de la menstruación. Hombres y mujeres que han conservado un estilo de vida saludable y solicitan ayuda médica, pasan esta etapa de mejor forma y continúan con una vida sexual saludable. Vivamos un estilo de vida saludable. **NOS BENEFICIA PORQUE PODEMOS TENER MEJOR CALIDAD DE VIDA Y SEGUIR EXPRESANDO NUESTRA SEXUALIDAD.**	
14. Información, Educación y Comunicación en SSR. Todas las personas, incluyendo las y los adolescentes y jóvenes tienen derecho al acceso de servicios educativos y de salud para que informados/as, puedan tomar decisiones sobre sus prácticas sexuales; y para que quienes son ya sexualmente activos se puedan proteger de un embarazo y de las infecciones de transmisión sexual (ITS). La educación, se ha comprobado, es eficaz para cambiar los conocimientos, actitudes y prácticas y así disminuir los riesgos. NOS BENEFICIA PORQUE CONTAREMOS CON LA INFORMACIÓN OPORTUNA PARA TOMAR DECISIONES ADECUADAS.	

TEMÁTICA 2:

Derechos Sexuales y Reproductivos

TIEMPO APROXIMADO:
1 hora

PROPÓSITO:
Reconocer la importancia de conocer y ejercer los Derechos Sexuales y Reproductivos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Que los y las participantes:
- Reconozcan la existencia de Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Identifiquen la aplicación de los Derechos Sexuales y Reproductivos en la vida cotidiana.

CONTENIDOS:

- Derechos sexuales.
- Derechos Reproductivos.

MATERIALES DE APOYO:

Para el o la participante:
1. **Ejercicio 1:** Casos para resolver
2. **Material de lectura 1**. Los Derechos Sexuales y Reproductivos

Para el facilitador o facilitadora:
1. **Ejercicio 1:** Casos para resolver
2. **Material de apoyo 1:** Diapositivas sobre. Derechos Sexuales y Reproductivos **Material de lectura 1**. Los Derechos Sexuales y Reproductivos

DESARROLLO:

1- El/a facilitador/a inicia la jornada con una breve retroalimentación de la jornada anterior, les pide que mencionen los componentes de la SSR y den un ejemplo de cómo cuidarse.

2- A continuación orienta una discusión sobre ¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos? Cuando el grupo ha terminado de exponer sus ideas el/a facilitador presenta el **material de apoyo 1**

3- Posteriormente, forman grupos de trabajo y se distribuyen los casos que aparecen en el cuaderno de ejercicios y lecturas (**ejercicio 1)** y resuelven cada caso de acuerdo con los conocimientos que ellos tienen.

4- Cuando han resuelto los casos leen en el cuaderno de lectura y ejercicios el **material de lectura 1** y de nuevo analizan los casos del **ejercicio 1 (paso 2)**, relacionándolos con los derechos sexuales y reproductivos, brindando soluciones acertadas a cada caso según lo dictan los derechos sexuales y reproductivos.

5- En plenaria eligen entre todos las soluciones propuestas, aquellas que pueden funcionar en lo personal, en el hogar y la FA y que pasos son necesarios para que eso ocurra.

Ejercicio 1: Casos

Paso 1

Lea detenidamente cada caso y diga qué derecho piensa usted que está siendo violado y qué alternativa propone para que esto no suceda.

1. Anita es una trabajadora sexual, que ha formado pareja estable con Antonio; a Antonio le gusta tomar y golpear a Anita para tener relaciones sexuales.

2. Nahomy es originaria de un lugar del África y a los 12 años le practicaron la cliridectomía para que no sienta placer sexual, pues eso no le corresponde a las mujeres.

3. Roberto está acompañado con Luz, a él le gustan las relaciones sadomasoquistas y Luz está aprendiendo a disfrutarlas, pero la hermana de ella se da cuenta de sus hábitos sexuales y lo denuncia a su familia quienes intervienen para que abandonen esa práctica.

4. Bernardo es un joven cadete de 23 años, hace 3 años mantiene relaciones estables con Adán, su padre se entera de la orientación sexual de su hijo amenazándolo con desconocerlo como parte de su familia si continua con esas malas costumbres, por lo que le obliga a casarse con Josefina.

5. Cristina es una joven de 24 años, se casó hace 6 meses con Ricardo, ella le dice a Ricardo que cuando hacen el amor le gusta que la acaricie y explore su cuerpo para obtener más satisfacción sexual, Ricardo se incomoda porque piensa que su esposa no tiene porque decirle esas cosas.

6. Rita está becada en Francia estudiando artes plásticas, gusta de ir a escuchar conciertos y visitar museos, su padre le insiste que estudie otra cosa que sea productivo pues eso solo son bobadas.

7. Rubén tiene 5 años de casado con Norma, su matrimonio no está funcionando y Rubén decide pedirle el divorcio a Norma, quien se niega a dárselo porque en su familia nadie se divorcia y ella sería muy mal vista.

8. Juanita tiene 23 años y es madre soltera de dos niños, en el hospital la esterilizan sin su consentimiento.

9. En el cantón Los Almendros la unidad de salud está realizando el examen para detectar cáncer en el cuello del útero de la mujer. Acuden muchas mujeres al establecimiento de salud, pero solo le practican el examen a las mujeres que su esposo la ha autorizado.

10. Carlitos y María están en sexto grado y la maestra les habla sobre los cambios que los cuerpos de hombres y mujeres tienen a lo largo de sus vidas, cuando llegan a casa se lo cuentan a sus padres quienes se enojan y van a la escuela a exigir que no les hablen de esas cosas a sus hijos/as porque es ponerle malas ideas en la cabeza.

11. Felipe y Lucrecia tienen 16 años y desean acompañarse e iniciar su vida sexual pero todavía no quieren tener familia, por lo que van a la unidad de salud a pedir información sobre el tema. Allí les niegan la información y les dicen que están muy jóvenes para estar pensando en eso. De todas formas se acompañan y ella se embaraza, va a buscar trabajo y le dicen que no pueden dárselo porque no contratan embarazadas. Lucrecia tiene a su hijo y ambos se encuentran en un estado de desnutrición severa, Felipe la acusa y maltrata verbalmente porque se embarazó muy rápido.

Paso 2

Escriba los cambios que considera necesarios para que en cada caso se cumplan los derechos sexuales y reproductivos y proponga soluciones acertadas.

Material de lectura I

Los Derechos Sexuales son Derechos Humanos, fundamentales y universales.

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales:

1. **El derecho a la libertad sexual.** La libertad sexual abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexuales en cualquier tiempo y situación de la vida.

2. **El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.** Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

3. **El derecho a la privacidad sexual.** Este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.

4. **El derecho a la equidad sexual.** Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

5. **El derecho al placer sexual.** El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

6. **El derecho a la expresión sexual emocional.** La expresión sexual va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

7. **El derecho a la libre asociación sexual.** Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales responsables.

8. **El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.** Esto abarca el derecho a decidir tener o no hijos, el número y el espacio entre cada uno, y el derecho al acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.

9. **El derecho a la información basada en el conocimiento científico.** Este derecho implica que la información sexual debe ser generada a través de la investigación científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.

10. **El derecho a la educación sexual integral.** Este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.

11. **El derecho a la atención de la salud sexual.** La atención de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

Todas las personas, hombres y mujeres, adultos, jóvenes y niños tienen derecho a:

1. Una actuación protagónica en la toma de decisiones sobre aspectos que afectan su salud, su vida, su cuerpo, y su sexualidad a nivel individual, comunitario e institucional.

2. Una maternidad y paternidad feliz, es decir, acompañada, deseada, libre, decidida y sin riesgos.

3. Una atención humanizada, un trato digno y respetuoso a su cuerpo, sus temores y sus necesidades de intimidad y privacidad.

4. Ser tratados y atendidos por los servicios de salud como seres integrales y no exclusivamente como reproductores biológicos, respondiendo a sus necesidades específicas, de acuerdo con su edad, actividad, clase social, raza y lugar de procedencia.

5. Información y orientación para el ejercicio de una sexualidad libre, gratificante, responsable y no condicionada a la gestación.

6. Ambientes de trabajo y condiciones de vida que no afecten su fertilidad ni su salud.

7. No ser rechazados en el trabajo o en instituciones educativas por su orientación sexual, por estar en gestación tener hijos o no estar casada(o).

8. Que la pubertad, la menstruación, la gestación, el parto, la menopausia, el climaterio femenino y masculino y la vejez, sean tratadas como eventos naturales de su cuerpo y no como enfermedades.

9. Servicios Sociales y de la salud que atiendan de manera integral la problemática de la mujer maltratada y víctima de todas las formas de violencia.

10. Una actuación protagónica en los espacios de participación comunitaria en salud y en los diferentes espacios de toma de decisiones del Sistema de Salud.

11. Información, orientación suficiente y oportuna y acceso a métodos de regulación de la fecundidad seguros y modernos.

12. Educación que favorezca el auto cuidado y conocimiento de su cuerpo, beneficio de su autoestima y reafirmación como persona.

13. Que sus conocimientos y prácticas culturales, relativas a la salud, sean tenidas en cuenta, valoradas y respetadas[20]

Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos y su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción.

20 *[www.saludmeta.gov.co]*

Por ejemplo, toda persona tiene el derecho de decidir cuántos hijos o hijas va a tener; cuándo los tendrá y con qué intervalo de tiempo; controlar su comportamiento sexual según su propia forma de ser, sentir y pensar sin tener miedo o vergüenza; y estar libre de enfermedades y deficiencias que interfieran con sus funciones sexuales y reproductivas.

¿Cómo se interpretan algunos de los derechos humanos en el campo de la sexualidad y la reproducción?

El primero de todos es el derecho a la vida. Este derecho lo tienen por igual hombres y mujeres, pero en materia de derechos sexuales y reproductivos tiene que ver particularmente con el derecho de las mujeres a no morir por causas evitables relacionadas con el embarazo o parto.

Esto implica que la mujer tiene derecho a no poner en riesgo o peligro su vida por razones de embarazo. La mujer pone en peligro su vida por un embarazo por varios factores: por un aborto realizado en malas condiciones (personal no capacitado o lugar inadecuado); por embarazarse antes de los 16 años o después de los 35 años; o cuando los embarazos son muy numerosos (más de 5 o hasta 3 cesáreas) o demasiado seguidos (1 por año). El espaciamiento recomendado es de 2 a 3 años.

El segundo derecho humano en el ámbito de la sexualidad y la reproducción es el derecho a la libertad y seguridad. Tanto los hombres como las mujeres tienen derecho a decidir si tienen relaciones sexuales o no, con quién y con qué frecuencia.

Esto implica que nadie puede ser forzado(a) por otra persona (ni siquiera por su cónyuge) a tener relaciones sexuales. También incluye que toda persona tiene derecho a expresar su preferencia sexual y a elegir el compañero(a) sexual y que ninguna mujer puede ser forzada a tener un embarazo o un aborto, ni a ser sometida a una intervención sin su consentimiento libre e informado.

Otro derecho humano ligado a la sexualidad y a la reproducción es el derecho de toda persona a la igualdad y a no ser discriminada. Todos los seres humanos, hombres y mujeres, merecen un trato respetuoso.

Esto implica que las mujeres y los hombres y las mujeres deben tener las mismas posibilidades de educarse y trabajar. Que a ninguna mujer se le puede exigir prueba de embarazo para acceder a un empleo o concursar para una beca, por ejemplo. Tampoco puede ser despedida de su trabajo o establecimiento educativo por estar embarazada. Ninguna persona requiere autorización del cónyuge o compañero(a) para utilizar algún método anticonceptivo (incluyendo la ligadura de trompas o vasectomía).

El cuarto derecho humano asociado a la sexualidad y a la reproducción es el derecho a la privacidad. Es decir, toda persona tiene derecho a que se respete su intimidad e implica que los prestadores de servicios (en los consultorios, hospitales o centros asistenciales) están obligados a guardar el secreto profesional.

Es decir, la información que el personal de salud obtiene, relacionada con la vida sexual y reproductiva de una persona, debe mantenerse en reserva y es parte de la vida privada de la o del paciente. Por cierto, las y los jóvenes, al igual que todas las personas, tienen derecho a que se respete su intimidad.

Otro derecho humano relacionado con la sexualidad y la reproducción es el derecho a la libertad de pensamiento. En lo que respecta a la vida sexual y reproductiva, toda persona tiene derecho a pensar y obrar libremente. Ello significa que ni la religión, ni el partido político, ni la cultura deben limitar a la persona en su forma de pensar o actuar frente a su vida sexual y reproductiva.

El sexto derecho humano es el derecho a la información y a la educación. En consecuencia, toda persona, hombre o mujer, desde temprana edad tiene derecho a ser educada y debe tener igual acceso a información oportuna y adecuada sobre los servicios y métodos de regulación de la fecundidad, enfermedades de transmisión sexual y todo lo que se relacione con su vida sexual y reproductiva.

Esto implica que todas las personas deben ser educadas y preparadas para asumir con responsabilidad las consecuencias de su conducta sexual y reproductiva:

- Las niñas y los niños, así como las y los adolescentes, tienen derecho a que se les brinde información y se les vincule a programas de prevención de embarazos no deseados o no planificados, maltrato, abusos y todo lo relacionado con el ejercicio de su sexualidad.

- Las adolescentes embarazadas tienen derecho al apoyo especialmente de su familia, la comunidad y el Estado. Tanto la madre como el padre tienen un papel fundamental en el proceso educativo y deben brindar a sus hijos e hijas información oportuna y adecuada sobre los temas relacionados con la sexualidad y la reproducción.

Otro derecho humano muy importante ligado a la sexualidad y la reproducción es el derecho a optar por contraer matrimonio o no, y a formar o no formar una familia. Es decir, toda persona, hombre o mujer, tiene derecho a elegir si se casa o no se casa, cuándo y con quién.

Esto implica que ninguna persona puede ser obligada a contraer matrimonio. Además, ninguna persona está obligada a permanecer casada ni unida a alguien con quien ya no es feliz.

El octavo derecho humano respecto del mismo tema, es el derecho a decidir si se tienen hijos o no y cuándo tenerlos. Así, toda persona, mujer u hombre, debe tener a su alcance la más amplia información y servicios relacionados con los métodos anticonceptivos modernos, seguros y aceptables para regular la fecundidad, incluida la anticoncepción de emergencia.

Esto implica que toda persona, ya sea hombre o mujer, tiene derecho a elegir libremente el número de hijos que quiere tener y el espaciamiento de los mismos. No se requiere la autorización del cónyuge o el compañero sexual para planificar el número de hijos o hijas ni para elegir el método anticonceptivo, cualquiera que éste sea.

Otro derecho humano asociado a la sexualidad y a la reproducción es el derecho a la atención y protección de la salud. Esto quiere decir que toda persona tiene derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria, libre de riesgos y a desarrollar su vida y relaciones de pareja en buenas condiciones.

Esto implica que toda persona tiene derecho a la calidad más alta posible en la atención de la salud sexual y reproductiva y que, en consecuencia, las personas usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva tienen derecho a exigir que la calidad de tales servicios sea óptima.

El décimo derecho humano es el derecho a los beneficios del progreso científico, lo que significa que toda persona tiene derecho a beneficiarse de los avances de la ciencia y el progreso tecnológico. En otras palabras, toda persona debe disponer de métodos anticonceptivos modernos, seguros y aceptables para regular su fecundidad y a estar informada sobre ellos.

Otro derecho humano relativo al tema que nos interesa es la libertad de reunión y participación política. Todas las personas tienen derecho a asociarse para promover el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y, por ende, el disfrute de una adecuada salud sexual y reproductiva.

Esto significa que todas las personas tienen derecho a organizarse en busca del respeto, libre ejercicio y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. La organización de grupos que compartan los mismos intereses (mujeres, jóvenes, homosexuales, entre otros) es importante para el reconocimiento, la obtención y afirmación de los derechos sexuales y reproductivos.

Finalmente, el duodécimo derecho humano asociado a la sexualidad y a la reproducción es el derecho de toda persona a no ser sometida a torturas y maltratos y, por el contrario, el derecho a vivir una vida libre de violencia.

Esto implica que toda persona tiene derecho a no ser agredida (ni física ni verbalmente) por su compañera o compañero sexual, ni por ninguna otra persona y nadie puede ser forzado(a) a tener relaciones sexuales. En las relaciones de pareja debe primar la igualdad, la libertad y el respeto recíproco entre sus integrantes.[21]

21 Fuente: Profamilia, Colombia.

UNIDAD 3

PREVENCIÓN DE ITS-VIH-sida

TEMÁTICA I:

El Cuidado de la Salud

TIEMPO APROXIMADO:
2 horas

PROPÓSITO:
Identificar estrategias útiles para cuidar la salud durante todo el ciclo vital

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Que los y las participantes:
- Identifiquen diferentes estrategias para cuidar su salud
- Reconozcan la necesidad e importancia que tiene para hombres y mujeres cuidar su salud.
- Identifiquen medidas que pueden tomar para prevenir las ITS y el VIH

CONTENIDOS:

- Cuidados de la salud en las diferentes etapas del ciclo de vida, con énfasis en SSR

MATERIALES DE APOYO:

Para el o la participante:
1. **Material de lectura 1:** “El cuidado integral de la salud”

Para el facilitador o facilitadora:
1. **Material de lectura 1:** “El cuidado integral de la salud”
2. Papelógrafos
3. Plumones

DESARROLLO:

1. El/a facilitadora da inicio a la jornada preguntando ¿Qué han aprendido acerca de los Derechos Sexuales y Reproductivos? y ¿Cómo pueden mejorar el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos dentro de la FA de El Salvador?

2. El/a facilitador/a orienta a través de una lluvia de ideas para que entre todos y todas construyan el concepto de salud.

3. Luego, en forma individual, escriben qué hace cada uno/a para cuidar su salud: En los aspectos físicos, emocionales, sociales, intelectuales y espirituales.

4. Cuando todos/as han escrito sus respuestas los socializan con el pleno y entre todos/as consensúan y escriben en 5 papelógrafos ¿Cuáles son las medidas más factibles y frecuentes para cuidar su salud en los cinco aspectos mencionados?

5. Luego, se reúnan en grupos (un grupo para cada etapa de la vida) y escriben ¿Cómo consideran que pueden cuidar la salud: física, emocional, intelectual social y espiritual en cada etapa o ciclo de vida, nacimiento y niñez. Adolescencia, adulto/a y adulto/a mayor? En los papelógrafos se puede organizar la información de forma siguiente:

	Físico	Emocional	Social	Intelectual	Espiritual
Nacimiento y niñez	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:
Adolescencia	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:
Adultez	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:
Adultez mayor	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:	Hombres: Mujeres:

6. Finalizado el ejercicio, continúan en grupo, leen detenidamente en el cuaderno el **material de lectura 1** en el cuaderno de lectura y ejercicios y enriquecen el trabajo realizado**.**

7. Cuando los grupos han terminado les pide que en plenaria socialicen los resultados.

8. Para finalizar, forman un círculo y e/la facilitador/a, coloca en las 4 esquinas del salón los rótulos "Nacimiento y niñez", "Adolescencia", "Adultez" y "Adultez mayor". Enuncia un cuidado de los mencionado en el documento y todos y todas deben correr a la esquina que consideran adecuada y luego justificar por qué lo consideran ubicado en esa etapa de la vida. (Es compresible que muchos de los cuidados pueden estar ubicados en más de una etapa de la vida, pero lo importante es que justifiquen)

9. Finalmente, entre todos argumentan la importancia de cuidar la salud física, emocional, intelectual y espiritual a lo largo de la vida.

Material de lectura 1:

"El cuidado integral de la salud"

Muchas veces al pensar en cuidar la salud el ser humano de manera general casi exclusivamente piensa en la parte física, por ejemplo: hacer ejercicio, tener una dieta saludable, se piensa en dejar de fumar si es que se hace y en tener una ingesta moderada de licor o no tenerlo, a groso modo esto es lo que la mayoría de personas considera cuidar la salud, sin embargo es importante agregar al estilo de vida saludable otros aspectos como son: lo emocional, lo intelectual y lo espiritual.

Para comprender mejor lo anteriormente expuesto se presenta la definición de Salud Sexual, que será el punto de partida para visualizar e internalizar la importancia que tiene el cuidar de manera integral los cuatro aspectos antes mencionados.

Salud Sexual

Es la integración de los elementos físicos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la comunicación y el amor, podríamos completar esta definición con los siguientes términos:

- La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, adecuándola a los criterios de nuestros valores humanos y de los/as demás.

- La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores sicológicos que dañen la vida sexual.

- La ausencia de trastornos orgánicos y enfermedades que entorpezcan la vida sexual y reproductiva.

- La responsabilidad de velar porque se cumplan nuestros derechos, así como los de nuestra pareja, familia y comunidad.

A lo largo de su vida desde antes de nacer hasta la muerte el ser humano requiere de cuidados específicos que le proporcionen una mejor calidad de vida, hay etapas en que los cuidados se incrementan como en el nacimiento, adolescencia, edad reproductiva y los/as adultos/as mayores, siendo muy importante tomar en cuenta que los cuidados que requieren hombres y mujeres son diferentes, hablando de sexo biológicamente predeterminado.

Nacimiento:

Cuando un ser humano llega al mundo viene totalmente desprotegido y dependiente de los cuidados que los/as adultos/as que le rodean puedan propiciarle, entre ellos los más básicos son alimentación, higiene, vestido, vivienda, afecto y protección, cuidados que requerirá a lo largo de su vida en mayor o menor grado, recordando que los seres humanos son los mamíferos que en la naturaleza tienen el período de dependencia de cuidados más largo, debido a lo complejo de su estructura física y emocional.

Adolescencia

Acá los/as jóvenes están aprendiendo a procurarse algunos elementos básicos por si mismos, sin embargo es el período en el que se presentan muchos cambios y en el que necesitan la presencia de madre y padre, ya no para cambiarle pañales, pero si para ayudarles a enfrentarse a los cambios que empiezan a presentar desde el aparecimiento de los caracteres sexuales secundarios (aparecimiento de vellos, aumento de mamas, cambio de voz, desarrollo de estatura, entre otras) hasta que llega la menarquía o primera menstruación en ellas y los sueños húmedos en ellos, estos cambios tan naturales por los que pasa todo ser humano independientemente de raza, etnia y nivel socioeconómico, si los/as jóvenes no están debidamente informados puede producirles estados de ansiedad y desconcierto. Lo anteriormente expuesto hace referencia a los cambios físicos, sin embargo emocional, intelectual y socialmente también se presentan cambios.

En todos los ciclos de vida, enfáticamente en la adolescencia es importante enseñar la higiene sexual que hace referencia a las actividades que cada día se realizan para conservar la salud y prevenir enfermedades relacionadas al área sexual, ejemplo de ello es la limpieza o baño diario de sus órganos genitales.

Es muy importante conocer el propio cuerpo, muchos/as personas llegan a su adultez sin conocer, tocar o ver el cuerpo pues desde pequeños/as con la conocida frase “cuidado, eso no se toca” (cuando niños y niñas descubren sus genitales y los acarician porque les resulta placentero) de manera indirecta aprendieron que: mirar, tocar, acariciar, apreciar y amar el propio cuerpo tiene algo de malo o de pecaminoso; afortunadamente no es ni una cosa ni la otra, es más es de suma importancia conocer bien el cuerpo, de esta forma se reconocen cambios que puede tener, como abultamientos, lunares, erupciones entre otras cosas que pueden indicar el aparecimiento de alguna enfermedad; además el tener conocimiento del propio cuerpo ayuda a identificar aquellas zonas que a cada quien le produce más placer cuando se tienen relaciones sexuales.

A continuación se encuentran algunas sugerencias para la higiene sexual de hombres y mujeres:

Hombres[22]:

Si no es circuncidado, es decir no le han practicado la operación para quitarte el prepucio, es necesario hacer la piel para atrás y lavar muy bien con agua y jabón para evitar que se acumule grasa alrededor del glande, produciendo olores desagradables.

También es muy importante revisar los testículos para ver si hay algún cambio en la textura de la piel o si se siente algún endurecimiento extraño que dé la voz de alarma para acudir al médico, los estudios dicen que el 90% de cáncer en los testículos se detecta en hombres jóvenes y es curable si se descubre a tiempo.

Mujeres:

Las mujeres también tienen que tener mucho cuidado para limpiar y examinar sus genitales, es bueno que cada vez que orine o defeque se limpie de la vagina hacia el ano, es decir de adelante para atrás, con esto disminuirá el riesgo de tener infecciones en sus genitales.

22. Adaptado de www.salud.gob.mx

En algunos lugares todavía existe el mito que “las mujeres no tienen que bañarse durante su periodo menstrual” nada más lejos de la realidad, es un tiempo en que la mujer debe poner mucho cuidado en la higiene y cuido personal.

También es necesario que se adopte la práctica de auto examinarse los pechos al menos una vez al mes preferiblemente 8 días después que ha pasado su menstruación, para identificar si hay cambios en ellos como puede ser el aparecimiento de algún bulto extraño o secreción cuando no se está amamantando, cualquier cambio tiene que ser reportado en la brevedad posible al médico/a, puede salvarle la vida.

Es importante informarles sobre las complicaciones que tiene la maternidad y paternidad a temprana edad, las consecuencias son físicas, emocionales, económicas y sociales; generalmente la joven que se embaraza abandona sus estudios ya sea por vergüenza o porque las directivas de padres y madres de familia se oponen a que una chica embarazada asista a clases, catalogándola como mal ejemplo para las demás estudiantes, fenómeno que persiste en nuestro país, aunque la ley le otorgue la factibilidad de continuar estudios; situación que la obliga a buscar la oportunidad de acceder a trabajos para los que no está preparada intelectualmente. En el caso del joven que embaraza sí responsablemente se hace cargo del futuro hijo/a, abandonará la escuela para ingresar al medio laboral para el que tampoco se encuentra preparado.

En ambos casos las oportunidades son escasas, con poca retribución económica, aumentando el nivel de pobreza de su familia, lleno/a de insatisfacciones personales y es probable que desencadene violencia para si mismo o para otros/as generalmente más débiles y desprotegidas/os que él (mujer, niño/a, adultos mayores).

Es frecuente la idea de que desde el momento que una joven se embaraza su forma de pensar va a cambiar, pues está gestando en su cuerpo a un nuevo ser humano y la maternidad la convertirá en una madre adulta responsable con una nueva visión de la vida. La verdad es otra, simplemente es una adolescente embarazada con los mismos sueños y aspiraciones que tenía antes de este evento, únicamente que truncados pero continúan siendo parte de su ser como persona.

Muchos/as no lo saben, pero desde su primer “sueño húmedo” o eyaculación se es capaz de embarazar y desde la menarquía es posible embarazarse, por lo que aquí ya no son suficientes los cuidados básicos de alimentación, vivienda, vestido y afecto sino que tiene que agregarse información adecuada y oportuna para este ciclo de vida.

Puesto que el embarazo prematuro es solo una de las consecuencias que podrían tener, otras son la adquisición de alguna ITS e incluso el VIH. Las estadísticas demuestran que las poblaciones más infectadas con VIH se encuentran entre los 15 y 24 años de edad, por lo tanto se enfatiza en la importancia de informar científica, adecuada y oportunamente.

También se considera necesario que los centros de atención para adolescentes les proporcionen información y acceso a la anticoncepción, colaborando a disminuir embarazos a temprana edad, al igual que todas las consecuencias que trae consigo e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

Aparte de los cambios físicos y emocionales; social e intelectualmente los/as adolescentes se sienten un poco desubicados, ya no son pequeños pero tampoco son adultos independientes, aunque sueñan con ello.

Es un período en el que necesitan reconfirmarse a si mismos/as y por ello gustan de pasar más tiempo con personas de su misma edad que hablen temas de su interés en su mismo lenguaje; no es que hayan dejado de querer a la familia de origen, solo que en está etapa lo más importante son sus amigos/as y ellos/as, se piensan como el centro del universo, capaces de hacer todo y enfrentarse a todo, no con el afán de molestar a sus padres y madres sino de probarse a sí mismos/as que están creciendo y piensan que son capaces de hacer lo que se propongan.

Este afán de “probar todo” puede acarrearles serios problemas y truncarle sus sueños, enfrentándose a peligros innecesarios como pueden ser: incursionar en el mundo de las drogas, el alcohol y/o tener relaciones sexuales sin protección o condón.

Es de suma importancia que madres, padres y adolescentes estén consientes e informados de esta etapa, con la capacidad de hablarles directamente y sin prejuicios acerca de los cambios por los que están pasando, y de los nuevos retos, responsabilidades y derechos a los que se enfrentarán al entrar al mundo de los/as adultos/as en el que empezarán a interrelacionar con otras personas y no siempre bajo la observación directa de la familia.

También se le enseña que al incursionar en este mundo adulto no debe permitir ser abusado ni verbal ni físicamente, tampoco debe de abusar de otros sea cual sea el motivo; es importante que vea a hombres y mujeres como sujetos/as de derecho sin importarle la religión, nivel socioeconómico u orientación sexual que la persona tenga.

Haciendo referencia a la orientación sexual, en este periodo de adolescencia o adulto/a joven es que algunos/as empiezan a aceptar que su orientación sexual es diferente a la que la sociedad dicta como “normal”, es decir la heterosexual, no siempre hablan abiertamente de su homosexualidad por temor a las criticas y al rechazo; sin embargo es necesario que sepan que toda persona heterosexual u homosexual está protegida por los mismos derechos humanos sexuales y reproductivos.

Adultos/as en años reproductivos

Este ciclo de vida será dividido en dos grandes etapas: una denominada adultez temprana, que se enmarca desde el final de la adolescencia hasta alrededor de los 40 años de edad, y otra denominada la mitad de la vida, comprendida entre los 40 y 65.

En la adultez temprana los/as adultos/as jóvenes se preparan ahora para construir las bases del futuro de manera independiente, es una época de gran actividad en la que se eligen algunos rumbos de la vida y cómo andar en ellos. Se toman decisiones sobre múltiples aspectos. Ahora las metas son específicas **y la base de la personalidad ha sido construida.** No obstante, todos los factores del desarrollo continúan engendrando posibilidades de crecimiento"[23].

Generalmente al llegar a esta etapa hombres y mujeres han alcanzado una madurez física y emocional que les permite hacerse cargo de otro ser humano, se espera que al menos cuenten con los recursos mínimos necesarios para atender afectiva y efectivamente a otra persona.

Sin embargo hombres y mujeres tienen que conocer y comprender que la procreación no es el fin último de esta etapa ni del ser humano, que tienen completa libertad para procrear si desean ser madres o padres.

Hasta hace algún tiempo a la mujer se le enseñaba que su función en este mundo era reproducirse y tener hijos/as y si anatómicamente no tenía la capacidad de hacerlo era menospreciada y desvalorizada como mujer, en otros casos en que la mujer no concebía debido a que su compañero era infértil la carga continuaba recayendo en ella, pues él en raras ocasiones sería capaz de reconocer este problema porque esa situación atentaría contra su hombría, de acuerdo a la construcción social.

La infertilidad puede presentar conflictos tanto a nivel personal como de pareja, pudiendo afectar la autoestima y la relación, haciéndose necesario reconsiderar las demás dimensiones de la pareja y enfocar la vida erótica no solo en la experiencia del embarazo sino en toda su dimensión e intentar disminuir el efecto de la presión social al respecto, las personas que enfrentan esta problemática necesita apoyo especializado[24].

En la actualidad esta visión está cambiando, existen los derechos sexuales y reproductivos en los que se promueve el acceso a la información y educación sobre este tema, brindándoles la oportunidad a mujeres y hombres a decidir su maternidad o paternidad de un ser vivo producto de ellos/as, pues la procreación la maternidad

23 Gema Ortiz Martínez. "Hablemos de Salud sexual" Manual para profesionales de atención primaria de la salud, instrucciones herramientas y recursos, módulo 2, sexualidad y género. Editorial Amssac S.A. de C.V. México D.F. mayo de 2004

24 Gema Ortiz Martínez. "Hablemos de Salud sexual" Manual para profesionales de atención primaria de la salud, instrucciones herramientas y recursos, módulo 2, sexualidad y género. Editorial Amssac S.A. de C.V. México D.F. mayo de 2004

y la paternidad pueden desarrollarse de otras formas intelectuales, artísticas y espirituales, actividades en las que el ser humano involucre su creatividad, tiempo, afecto y se realice como persona. El tener hijos/as ya no es el fin último de la mujer ni de la pareja.

En esta etapa en que los/as adultos/as adquieren muchos compromisos ya sea de manera individual o como pareja, es importante que reconozcan la importancia de mantener y formar nuevas amistades, permitiéndoles establecer relaciones con otras personas más allá de la pareja y de la familia. La vida social independiente de cada cual permite establecer relaciones saludables favoreciendo la diversidad de experiencias y percepciones de la vida.

Por otra parte, el cuerpo que es un proceso constante se prepara para otra etapa en su vida en la que empiezan a aparecer arrugas disminuye el vigor corporal, se presentan cambios hormonales, probablemente estos cambios pueden repercutir en la autoimagen de las personas, la mujer se prepara y llega al climaterio con cambios emocionales y corporales incluyendo el cese de la menstruación y de la capacidad para reproducirse.

Los hombres viven una disminución en la producción de testosterona lo que influye en la frecuencia de erecciones, por ejemplo, una segunda erección después de haber tenido relaciones sexuales puede tardarse más tiempo en aparecer y puede necesitar más estimulo que antes, también suelen aparecer con mayor frecuencia desde pequeñas molestias hasta enfermedades crónicas que requieran cuidado.

Existen muchos mitos referentes al erotismo en esta etapa de la vida, algunas de ellas relacionadas con la sexualidad femenina, generalmente se asocia menopausia con el cese de la vida erótica. Al contrario, para este periodo existe experiencia y mejor conocimiento del cuerpo, además de no tener que preocuparse por un embarazo ni de períodos menstruales.

Estos mitos probablemente han sido alimentados por la frecuencia con que la mujer presenta depresiones, disminución en el deseo sexual y dolor en las relaciones sexuales, todo ello provocado por la ausencia de estrógenos, molestias que pueden ser eliminadas con un tratamiento médico adecuado. La mujer y el hombre de edad media tienen derecho a expresar sus deseos sexuales y experimentar placer, tan libre y responsablemente como en otras edades.

Estos cambios productos de la edad en hombres y mujeres no tienen porque influir negativamente en la vida de las personas, al contrario puede vivirse como la etapa de mayor gozo y realización personal. Papalia (1992)[25] lo expresa de la siguiente manera:

- ✓ Valoración del conocimiento en oposición a la valoración del poder

25 Gema Ortiz Martínez. "Hablemos de Salud sexual" Manual para profesionales de atención primaria de la salud, instrucciones herramientas y recursos, módulo 2, sexualidad y género. Editorial Amssac S.A. de C.V. México D.F. mayo de 2004

- ✓ Socialización en oposición a la sexualización en las relaciones humanas
- ✓ Flexibilidad emocional en oposición al empobrecimiento emocional
- ✓ Flexibilidad mental en oposición a la rigidez mental

Otra información importante en este ciclo de vida es contar con la información científica, veraz y oportuna sobre la prevención de ITS y VIH, el cual afecta cada vez más a las mujeres. Las estadísticas nacionales y mundiales muestran que cada vez hay más mujeres infectadas por el VIH conociéndose como la "feminización de la epidemia", esto básicamente se debe a que la mujer ha tenido menos acceso a la educación y a la información, así como a la casi inexistente capacidad para negociar el uso del codón, sobre todo con su esposo o compañero estable.

En un principio entre las poblaciones a las que se hizo responsables de la diseminación de la enfermedad, estaban las trabajadoras sexuales; ahora después del trabajo realizado con estas poblaciones, la infección en dicha población adquirida en su trabajo, ha disminuido; sin embargo, sube con sus parejas estables, al igual que en las mujeres amas de casa, que no han tenido otro contacto sexual más que con su pareja.

Siempre que se tengan relaciones sexuales desprotegidas en encuentros casuales, la posibilidad de infectarse está presente. Por lo tanto, no importa la edad que se tenga para adquirir una ITS o VIH.

Cada vez más hombres y mujeres tienen problemas relacionados con el cáncer del aparato reproductor; por lo que hace necesario educar a ambos para tomen las medidas necesarias que contribuyan a la detección temprana de este padecimiento.

El cáncer cérvico uterino, que en su mayoría es producido por el virus del Papiloma humano, afecta a las mujeres entre los 20 y hasta 80 años de edad, alcanzando su máxima frecuencia entre los 45 a 65 años. Para hacer el diagnóstico temprano de este tipo de cáncer se recomienda a todas las mujeres que a partir del inicio de la vida sexual o en su defecto a partir de los 30 años se practiquen el Papanicolau una vez por año; con este examen también se pueden detectar otro tipo de procesos inflamatorios agudos del cuello del útero y vagina.

A continuación se presentan algunos factores que predisponen el aparecimiento de este tipo de cáncer:

- ✓ El inicio temprano de la vida sexual.
- ✓ Mayor número de embarazos.
- ✓ Mayor número de compañeros sexuales.
- ✓ La presencia de infecciones de transmisión sexual.
- ✓ Compañeros sexuales no circuncidados.

De igual forma es importante realizarse el examen periódico de las mamas, ya que si es detectado a tiempo tiene buen pronóstico lo que se traduce en buena sobrevida.

También es necesario informar, educar y enseñarle a los hombres a auto explorarse los testículos y sensibilizarlos para que acudan regularmente después de los 40 años a su médico para una evaluación de la próstata, así podrán ser diagnosticado tempranamente los tumores malignos de testículo y próstata con mejor pronostico[26].

Adultos/as mayores[27]

En este ciclo de vida los seres humanos vuelven a enfrentarse a muchos cambios, físicos, emocionales, sociales e intelectuales.

Nuestras sociedades por mucho tiempo prácticamente han rendido culto a la juventud y la belleza, dejando de lado la experiencia y sabiduría de los/as adultos/as mayores.

Quizás uno de los mayores problemas que enfrentan las personas de esta edad son las desventajas políticas y económicas que consideran su participación de forma limitada. Diferente a otras culturas en la que los/as adultos/as mayores son considerados sabios/as e incluidos en las actividades, en la nuestra frecuentemente son discriminados y devaluados. Ya que en este tipo de sociedad las personas son valoradas por su nivel de productividad.

En este ciclo de vida se acelera el deterioro general de las funciones mentales y físicas de la persona.

En la actualidad la teoría de la actividad dice que es posible envejecer saludablemente bajo la siguiente premisa: “mientras más activas permanezcan las personas, más satisfactoriamente envejecerán”, teoría que debería ir acompañada de un sistema de reestructuración social en la que se adopten valores más humanos en el que se reconozca el saber, el compartir y el tolerar; la reestructuración social también implica brindar a las personas aquellos servicios sociales que les ayuden a tener una calidad de vida digna como lo son la vivienda, el transporte y el cuidado médico, permitiéndoles el mayor grado posible de independencia.

---

26 Fernando Beltrán, “Hablemos de Salud sexual” Manual para profesionales de atención primaria de la salud, instrucciones herramientas y recursos, módulo 4 La salud Reproductiva y sus componentes. Editorial Amssac S.A. de C.V. México D.F. mayo de 2004

27 Gema Ortiz Martínez, “Hablemos de Salud sexual” Manual para profesionales de atención primaria de la salud, instrucciones herramientas y recursos, módulo 2 Sexualidad y Desarrollo Humano . Editorial Amssac S.A. de C.V. México D.F. mayo de 2004

Existe la idea generalizada de que las manifestaciones de la sexualidad son inexistentes en los/as adultos/as mayores; esta es una idea errónea alimentada por diversos patrones culturales que no conciben a las personas mayores disfrutando de la misma, sin embargo la sexualidad se encuentra presente desde la vida prenatal hasta la muerte por lo que la sexualidad en los/as adultos/as mayores debe de ser respetada y valorada como lo ha sido en cada una de las etapas o ciclos de vida anteriores.

Una forma saludable de vivir esta etapa es reconocer que se ha llegado triunfante de otras crisis de la vida, implica amor hacia si mismo/a y hacia otros/as, la aceptación de la vida que se ha vivido sin pesares por lo que pudo haber sido o por lo que debería haberse hecho en forma distinta.

También implica la aceptación de los propios progenitores como personas que hicieron lo mejor que pudieron, haciéndose merecedores de nuestro amor y la aceptación de la cercanía de la propia muerte como fin inevitable de la existencia.

De igual forma esta integración contempla la autoimagen y los roles que como hombre o mujer realizan en la actualidad, con sus limitantes y satisfacciones, el cuidado y la aceptación de un cuerpo posiblemente enfermo y con menor habilidad que otras épocas de la vida; el bienestar del cuerpo ya no es el eje de la felicidad de la vida, ahora lo son la relación con los/as otros/as y las actividades que no les lleven a depender en extremo de la salud.

Durante la senectud, el erotismo continuó desempeñando un papel importante, el envejecimiento produce algunos cambios en la sexualidad, como una mayor lentitud y menor intensidad en la respuesta sexual. Esto no implica que la vida erótica desaparezca, aunque contribuye la actitud que la persona adulta mayor tenga hacia este aspecto, contribuyendo o no a una posición activa ante este elemento de la sexualidad.

Con la prolongación de la esperanza de vida, también se extiende la posibilidad de mantenerse más tiempo con la misma pareja si es que se lograron pasar los problemas de etapas anteriores. En esta fase uno de los elementos más valorados es la compañía. El amor, el respeto y la posibilidad de compartir intereses comunes parecen elementos frecuentes para la continuación de la relación de pareja.

La familia vuelve a ser como en la infancia, una fuente principal de bienestar y supervivencia, tanto desde lo afectivo como en la aportación o supervisión de necesidades básicas.

Si bien es cierto la capacidad biológica de reproducción ha terminado desde la etapa anterior, ahora los adultos mayores expresan sus cuidados, ternura, consejos y regaños a nietos/as, hijos/as o cualquier otra persona que comparta con él o ella esta etapa de su vida.

TEMÁTICA 2:

Infecciones de Transmisión Sexual

TIEMPO APROXIMADO:
2 horas

PROPÓSITO:

Identificar cuáles son las ITS más frecuentes dentro de la FA, y las prácticas que podrían disminuir su incidencia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Que los y las participantes:

- Conozcan las ITS más frecuentes y las formas de transmisión
- Reconozcan cómo los cambios en el estilo de vida contribuyen a disminuir la incidencia de ITS en la FA

CONTENIDOS:

- Infecciones de Transmisión Sexual
- Factores que hacen vulnerables a hombres y mujeres para adquirir una ITS
- Principales síndromes de ITS
- Complicaciones y secuelas más frecuentes de las ITS.
- Infecciones de Transmisión Sexual Diagnostico y tratamientos

MATERIALES DE APOYO:

Para el o la participante:

1. **Ejercicio1:** “ITS…Lotería” (“Cartones”)
2. **Material de lectura 1:** Infecciones de Transmisión Sexual

Para el facilitador o facilitadora:

1. **Ejercicio 1:** “ITS…Lotería” (“tarjetas”)
2. **Material de lectura 1:** Infecciones de Transmisión Sexual
3. “Fichas” para la lotería
4. Premios para los ganadores de la lotería

DESARROLLO:

1. El/a facilitador/a hace una pequeña retroalimentación de la jornada anterior y les pregunta ¿Qué compromisos han adquirido consigo mismos/as para cuidar y promover su salud sexual y reproductiva?

2. El facilitador les indica cómo realizar **el ejercicio 1 "ITS…Lotería",** que se encuentra en el cuaderno, para ello:

   - ✓ Divide al pleno en 4 subgrupos.
   - ✓ Cada subgrupo se ubicará en su cuaderno en uno de los 4 "cartones" que aparecen en el ejercicio de la lotería sobre las ITS.
   - ✓ Entregue 6 "fichas" a cada subgrupo.
   - ✓ Lea en forma aleatoria las tarjetas que describen las ITS sin mencionar el nombre:
   - ✓ Los grupos que tienen esa ITS colocan una ficha en el espacio correspondiente del cartón
   - ✓ El grupo que reconozca la infección o sintomatología colocará una ficha en el lugar correspondiente y seguirá así hasta llenar su cartón.
   - ✓ El grupo que llene primero y de manera correcta el cartón será el ganador del juego
   - ✓ El/a facilitador seguirá leyendo las barajas hasta que termine con todas.

3. Al finalizar el ejercicio se promueve una plenaria para discutir sobre aciertos y errores tenidos durante la realización del ejercicio, para ello el/a facilitador/a se apoya en las siguientes preguntas:

   - ✓ ¿Cómo se sintieron con este ejercicio?
   - ✓ ¿Les recordó a algún conocido/a de ustedes que haya tenido alguno de estos problemas?
   - ✓ ¿Qué sugerencias tienen para evitar adquirir alguna o varias ITS, incluyendo el VIH?

4. Finalizada la discusión leen el **material de lectura 1** en el cuaderno de lectura y ejercicio.

5. Cuando los grupos han terminado de leer el material, el/a facilitador/a les pide que elaboren una estrategia aplicable para prevenir las ITS dentro de las fuerzas armadas.

6. Cierran la jornada reflexionando sobre el tema abordado ese día, haciendo el siguiente cuestionamiento:

   - ✓ ¿Qué nuevo he aprendido este día?
   - ✓ ¿Puedo aplicar la prevención de manera personal?
   - ✓ ¿Qué importancia tiene que reconozca la necesidad de hacer cambios en mi estilo de vida?
   - ✓ ¿Es importante divulgar esta información a otras personas? Si o no y ¿Por qué?

Ejercicio 1: **"ITS…Lotería"**

Tarjetas con descripción sobre las ITS

CONDILOMAS ACUMINADOS

Puede aumentar a un tamaño que llegue a obstruir el pene y la vagina, aparece como radiante lechuga o presentarse en el ano como una cresta de gallo.

SÍFILIS

Te lo aviso: es una ulcera o llaga fea que te crece, se ve tan mal y no duele; cuando la pasa a una mujer puede que no se de cuenta, pues se oculta y aunque sin tratamiento desaparece ¡cuidado..! la infección sigue.

HEPATITIS A,B Y C

Si no tienen apetito, están cansados y con fiebre, lo que sigue es el color que a todos parece blanco, aunque siempre te lo dicen ¡qué ictérico éstas quedando!

GONORREA

Y siendo tan popular…lo dicen las malas lenguas; empieza con un dolor y un ardor al orinar, y aparece secreción de pus que llega a manchar hasta la ropa interior, además está el olor que asusta hasta los zorrillos.

TRICOMONIASIS

No me duelas comezón, deja de tanto picar, porque tanta secreción me llega a ser un fastidio, sumando su mal olor y su color amarillo.

CLAMIDIASIS

El dolor al orinar es común para los dos, hombre o mujer te lo dicen, el dolor viene de abajo y hay secreción acuosa que se sale por el pene, o sangras entre los ciclos de tu período menstrual, o si tienes secreción por el lado vaginal ¡ten cuidado…ten cuidado! Pues de seguro te ha dado.

HERPES GENITAL SIMPLE

Si aparecen unas úlceras que se ven como urticaria, o una sola cortada que parece una rajada, puede haber mucho dolor aunque estén tan chiquititas, y estando en los genitales lo peor es… que no se quitan.

VIH Y SIDA

Suele asombrar a todos con su cambio de disfraz, si te da no se te nota: ¡OJO, no te confies! Porque al cabo de algún tiempo se te vienen para abajo las defensas de tu cuerpo. Por eso cuando hagas el amor recuerda a tu amigo el condón.

Material de lectura I

Infecciones de Transmisión Sexual[28]

Hace algunos años las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) eran conocidas como enfermedades venéreas y después como Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) no obstante en la actualidad el término aceptado y utilizado es el de ITS.

El término de enfermedades venéreas fue utilizado en un principio para referirse a: la sífilis, la gonorrea, el chancroide (chancro blando), el granuloma inguinal y el linfogranuloma venéreo.

A partir de la década de los 80 con la aparición de la infección por VIH, comenzaron a reconocerse nuevos agentes etiológicos de enfermedades sexualmente transmitidas, por lo que en esos momentos se hizo más frecuente el término de ETS para referirse a todas las enfermedades infecciosas cuyo mecanismo de transmisión eran las relaciones sexuales. Sin embargo desde agosto de 1998, por acuerdo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se decidió comenzar a utilizar el término Infecciones de Transmisión Sexual.

Las ITS son aquellas infecciones que se transmiten por las relaciones sexuales, cuando existe intercambio de fluidos corporales mediante una penetración vaginal, anal u oral desprotegida. Sin embargo algunas ITS se pueden transmitir sin que exista penetración, por ejemplo la escabiosis (sarna), la pediculosis del pubis, los moluscos contagiosos, etc.

Se considera que las ITS son producidas por hongos (moniliasis), bacterias (gonorrea, sífilis, chacncro blando, granuloma inguinal, linfogranuloma venéreo, uretritis no gonococcica) protozoarios (tricomoniasis, amebiasis, giardasis), virus (condilomas acuminados, herpes simple, hepatitis A,B y C, moluscos contagiosos y VIH) y ectoparásitos (pediculosis púbica y escabiasis).

La OMS estima que cada año ocurren 333 millones de nuevos casos de ITS en todo el mundo. Estas tienen su mayor incidencia entre hombres y mujeres de países en desarrollo. La pobreza, las prácticas culturales intolerantes, un difícil acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento, la información incorrecta, los pocos conocimientos sobre la necesidad del autocuidado del cuerpo, son factores que contribuyen a una mayor diseminación de este tipo de infecciones en hombres y en mujeres.

El diagnóstico y tratamiento de las ITS es posible mediante una estrategia conocida como “manejo sindrómico”. Esta se basa en el reconocimiento de un síndrome (conjunto de signos y síntomas asociados a un número variable de agentes etiológicos específicos).

28 Tirso Clemades Pérez de Colocho, “Hablemos de Salud sexual” Manual para profesionales de atención primaria de la salud, instrucciones herramientas y recursos, módulo 6 VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual. Editorial Amssac S.A. de C.V. México D.F. mayo de 2004

Así los/as trabajadores/as de la salud reconocen y dan tratamiento basándose más en estos síndromes que en una ITS en particular con lo que se logra una atención temprana y efectiva de la persona afectada.

Principales síndromes de las Infecciones de Transmisión Sexual

* Ulceración en hombres y mujeres: sífilis (estadio primario), chancro blando, linfogranuloma venéreo, granuloma inguinal, herpes simple, infección por citomegalovirus.
* Secreción en hombres: candidiasis, gonorrea, uretritis no gonocóccica, clamidiasis anal.
* Secreción en las mujeres: gonorrea, clamidiasis, candidiasis, tricomoniasis, vaginosis bacteriana.
* Dolor en el bajo vientre en las mujeres: gonorrea, clamidiasis, infección por otras bacterias.
* Tumoraciones: condilomas acuminados, moluscos contagiosos y condilomas planos (estadio secundario de la sífilis)
* Conjuntivitis en los/as recién nacidos/as: clamidiasis y gonorrea.

Factores que hacen vulnerables a Hombres y Mujeres a adquirir ITS

Los conocimientos y creencias de las mujeres en relación a su propio cuerpo, las barreras culturales y los prejuicios, además de la desigualdad de género con relación al hombre, la colocan en una posición de desventaja en la negociación sexual. Además, biológicamente las mujeres son más vulnerables debido a la estructura de sus órganos reproductores, que sirve de recipiente al semen.

Los roles de género dictan maneras de ser y de comportarse que marcan desigualdad: el hombre debe ser agresivo, compulsivo y activo, mientras que la mujer debe ser sumisa, fiel y pasiva en las relaciones sexuales.

Con estas razones de construcción genérica a la base es frecuente que las mujeres tengan dificultades para solicitar clara y explícitamente el uso del condón.

Por otra parte, el hombre puede verse presionado para responder sexualmente a cualquier invitación sexual, incluso si esta presenta riesgos de ITS o le es difícil negociar el uso del condón en casa con su pareja ya que de inmediato su pareja sospecharía de infidelidad y falta de amor hacia ella.

El principal **"factor de riesgo"**
para adquirir una ITS es exponerse a ella.

A continuación se presenta un pequeño listado de factores de riesgo para adquirir una ITS:

- Tener relaciones sexuales con una pareja sexual infectada y sin condón.
- El comportamiento sexual de la persona, ya que se relaciona con la probabilidad de exposición y transmisión de las mismas.
- Tener relaciones coitales sin protección.
- Tener prácticas sexuales de riesgo como anal, vaginal, oral sin condón.
- Ingesta excesiva de alcohol y drogas que promuevan conductas sexuales de alto riesgo.
- Existen infecciones como el VIH y la infección por hepatitis B que se pueden adquirir con material punzocortante mediante tatuajes y perforaciones y no son precisamente por contacto sexual.
- Relaciones sexuales sin protección con personas desconocidas.
- Ser víctima de abuso sexual o violación por uno o varios agresores.

Si bien es cierto que el condón no protege de todas las ITS, sí ayuda a la prevención de algunas de ellas incluyendo el VIH.

Complicaciones y secuelas más frecuentes de las Infeciones de Transmisión Sexual

Las ITS (infecciones de transmisión sexual) pueden dejar como secuela la infertilidad y otras complicaciones en la capacidad reproductiva de la persona.

EN LA MUJER:

* La enfermedad inflamatoria pélvica
* El dolor pélvico crónico (dolor abdominal bajo)
* La infertilidad;
* El carcinoma cérvicouterino, el cual puede ser consecuencia de la infección por algunos tipos de virus de papiloma humano.
* Son secuelas importantes de ITS, en particular las causadas por la chlamydia y el gonococo. A su vez, la enfermedad inflamatoria pélvica mal atendida, por sus efectos sobre las trompas de Falopio que conducen a cicatrización puede llevar a complicaciones como infertilidad y embarazo ectópico (fuera del útero).

EN EL HOMBRE:

Está en riesgo de complicaciones como:

* Epididimitis (inflamación del epidídimo que se encuentra dentro de los testículos),
* Estrechez uretral (significa que el conducto por donde sale la orina se hace estrecho),
* Orquitis (inflamación de los testículos)
* Esterilidad (que ya no puede fecundar a un óvulo, es decir, no puede embarazar a su pareja).

NORMAS GENERALES DE TRATAMIENTO QUE DEBEN SEGUIR LAS PERSONAS QUE CONTRAEN UNA ITS

Siempre que se sospeche o se sepa con certeza que se está frente a una infección de transmisión sexual, se deben tener en cuenta una serie de normas antes de iniciar un tratamiento adecuado.

Se debe pensar que la persona tiene una infección de transmisión sexual cuando presente una lesión genital o bien, frente a una erupción cutánea de causa desconocida y antecedentes de contacto sexual.

Cualquiera que mantenga relaciones sexuales con múltiples parejas, puede infectarse.

Se tiene que cumplir con un tratamiento adecuado y administrar las dosis correctas, así como lograr que la pareja reciba tratamiento, ya que de ello depende el curso de la enfermedad. Es de suma importancia NO auto medicarse ya que esta práctica puede crear resistencia al medicamento.

Es necesaria la abstinencia sexual (no tener relaciones sexuales mientras exista la ITS) hasta comprobar la curación total de la infección de transmisión sexual por un médico. Esta recomendación es válida tanto para la persona portadora de la enfermedad, como para las posibles parejas sexuales, ya que si no ha sanado completamente, se facilita la diseminación de la enfermedad.

A toda persona que se le ha diagnosticado una ITS, se le tiene que proporcionar orientación-consejería, asesoría y los recursos necesarios para el tratamiento, con la finalidad de disminuir la posibilidad de adquirir nuevamente una ITS

Clasificación de las Infecciones de Transmisión Sexual por Síndromes

Los cuatro síndromes más comunes son:

SÍNDROME DE SECRECIÓN URETRAL

La secreción uretral es la molestia más frecuente en hombres con ITS. En estos casos se observa la salida de secreción a través de la uretra, con frecuencia acompañada de disuria (ardor al orinar). Los agentes más comunes que causan la enfermedad son en estos casos Neisseria gonorrheae, Chlamydia trachomatis y Ureoplasma urealyticum .

Para fines prácticos la uretritis (inflamación del conducto por donde pasa la orina en el hombre) se subdivide en gonocócica (causada por Neisseria gonorrhoeae) y no gonocócica (causada por Chlamydia trachomatis y Ureoplasma uretriculum.

SÍNDROME DE FLUJO VAGINAL

Si bien la presencia de flujo vaginal es la afección ginecológica más común de las mujeres sexualmente activas, no en todos los casos es enfermedad, ni indica la presencia de una ITS. La percepción de un flujo anormal depende de la mujer, es frecuente que exista como parte de la molestia una mayor cantidad de secreción, un cambio en el aspecto u olor, prurito (comezón), disuria (ardor al orinar), dolor abdominal bajo, dolor genital o al tener relaciones sexuales.

Existen microorganismos causantes del flujo vaginal que no son necesariamente infecciones de transmisión sexual (candidiasis y vaginosis bacteriana).

El flujo vaginal que proviene del cérvix (cuello uterino) es, por lo general, causado por N. gonorrheae y/o C. trachomatis; aquel que proviene directamente de las paredes vaginales es debido a T. vaginalis, C. albicans o se trata de una vaginosis bacteriana.

Existen también vaginitis químicas por la aplicación de medicamentos, limpieza vaginal con sustancias abrasivas o la introducción de cuerpos extraños. Es importante recordar que la paciente con candidiasis vaginal (infección por hongos) recurrente, puede tener diabetes mellitus o bien infección por VIH.

La elección del tratamiento debe tomar en cuenta la causa más probable, la posibilidad de embarazo y la historia de contactos sexuales recientes de la o el paciente. Con excepción de los casos de candidiasis (infección por hongos) y vaginosis bacteriana (infección vaginal por bacterias) el o los contacto(s) sexual(es) deben incluirse en el tratamiento.

SÍNDROME DE ULCERACIÓN GENITAL

Los agentes que comúnmente producen úlceras genitales son Treponema pallidum (sífilis), Heamophilus ducreyi (chancroide), Calmidobacterium granulomatis (danovanosis), los virus del herpes simplex (HSV-1 y HSV-2) y las variedades de Chlamidia trachomatis que causan el linfogranuloma venéreo (es una infección de transmisión sexual que afecta al sistema linfático).

Es importante recalcar que las úlceras genitales aumentan la probabilidad de que una persona se infecte de VIH durante una relación sexual con una persona infectada. Y una persona infectada por VIH, por tener bajas las defensas, adquiere más fácilmente una ITS. Por ello, el manejo oportuno y apropiado de la enfermedad ulcerativa genital debe considerarse como una de las estrategias para el control de la epidemia del sida.

Las úlceras genitales pueden ser dolorosas (chancroide) o sin dolor (sífilis) y, con frecuencia, se acompañan de crecimiento de los ganglios de la ingle.

SÍNDROME DE DOLOR ABDOMINAL BAJO

Cuando una mujer se presenta con dolor abdominal bajo, es importante descartar que se trata de alguna emergencia médica, debido a padecimientos como: obstrucción o perforación intestinal, apendicitis aguda, embarazo ectópico o un aborto séptico. Una vez excluidos estos diagnósticos, la causa más frecuente de dolor abdominal bajo en la mujer sexualmente activa, es la enfermedad pélvica inflamatoria.

Infecciones de Transmisión Sexual más frecuentes

SÍFILIS

Las características que hacen que sea difícil el diagnóstico de la sífilis, son las siguientes:

El chancro sifilítico se cura en forma espontánea, por consiguiente, el paciente puede no darle importancia y no consulta al médico.

En las mujeres la lesión inicial (en los labios menores de los genitales femeninos y/o alrededor del ano), puede pasar inadvertida o puede estar oculta en el cérvix (cuello uterino). Durante el período de latencia, la sífilis no presenta síntomas.

La sífilis secundaria y tardía se puede parecer a (y confundir con) una gran variedad de enfermedades.

La sífilis se presenta por lo general en una de las siguientes formas:
Sífilis primaria (10 a 90 días después del contagio). Se caracteriza por la presencia de una pápula (lesión tipo roncha) que evoluciona a una úlcera que no duele con bordes elevados llamada chancro e inflamación de un ganglio regional.

En la sífilis secundaria (seis o más semanas después de la infección), se presenta un malestar, fiebre, cefalea, dolor de garganta, inflamación generalizada de los ganglios, lesiones cutáneas (varias, por lo general simétricas, extensas y no producen comezón, a menudo son superficiales y papulo escamosas; el eritema (coloración rojiza) es bastante marcado en la palma de las manos y los pies; cuando se encuentra afectada toda la cara las lesiones tienden a ser anulares), lesiones de la membrana mucosa (Condyloma latum), hepatitis (inflamación del hígado).

Sífilis tardía (toda enfermedad sifilítica que sigue a la fase secundaria). Las manifestaciones más comunes son meningitis aguda, o subaguda, que puede ocurrir un año después de la infección, accidentes cerebro vasculares (cinco años después de la infección inicial pueden observarse accidentes cerebro vasculares debido a artritis sifilíticas).

Sífilis congénita tardía. Caracterizada por sordera, debido a la lesión del octavo par craneano, queratitis intersticial, lesiones nasales (periostitis, que se manifiesta en un hueso frontal prominente y una hendidura del dorso de la nariz), lesiones de la tibia (periostitis, que se manifiesta en una curva exagerada en la tibia), artritis de la rodilla (articulación de Clutton) anormalidades de la dentición permanente (dientes de Hutchinson).

Toda Mujer embarazada, como parte importante del control prenatal (antes del nacimiento del bebé), se tiene que realizar una prueba de VDRL (es una prueba de sangre para detectar si hay infección de transmisión sexual). Si pertenece a un grupo de alto riesgo de contraer ITS, se tiene que efectuar un segundo análisis de sangre antes del parto. Cuando hay dudas acerca del diagnóstico, la mujer embarazada debe recibir tratamiento para prevenir una posible enfermedad en el recién nacido.

GONORREA

La gonorrea está producida por el diplococo Neisseria gonorrhoeae, (Bacteria).

En la mujer regularmente los signos vulvares (aparecen en la vulva) son los primeros. La paciente consulta por un edema (inflamación) doloroso de la vulva, acompañado de una leucorrea verdosa (salida de líquido o flujo vaginal) aparecida entre dos y siete días después de una relación sin protección (condón).

La mayoría de las mujeres están lejos de presentar este cuadro clínico ya que son casi asintomáticas. En los hombres, uno de los síntomas iniciales es la disuria (ardor al orinar), así como aumento en la frecuencia de la micción (orina frecuente) y descarga uretral purulenta (flujo a través de la uretra, es decir por el pene).

Diagnóstico

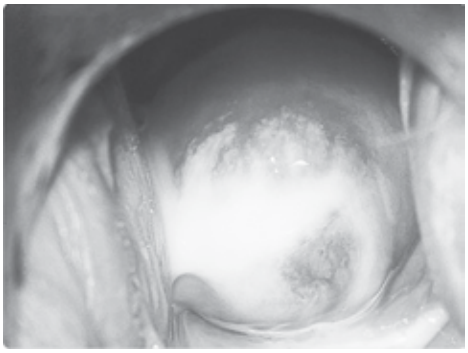
El diagnóstico sólo puede establecerse con seguridad mediante examen vaginal o uretral en el caso de los hombres.

Tratamiento

El tratamiento consiste en la administración intramuscular de penicilina procaínica y de Probenecid por vía oral con dosis recomendadas por el médico.

CLAMIDIA

Una de las razones de la diseminación rápida de la clamidiasis es que un grado importante de la infección es desconocida. En la mujer las infecciones por Chlamydia se presentan en endocérvix (tejido interno del cuello uterino) donde el microorganismo parasita el epitelio columnar de transición. En el hombre, parasita el epitelio uretral (tejido interno de la uretra, es decir por donde pasa la orina).



El microorganismo se aísla frecuentemente de mujeres cuyos compañeros sexuales padecen uretritis inespecífica (inflamación de la uretra de causa desconocida). Algunos de los hombres infectados son asintomáticos. Los que manifiestan sintomatología, presentan síntomas urinarios como disuria (ardor al orinar), frecuencia urinaria aumentada (orina frecuente) y descarga uretral de aspecto mucoide o purulento (flujo a través del pene).

El diagnóstico se hace a través de un examen de cultivo de secreción vaginal.

Tratamiento

Ambos grupos de pacientes requieren una sesión de 14 días de tetraciclina o minociclina con dosis recomendadas por el médico. Al terminar el tratamiento y para asegurarse que la infección ha sido erradicada, se repiten los cultivos. Cuando no se dispone para hacer cultivos de chlamydia se iniciará un tratamiento empírico de 21 días. Las embarazadas pueden tratarse con eritromicina con dosis recomendadas por el médico

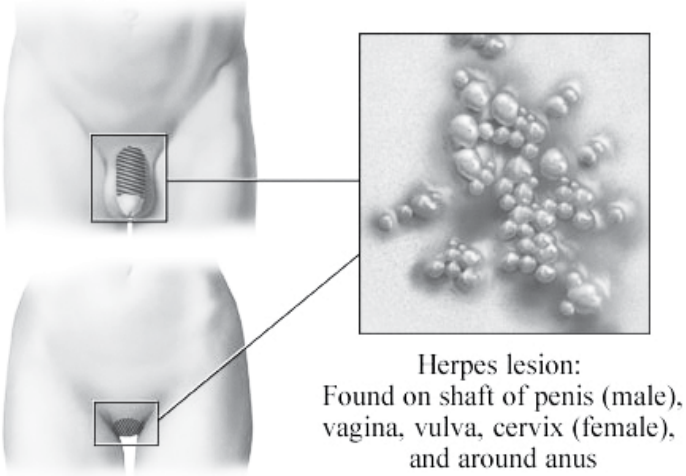
HERPES GENITAL

El virus del herpes pertenece a un amplio grupo del cual cinco especies contaminan habitualmente al ser humano. Hay que distinguir el herpes con manifestaciones en boca, de transmisión bucofaríngea (a través del contacto de la boca), que puede dar lugar a lesiones genitales y el Herpes 2, con manifestaciones en las vías urinarias y genitales.

El herpes del recién nacido es casi siempre de tipo 2, consecuencia de un herpes genital de la madre.

El interés de esta infección va en aumento debido a su papel en la etiología del contagio del cuello uterino.

Los síntomas son vesículas únicas o múltiples, pruriginosas (que causan comezón) y aparecen en cualquier lugar en los genitales.



La lesión primaria puede persistir de tres a seis semanas, mientras que los síntomas que reaparecen periódicamente, duran entre siete y diez días. La infección primaria puede acompañarse de signos generales: fiebre, cefalea (dolor de cabeza), y falta de apetito. Las lesiones se presentan a nivel de la vulva en la mujer l (vestíbulo de los labios y de la zona del clítoris).

Diagnóstico

Debe sospecharse siempre un Herpes genital ante la presencia de vesículas y/o ulceraciones genitales. El diagnóstico clínico es fácil en una infección primaria y complejo en casos de recaídas. Deberá hacerse la identificación de las lesiones características por citología, cultivo, o mediante la preparación de un frotis de Tzank con raspados de las lesiones.

Tratamiento

El tratamiento del herpes genital es sintomático. La región genital debe mantenerse limpia y seca. A veces, la aplicación de ungüento de xilocaína al 2% alivia las molestias al producir analgesia local; también pueden administrarse analgésicos sistémicos (medicamentos para el dolor).

Los mejores resultados se han logrado con acyclovir oral, que ha demostrado ser efectivo para reducir la excreción del virus, acelerar la cura de las lesiones y disminuir la duración del dolor.

Se sospecha una relación entre el herpes genital y el carcinoma del cuello uterino. La mujer infectada con herpes debe ser informada de esta relación y de que debe someterse a la prueba de Papanicolaou una vez al año.

Si la mujer se encuentra embarazada durante el primer trimestre del embarazo, el herpes genital puede provocar aborto espontáneo y posteriormente graves problemas al recién nacido.

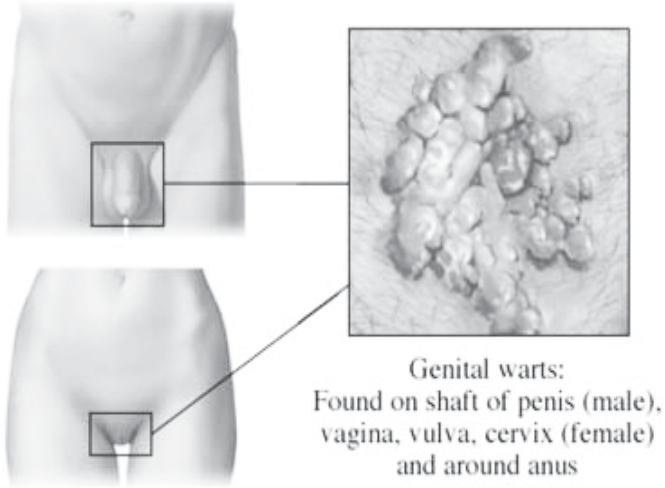
Los hombres con herpes genital requieren atención especial. La recurrencia imprevisible de los ataques y el hecho de que la enfermedad es incurable pueden causar gran ansiedad, pérdida de confianza en sí mismo y disfunción sexual.

Por lo tanto, debe recibir apoyo psicológico y al mismo tiempo debe ser orientado en relación con la responsabilidad que tiene por ser portador de virus herpético durante toda la vida. Además, las lesiones abiertas facilitan la infección con el virus de la inmunodeficiencia adquirida.

Las relaciones sexuales monógamas (una sola pareja), el uso de condones y la abstinencia sexual ayudan a prevenir nuevas infecciones.

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (CONDILOMA ACUMINADO)

La infección genital por el virus del papiloma humano, tiene un período de incubación de pocas semanas a varios meses. La lesión más visible, el condiloma acuminado, se presenta en forma de verruga en/o alrededor de los genitales, el ano o dentro de la boca.



Deben ser tratados por un medico, las verrugas pueden aumentar de tamaño y obstruir el pene, la vagina o el ano, y crecer en las cuerdas vocales, a menudo se encuentra asociado a otras infecciones sexualmente transmisibles.

En algunos países del mundo es actualmente la infección de transmisión sexual más frecuente.

Existe el potencial de la posible inducción del cáncer con el pasar del tiempo, los tipos de papiloma humano 16 y 18 han sido asociados a la neoplasia cervical intraepitelial (Cáncer del cuello uterino).

Diagnóstico

La lesión de condiloma acuminado puede abarcar cualquier parte de la región genital, incluyendo la vagina, la uretra, la vejiga, el recto o la boca y puede hallarse extremadamente extendido. Las lesiones son más severas en aquellas pacientes que tienen secreción vaginal, poca higiene personal, así como en pacientes embarazadas. Puede haber lesiones planas e infección subclínica.

Tratamiento

No existe un tratamiento satisfactorio. Actualmente el tratamiento local con ácido tricloracético (50-90%) tiene una buena acogida por tener menos toxicidad. Se aplica semanalmente, no requiere lavado posterior y duele sólo los primeros 30 minutos.

Otra posibilidad es el uso de tintura de podofilina, que puede usarse en porcentajes que oscilan entre el 3 y el 25%, aplicada en las lesiones, especialmente en casos en que el área afectada es menos de 2 cm. Este tratamiento está contraindicado durante el embarazo. Se debe usar vaselina para proteger los tejidos sanos circundantes y es importante lavar cuidadosamente la región 2 a 4 horas después de la aplicación de podofilina. Las aplicaciones pueden ser necesarias semanalmente y son más efectivas en aquellas lesiones que son húmedas.

HEPATITIS B

El virus de la hepatitis B es la única infección de transmisión sexual que se puede prevenir con una vacuna.

La sintomatología es similar en los tres tipos de hepatitis, aunque algunas personas no muestran síntomas.

Otros/as experimentan pérdida de apetito, fiebre, cansancio, dolor en el área del hígado, o ictericia (color amarillo de piel y mucosas).

La hepatitis B es una de las principales causas de cáncer de hígado. Puede ser mortal y en ocasiones transmitida de la madre al hijo/a en el momento del parto.

Es muy contagioso y representa un peligro grave para la salud de las adolescentes que no son vacunadas.

En 1996 se publicó la recomendación de varias organizaciones médicas de vacunar en forma universal contra la hepatitis B a cualquier adolescente no vacunado entre 11 y 12 años de edad, y a los mayores con riesgo.

Esta vacuna se administra en forma de varias inyecciones en el músculo deltoides (en el brazo) y se repite entre un mes y dos meses después y entre cuatro y seis meses más tarde.

Después de tres dosis, más de 90% de las personas vacunadas posee una concentración protectora de anticuerpos; la tercera dosis es especialmente importante para la inmunidad prolongada.

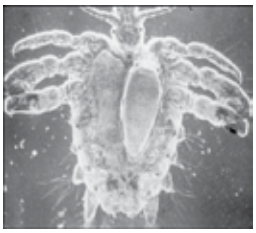
Si la serie se interrumpe después de la primera o segunda dosis, la faltante se debe administrar tan pronto como sea posible, aunque no es necesario comenzar de nuevo la serie.

Cuando una persona no vacunada tiene contacto con el virus de la Hepatitis B mediante relaciones sexuales sin protección o el contacto de líquidos corporales, se le debe administrar profilaxis (tratamiento preventivo) con inmunoglobulina de hepatitis B, e iniciar la serie de vacunas dentro de los primeros 14 días después de la exposición.

PEDICULOSIS: Piojos Púbicos, Ladillas o Cangrejos[29]

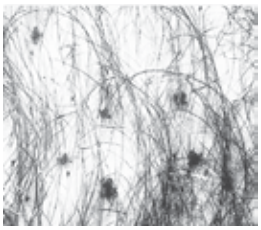
Son criaturas pequeñas de seis extremidades que infectan el área vellosa de la región púbica y ponen sus huevos allí. Estos piojos también se pueden encontrar en el vello axilar y en las cejas.

Los piojos del pubis se conocen como **Phthirus pubis**. La infestación con estos piojos se da sobre todo en los adolescentes.



La transmisión ocurre generalmente durante la actividad sexual, pero también se presenta por contacto físico con objetos contaminados como las tazas de baño, sábanas y frazadas.

Entre los factores de riesgo se pueden mencionar:



- Ser un adolescente con vida sexual activa
- Tener múltiples parejas sexuales
- Tener contacto sexual con una persona infectada
- Compartir la ropa de cama o la ropa de uso personal con una persona infectada

Algunas mujeres se han contagiado con estos piojos en una tienda al probarse trajes de baño.

Síntomas

- Se pueden ver los huevos (liendres) o piojos adultos.
- Picazón en un área cubierta de vello púbico (a menudo empeora en la noche).
- Reacción cutánea de color azul grisáceo.
- Úlceras (lesiones) en el área genital debido a picaduras y al rascado.

29. Jacobson CC, Abel AA. Parasitic infestations. J Am Acad Dermatol. 2007;56:1026-1043.
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000841.htm - 28k -

Signos y exámenes

Una evaluación del área genital externa muestra casi siempre unos huevos ovalados, de color gris claro (liendres), adheridos al tallo del cabello y también puede revelar los piojos adultos. Igualmente, el médico podría también observar marcas de rascado o signos de una infección como el impétigo

Debido a que los piojos púbicos pueden causar una irritación ocular (blefaritis) en los niños pequeños, se deben examinar sus pestañas con una lupa potente para buscar evidencias de piojos.

Los piojos adultos se pueden identificar fácilmente bajo el microscopio y su apariencia similar a un cangrejo es la razón por la cual a los piojos del pubis se les denomina "los cangrejos."

Tratamiento

El mejor tratamiento para los piojos del pubis es la prescripción de un lavado con un champú como Elimite o Kwell:

- Aplique completamente en el vello púbico y en la piel por 5 minutos como mínimo.
- Enjuague la zona muy bien.
- Cepille el vello púbico con un peine de dientes finos para retirar los huevos (liendres). Las liendres se pueden aflojar un poco aplicando vinagre previamente, pero el vello debe estar seco en el momento de aplicar el champú.

Una sola aplicación generalmente es todo lo que se necesita. Si se recomienda otro tratamiento, se debe hacer de 4 días a 1 semana después.

Algunos de los medicamentos de venta libre para el tratamiento de los piojos son Rid y Nix.

Mientras se esté realizando el tratamiento para los piojos púbicos, lave toda la ropa y la lencería en agua caliente. Los objetos que no se puedan lavar se pueden rociar con un aerosol medicado o pueden sellarse (sofocarlos) en bolsas plásticas y no utilizarlos por un espacio de 10 a 14 días. De igual manera, es necesario que todas las parejas sexuales se traten simultáneamente.

A las personas que presenten los piojos del pubis se las debe evaluar en búsqueda de otras enfermedades de transmisión sexual en el momento del diagnóstico.

Expectativas (pronóstico)

El tratamiento adecuado, incluyendo una limpieza minuciosa, debe eliminar los piojos.

Complicaciones

El constante rascado y excavado pueden hacer que la piel quede en carne viva y que se presenten infecciones secundarias.

Situaciones que requieren asistencia médica

Solicite una cita con el médico si:

- Usted o su pareja sexual tiene síntomas de los piojos del pubis.
- Usted ensaya tratamientos de venta libre contra estos insectos y no son efectivos.
- Los síntomas continúan después del tratamiento.

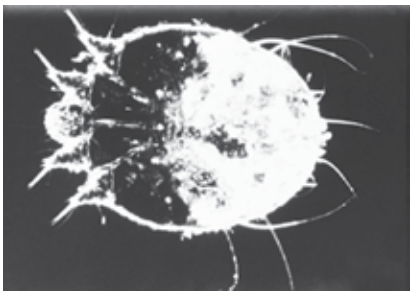
Prevención

Evite el contacto sexual o íntimo con personas infectadas.

Se recomienda siempre una buena higiene personal y, en la medida de lo posible, evitar probarse trajes de baño al ir de compras. Sin embargo, si se los tiene que probar, asegúrese de llevar puesta la ropa interior, lo cual puede prevenir la transmisión.

ESCABIOIS O SARNA[30]

Descripción.



La sarna es una enfermedad que afecta la piel de las personas. Esta enfermedad la causa un parásito muy pequeño que se mete en la piel, produciendo unas vejiguitas rojizas cubiertas por una costra color café.

La sarna produce mucha picazón sobre todo por la noche, haciendo que la persona se rasque. Al rascarse, se le hacen pequeñas heridas que se convierten en granos e infecciones. Las partes del cuerpo que más afecta la sarna son entre los dedos de las manos, en los brazos, las axilas, alrededor de los pechos y del ombligo, en los órganos sexuales, nalgas y músculos. Tanto la sarna como los granos que produce, son muy molestos y afectan la salud de los niños y adultos.

30. Tomado de: Costa Rica. Ministerio de Salud. Departamento Educación para la Salud, San José, Costa Rica, 1995

¿Cómo se transmite la sarna?

La sarna es una enfermedad que se pega con mucha facilidad, por esta razón se debe tratar inmediatamente al enfermo para que no se vayan a contagiar otras personas.

En los hogares, escuelas y centros de atención a niños el contagio de la sarna ocurre fácilmente al estar las personas en contacto directo a cada momento. En estos casos el parásito que produce la sarna pasa directamente de una persona enferma a otra sana.

En otras ocasiones, el parásito pasa de una persona a otra por medio de la ropa. Tanto la ropa de uso personal como la de cama pueden servir para transportar el parásito y producir el contagio de otras personas.

¿Cómo curar a una persona que tiene sarna?

El tratamiento de la sarna es diferente en cada caso. Cuando la enfermedad ha avanzado mucho, primero hay que curar los granos e infecciones de la piel y luego aplicar el tratamiento para matar los parásitos de la sarna. Debe hacerse así porque el tratamiento de la sarna quema o irrita la piel, por lo que la persona no resiste que se lo pongan si tiene alguna herida o grano en la piel.

Para curar la sarna es necesario frotarse todo el cuerpo desde el cuello hasta los tobillos con una loción que se llama BENZOATO DE BENCILO al 25%. Este tratamiento debe hacerse por la noche. Al día siguiente, la persona se baña bien con agua y jabón. Para aliviar la picazón, hay que ponerse aceite, calamina o alguna otra medicina recomendada por el médico.

En los niños pequeños (menores de 2 años), la aplicación del tratamiento se hace igual, pero se pone también en la cabeza y en los pies. Se debe tener cuidado para que la medicina no caiga en los ojos.

El tratamiento debe hacerse durante cuatro noches seguidas y debe repetirse a los ocho días en caso de que sea necesario. Este tratamiento es suficiente para curar la enfermedad y no debe ponerse por más de cuatro días porque ocasiona problemas en la piel.

¿Cómo se previene la sarna?

La higiene personal, así como el lavado y planchado de la ropa, son fundamentales para prevenir y para curar la sarna.

Para controlar la sarna se requiere que las familias de la comunidad colaboren aplicando correctamente el tratamiento a las personas que lo necesiten. La familia debe preocuparse por tener una buena higiene personal y de lavar y planchar bien sus ropas.

Cualquier persona que sospeche tener esta enfermedad debe acudir al centro de salud más cercano y evite el contagio a otras personas.

TEMÁTICA 3:

El VIH-sida

TIEMPO APROXIMADO:
2 horas

PROPÓSITO:

Analizar los conocimientos que tienen sobre el VIH y el sida, sus formas de transmisión, las enfermedades oportunistas y las medidas de prevención para mejorar el compromiso personal y de la FA en la reducción de casos de VIH-sida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Que los y las participantes:

- Reconozcan que es el VIH-sida.
- Identifiquen cómo el VIH-sida actúa en el organismo.
- Reconozcan cómo se transmite y cómo no se transmite el VIH
- Reconozcan qué son las enfermedades oportunistas.
- Identifiquen medidas de prevención.

CONTENIDOS:

- Historia del VIH
- ¿Qué es VIH y qué es sida?
- Desarrollo de la infección
- Formas de transmisión
- ¿Cómo no se transmite el VIH?
- Medidas de prevención
- Enfermedades oportunistas

MATERIALES DE APOYO:

Para el o la participante:

1. **Material de lectura 1** *"¿Qué son el VIH y el sida?"*
2. **Material de lectura 2** *"Formas de Transmisión del VIH".*

Para el facilitador o facilitadora:

1. **Material de lectura 1"** *¿Qué son el VIH y el sida?"*
2. **Material de lectura 2** *"Formas de Transmisión del VIH".*
3. *Papelógrafos, plumones.*

DESARROLLO:

1- El/a facilitador/a hace un breve recordatorios de la jornada anterior y les pregunta ¿Cuál es su compromiso personal para que no hayan nuevos casos de ITS en la Fuerza Armada?

2- El/a facilitador/a les pide que revisen en su cuaderno de lectura y ejercicios el **material de lectura 1**

3- A continuación el/a facilitador/a comenta que desde que la pandemia del VIH se instaló en el planeta, a mucha gente no le gusta hablar del tema debido a que la mayoría de personas infectadas lo ha adquirido por vía sexual. Hablar de VIH y sida es prácticamente hablar del estilo de vida más íntimo, lo cual muchas veces no se desea compartir con otras personas; por esta y otras razones hablar de VIH es enfrentarnos con nuestros propios prejuicios.

4- Para manejar mejor la información y combatir los prejuicios, se dividen en grupos, cada grupo toma una parte de la información que ha leído y prepara una forma divertida de ayudar a los demás a aprender dicha información.

5- En plenaria, cada grupo comparte los resultados y se aprovecha la oportunidad para despejar dudas sobre la temática.

6- Ahora, siempre en los mismos grupos leen en el cuaderno el material de lectura 2, y agregan al trabajo anterior el tema sobre prevención del VIH, dirigido a efectivos de una unidad militar, por lo que les pide que hagan un esquema de cuáles son los temas que no pueden dejar por fuera y por qué.

7- Cuando tienen listo el esquema de los temas que van a desarrollar les dice que van a realizar la dinámica “Comunidad en Riesgo”, en este caso cuando se hable de comunidad se pensará en “nuestra comunidad militar”. Para ello el/a facilitador/a da las siguientes indicaciones:

- A través de una plenaria y por medio de una lluvia de ideas, se van a definir los grupos que forman la comunidad por ejemplo: secretarias, nanas, ordenanzas, soldados, sargentos, oficiales, sub oficiales entre otros.

- Se divide al grupo de acuerdo a las categorías que resultaron en la plenaria, después cada uno de los grupos escribe en una cartulina el grupo que representa y bajo ella busca y escribe sub categorías por ejemplo: Soldados, bajo ellos puede ser gente joven o adolescentes hombres y/o adolescentes mujeres, debajo de estos otro que diga, usando drogas, vida sexual activa si protección, etc. Se continúa de esta manera en todas las categorías y se hacen las subdivisiones hasta que los grupos se encuentren satisfechos.

- Después cada grupo pasa a leer lo escrito por sus compañeros/as y escribe una cruz en aquel o aquellos grupos que consideren tienen más riesgo de adquirir el VIH.

- En plenaria todos/as los/as participantes analizan el cuadro completo y tratan de hallar vínculos entre los grupos de mayor riesgo, trazando líneas entre estas relaciones.

- El ejercicio finaliza cuando se ha generado la conciencia de que prácticamente todos/as estamos en riesgo.

8. Para cerrar la jornada el/a facilitador/a les pregunta:

✓ ¿Qué nuevo aprendía ahora?
✓ ¿Me sirve para mi vida personal?
✓ ¿Pienso ponerlo en práctica? Si o no y ¿Dónde?

Material de lectura I

"¿Qué son el VIH y el sida?"

En Junio de 1981 el New york times habló por primera vez de una rara enfermedad que consumía a sus víctimas en poco tiempo, los científicos iniciaron sus investigaciones y 2 años después se descubrió el agente causal de la enfermedad el Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

En 1984, dos científicos, los Doctores Robert Gallo en los Estados Unidos y el profesor Luc Montagnier en Francia, aislaron de manera independiente el virus que causaba el sida. Luego de una disputa prolongada, accedieron a compartir el crédito por el descubrimiento. En 1986 el virus fue denominado VIH (virus de inmunodeficiencia humana). El descubrimiento del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo, el cual se comenzó a utilizar para identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados. También permitió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna.

Al principio de la epidemia la comunidad homosexual fue culpada de la aparición y posterior expansión del sida en **Occidente,** llamándosele por un breve periodo de tiempo la enfermedad rosa. Incluso algunos grupos religiosos llegaron a decir que el sida era un castigo de **Dios** a los homosexuales (esta falsa creencia aún es popular entre ciertas minorías de creyentes cristianos y musulmanes). En un principio el sida se expandió más deprisa a través de las comunidades homosexuales, esto pudo deberse, a que en esos tiempos no era común el uso del condón entre homosexuales, por considerarse que éste era sólo un método anticonceptivo. Por otro lado, es importante mencionar que la difusión del VIH en África fue principalmente por vía heterosexual.

El sida pudo expandirse rápidamente al concentrarse la atención sólo en los homosexuales, esto contribuyó a que la enfermedad se extendiera sin control entre heterosexuales, particularmente en África, el Caribe y luego en Asia.

Gracias a la disponibilidad de tratamiento antirretrovirales, las personas con VIH pueden llevar una vida normal. Actualmente se dice que el VIH está siendo equivalente a una enfermedad crónica, claro está, sin las infecciones oportunistas características del sida no tratado. Los antirretrovirales están disponibles mayormente en los países desarrollados. Su disponibilidad en los países en desarrollo está creciendo, sobre todo en América Latina; pero en África, Asia y Europa Oriental muchas personas todavía no tienen acceso a esos medicamentos, lo que favorece el desarrollo de infecciones oportunistas y mueren algunos años después de la seroconversión.

Algunas teorías sobre el VIH

Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del sida. La teoría con más apoyo planteaba que el sida era causado por un virus. La evidencia que apoyaba esta teoría era, básicamente, epidemiológica. En 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales con sida de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como base para establecer un patrón de transmisión típico de las enfermedades infecciosas.

Otras teorías sugieren que el sida surge a causa del excesivo uso de drogas y de la alta actividad sexual con diferentes parejas. También se planteó que la inoculación de semen en el recto durante el sexo anal combinado con el uso de inhalantes con nitrito (poppers) producía supresión del sistema inmune. Pocos especialistas tomaron en serio estas teorías, aunque algunas personas todavía las promueven y niegan que el sida sea producto de la infección del VIH.

La teoría más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado «virus de inmunodeficiencia en simios» (SIV, en inglés), el cual es idéntico al VIH y causa síntomas similares al sida en los primates.

¿Qué es el VIH?

El VIH es el Virus de Inmunodeficiencia humana, que ataca al sistema de defensas o sistema inmunológico de los seres humanos y produce incapacidad en el sistema inmunológico para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos, y se desarrolla cuando el nivel de linfocitos T CD4 desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre.

Normalmente, los glóbulos blancos y anticuerpos atacan y destruyen a cualquier organismo extraño que entra al cuerpo humano. Esta respuesta es coordinada por un tipo de células llamados linfocitos CD4. Desafortunadamente, el VIH ataca específicamente a las células que expresan el receptor CD4, una de las más

importantes son los linfocitos T CD4+ y entra en ellos. Una vez dentro, el virus transforma su material genético de cadena simple (ARN) a uno de cadena doble (ADN) para incorporarlo al material genético propio del huésped (persona infectada) y lo utiliza para replicarse o hacer copias de sí mismo. Cuando las nuevas copias del virus salen de las células a la sangre, buscan a otras células para atacar. Mientras, las células de donde salieron mueren. Este ciclo se repite una y otra vez.

Para defenderse de esta producción de virus, el sistema inmune de una persona produce muchas células CD4 diariamente. Paulatinamente el número de células CD4 disminuye.

Dado que el organismo posee mecanismos de control de crecimiento celular dependiente de células CD4, la destrucción progresiva de éstas células ocasionará que estos mecanismos no sean adecuadamente regulados, lo que origina en consecuencia la presencia de algunas neoplasias (cáncer) que no ocurrirían en personas «sanas». El VIH, además, es capaz de infectar células cerebrales, causando algunas afecciones neurológicas.

¿Qué es el sida?

Es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, es la etapa final de la infección del VIH, esto implica que el sistema inmunológico de la persona esta profundamente dañado, lo cual significa que el organismo no puede defenderse de otros virus, bacterias, hongos y parásitos que causan enfermedades, lo que deja a la persona susceptible de sufrir enfermedades que una persona sana sería capaz de enfrentar, como la neumonía atípica y la meningitis atípica. Estas enfermedades son principalmente infecciones oportunistas.

Se le denomina Síndrome porque es un conjunto de síntomas y signos de manifestaciones físicas que caracterizan a una enfermedad.

Y es adquirido porque el sida no se hereda ni se “trae” genéticamente. Se transmite de persona a persona por medio de fluidos corporales específicos. Las niñas y los niños que nacen con VIH lo han adquirido de su madre, durante el embarazo o parto debido al contacto y exposición del bebé con la sangre de su madre infectada.

Desarrollo de la Infección[31]

Según las características y severidad de la infección se distinguen tres etapas básicas que son: el período de ventana, el período de latencia, seropositividad o asintomático y el periodo final o sintomático.

31 Karina Grant Delgado, Laura Sanchez Calvo, Marta Ureña Salazar. Módulo socioeducativo para la prevención del VIH/ SIDA entre jóvenes. Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1a ed. San José Costa Rica 2006.

Período de Ventana

Cuando el VIH entra al organismo existe un período aproximado de 6 a 12 semanas en que el virus no puede ser identificado por pruebas de laboratorio. Las pruebas de laboratorio no detectan directamente al virus sino a los anticuerpos que el organismo produce ante la llegada del virus, pero estos no son detectables sino hasta transcurrido el tiempo antes mencionado. Por tal motivo antes de este tiempo no es posible diagnosticar con certeza que una persona está o no infectada.

Durante el período de ventana el cuerpo puede reaccionar y presentar ciertos síntomas como inflamación o agrandamiento de los ganglios linfáticos, dolor de garganta, erupciones cutáneas u otras similares a una infección viral como la gripe. Otras personas no presentan estos síntomas o éstos serán inespecíficos.

Es de suma importancia tomar en cuenta que aunque durante el período de ventana ninguna prueba de laboratorio resulta eficaz, la persona portadora del virus puede transmitirlo e infectar a otros.

Período de Latencia, seropositividad o asintomático

Una vez que las pruebas de laboratorio (ELISA o Western Blot que es la prueba confirmatoria) indican la existencia del VIH en el organismo, se dice con certeza que es una persona portadora o seropositiva y se encuentra aún sana o asintomática, debido a que su sistema inmunológico todavía no se encuentra debilitado.

La persona se ve y se siente saludable. Este período tiene una duración variable, influyendo el estido de vida, la toma de medicamentos antirretrovirales, el tipo de virus con el que se ha infectado, o nuevas reinfecciones con VIH, ciertas características propias del organismo, la vía de infección y la cantidad de virus con que se infectó. En general transcurren entre 5 y 15 años para que aparezcan los primeros síntomas de la enfermedad. Existen personas que pueden presentar síntomas antes o después de este tiempo, incluso algunos meses luego de infectarse.

Período Final

Se considera a una persona como enferma de sida, cuando además de haber obtenido un resultado positivo en las pruebas de laboratorio, se ha verificado la presencia de signos, síntomas y enfermedades oportunistas. El conteo de linfocitos CD4 en sangre también es una importante medida del inicio y progreso de la enfermedad del sida La disminución progresiva de los CD4 lleva a una expansión total de la enfermedad. La infección primaria con el VIH provoca una disminución transitoria y moderada de las células.

Durante el período de latencia que le sigue, el conteo de CD4 se mantiene sobre los 350/ml (trescientas cincuenta células por mililitro) un conteo menor a los 350/ml es el indicativo general de que debe iniciarse la terapia antirretroviral. Sin embargo para mujeres embarazadas, la terapia debe iniciarse mucho antes.

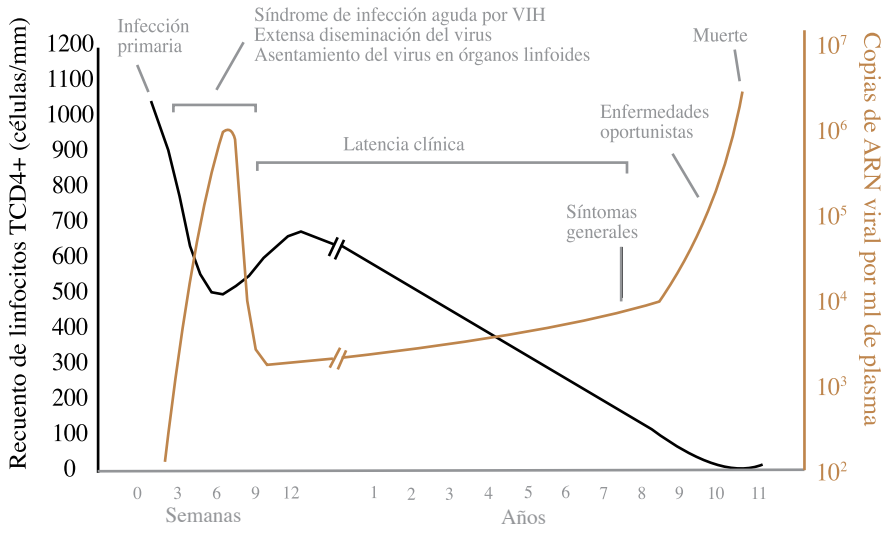
Conteos menores a 200/ml, generalmente son señal de un aumento en el riesgo de contraer cáncer o alguna enfermedad oportunista. Si no se administra el medicamento necesario los CD4 continuarán en descenso hasta llegar a la muerte, también puede darse el caso de que si la persona es medicada adecuada y oportunamente puede salir de la crisis y reiniciar una nueva etapa.

Entre los signos más característicos de un estado inmunodeficiente se encuentran:

- ✓ *Fiebres inexplicables.*
- ✓ *Dificultad para tragar.*
- ✓ *Sudores nocturnos.*
- ✓ *Pérdida de peso sin razón.*
- ✓ *Fatiga crónica.*
- ✓ *Diarrea persistente.*
- ✓ *Manchas en la piel.*
- ✓ *Hongos o manchas blancas en la boca.*
- ✓ *Inflamación de ganglios de cuello, axila o ingle.*
- ✓ *Tos seca.*

Las enfermedades oportunistas que pueden presentarse son:

- *Neumonía*
- *Sarcoma de Kaposi*
- *Toxoplasmosis*
- *Citomegalovirus*
- *Criptococosis*
- *herpes*
- *Tuberculosis*
- *Criptosporidosis*
- *candidiasis*



Material de lectura 2

Formas de Transmisión del VIH.

El VIH se transmite de persona a persona a través de algunos fluidos corporales muy específicos: sangre, semen, leche materna, secreciones vaginales y preeyaculatorias.

1- *Por contacto sanguíneo directo con sangre que tenga presencia del VIH. Este contacto puede ser por diferentes causas entre ellas están: el compartir agujas para drogas inyectables, para realizar perforaciones para aretes "piercing" o tatuajes y por transfusiones sanguíneas sin el control apropiado. Es importante señalar que desde 1987 en nuestro país se realiza un estricto control en la calidad de la sangre que ha ser transfundida por lo que no se reportan casos por este medio.*

2- *De la madre al bebé, llamada transmisión vertical: puede ocurrir durante la gestación, durante el parto o a través de la leche materna al ser amamantado. La cantidad de virus presente en la leche materna no implica riesgo de infección para una persona adulta, pero si para el lactante.*

3- *Transmisión a través de mucosas: Las mucosas son tejidos muy suaves, que tienen muchos pliegues y que se encuentran en zonas intermedias entre la piel externa y los órganos internos, específicamente en orificios del cuerpo como boca, ojos, recto, vagina etc. tienen muchísimos pliegues como una tela arrugada, es decir, si las extendiéramos tendrían un área mayor de la que aparentan ocupar y están llenas de vasos sanguíneos que se conectan con el torrente sanguíneo interno. Estas partes del cuerpo requieren protección adecuada cuando entran en contacto con los tres líquidos potencialmente infecciosos para las personas adultas, sangre, semen y fluidos vaginales.*
El VIH presente en estos fluidos podría entrar a través de las mucosas citadas anteriormente las cuales son susceptibles a sufrir desgarres y de esta forma el VIH pasa al torrente sanguíneo, lo que produce la infección.

La saliva no es un fluido corporal potencialmente infeccioso, pues la concentración de VIH en ella no es suficientemente alta para infectar a otra persona. Por esta razón un beso no implica riesgo.

Si bien es cierto existen diferentes formas de adquirir el VIH, la forma más frecuente es a través de las relaciones sexuales desprotegida, lo que ha sido comprobado de hombre a mujer, de mujer a hombre, de mujer a mujer y de hombre a hombre. El uso condones de látex se recomienda para todo tipo de actividad sexual que incluya penetración.

Es importante enfatizar que se debe usar el condón hecho del material látex, pues otro condón (de carnero) que existe en el mercado, hecho a base de material orgánico, no es efectivo para la prevención.

Cuando los condones son usados de forma correcta y consistente, cuidando sus normas de conservación, tienen una tasa estimada de efectividad del 90-95%, tanto para la prevención de embarazos como en la adquisición de ITS, especialmente el VIH.

El sexo anal

Se considera que el sexo anal es una de las actividades sexuales de más alto riesgo, debido a la delicadeza de los tejidos del ano y a la facilidad con que se rasga, lo que permite el intercambio del semen con la sangre, y es una fácil puerta de entrada del VIH, si la persona se encuentra infectada; por lo que se recomienda de manera enfática la utilización adecuada del condón.

Es importante tener presente que el condón sirve únicamente una vez, y debe utilizarse uno nuevo en cada relación sexual, también se recomienda el uso de lubricantes a base de agua. Otros como la vaselina o con base de aceite o petróleo, debilitan el condón y lo vuelven propenso a rasgarse.

Sexo oral

En términos de trasmisión del VIH, se considera que el sexo oral tiene menos riesgos que el vaginal o el anal. Sin embargo, la relativa falta de investigación definitiva sobre el tema, sumada a información pública de dudosa veracidad e influencias culturales, han llevado a que muchos crean, de manera incorrecta, que el sexo oral es seguro. Aunque el factor real de trasmisión oral del VIH no se conoce aún con precisión, hay casos documentados de transmisión a través de sexo oral por inserción y por recepción (en hombres).

Se recomienda usualmente no permitir el ingreso de semen o fluido pre-seminal en la boca. Por lo que se sugiere el uso de condones de látex para esta práctica El condón que haya sido utilizado para la práctica del sexo oral, debe desecharse. En caso de que exista coito vaginal o anal posterior, se utilizará un nuevo profiláctico; ya que las microlesiones que se producen en el látex por el roce con las piezas dentarias, pueden permitir el paso del virus.

¿Cómo NO se transmite el VIH?

El VIH no se transmite por tener los siguientes contactos con una o más personas que tengan VIH o sida:

- ☺ Abrazándose.
- ☺ Besándose.
- ☺ Trabajando en la misma oficina.

- ☺ Jugando.
- ☺ Usando el mismo inodoro o baño.
- ☺ Por medio de la picadura de mosquitos o zancudos.
- ☺ Compartiendo tazas, vasos, platos o utensilios de alimentación.
- ☺ Hablando con alguien.
- ☺ Estudiando juntos/as en escuela, colegio o universidad.
- ☺ Compartiendo una comida.
- ☺ Nadando en una piscina.
- ☺ Siendo su amigo o amiga.
- ☺ Dándose una ducha.
- ☺ Dándose las manos.

Medidas de Prevención

El riesgo de infección por VIH no es inherente a ningún grupo humano por sus características o condiciones propias. Es decir no tienen que ver con las características individuales, con etnia, edad, creencias políticas o religiosas, sexo, preferencias y orientaciones sexuales o condición socioeconómica. Si la infección se presenta en alguna persona o grupo de personas, no es debido a su forma de ser o de pensar, sino a las conductas de riesgo en las que se involucra, debido a un comportamiento específico.

Por lo tanto no es correcto hablar de “grupos de riesgo” si no de personas que practican “conductas de riesgo” y que precisamente por sus conductas o por las condiciones del entorno (dificultades de acceso a información y a servicios o medidas de protección) se incrementa su vulnerabilidad.

Las personas pueden evitar la infección con el VIH/sida aplicando lo que mundialmente se conoce como el ABCCDE de la prevención (abstinencia, fidelidad mutua, uso correcto y consistente del condón, cambio de comportamiento, reducción de la discriminación y del estigma).

Conocimiento actual de la enfermedad

El VIH está emparentado con otros virus que causan enfermedades parecidas al sida. Se cree que este virus se transfirió de los animales a los humanos a comienzos del siglo XX.

Existen dos virus diferenciados que causan sida en los seres humanos, el VIH-1 y el VIH-2. Del primero la especie reservorio son los chimpancés, de cuyo virus propio, el SIV se deriva. El VIH-2 procede del SIV propio de una especie de monos de África Occidental.

En ambos casos la transmisión entre especies se ha producido varias veces, pero la actual pandemia resulta de la extensión del grupo M del VIH-1, procedente según estimaciones de una infección producida en África Central, donde el virus manifestó la máxima diversidad, en la primera mitad del siglo XX.

La pandemia actual arrancó en África Central, pero pasó inadvertida mientras no empezó a afectar a población de países ricos, en los que la inmunosupresión del sida podía confundirse fácilmente con la desnutrición debida a otras causas, sobre todo para sistemas médicos y de control de enfermedades mal dotados de recursos.

La muestra humana más antigua que se sepa que contiene VIH fue tomada en 1959 a un marino británico, quien aparentemente la contrajo en lo que ahora es la República Democrática del Congo.

Otras muestras que contenían el virus fueron encontradas en un hombre estadounidense que murió en 1969 y en un marino noruego en1976. Se cree que el virus se adquirió a través de actividad sexual, posiblemente a través de trabajadoras/es sexuales, en las áreas urbanas de África. A medida que los primeros infectados viajaron por el mundo, fueron llevando la enfermedad a varias ciudades de distintos continentes.

Las mujeres y el sida

Según el Fondo de las Naciones Unidas para las Mujeres (UNIFEM, a pesar de que la infección del VIH comenzó concentrándose básicamente en hombres, al día de hoy, las mujeres suponen el 50% de las personas infectadas con el VIH. Incluso en regiones como el África Subsahariana, las mujeres representan el 60% del total de la población con VIH.

Resistencia natural

Investigaciones recientes confirmaron que de hecho existen personas más inmunes al Virus, debido a una mutación en el genoma llamada “CCR5-delta 32”. Según se cree, habría aparecido hace 700 años, cuando la peste bubónica diezmó a Europa. La teoría dice que los organismos con ese gen, impiden que el virus ingrese en el glóbulo blanco. Este mecanismo es análogo al de la peste negra. El VIH se desarrolla en estas personas de manera más lenta, y han sido bautizados como “no progresores a largo plazo”.

Tratamiento

Actualmente existen medicamentos, llamados antirretrovirales que inhiben enzimas esenciales, la transcriptasa reversa, retrotranscriptasa o la proteasa, con lo que reducen la replicación del VIH.

De esta manera se frena el progreso de la enfermedad y la aparición de infecciones oportunistas, así que aunque el sida no puede propiamente curarse, sí puede convertirse con el uso continuado de esos fármacos en una enfermedad crónica compatible con una vida larga y casi normal.

En el año 2007 la Agencia Europea del Medicamento (EMEA) autoriza el fármaco Atripla que combina tres de los antirretrovirales más usuales en una única pastilla. Los principios activos son el efavirenz, la emciticitabina y el disoproxilo de tenofovir. El medicamento está indicado para el tratamiento del virus-1 en adultos.

El común denominador de los tratamientos aplicados en la actualidad es la combinación de distintas drogas antiretrovilares, comúnmente llamada “cóctel”. Estos “cócteles” reemplazaron a las terapias tradicionales de una sola droga que sólo se mantienen en el caso de las embarazadas VIH positivas.

Las diferentes drogas tienden a impedir la multiplicación del virus y, hacen más lento el proceso de deterioro del sistema inmunitario. El “cóctel” se compone de dos drogas inhibidoras de la transcriptasa reversa (las drogas) AZT, DDI, DDC, 3TC y D4T) y un inhibidor de otras enzimas las proteasas.

Al inhibir diferentes enzimas, las drogas intervienen en diferentes momentos del proceso de multiplicación del virus, impidiendo que dicho proceso llegue a término. La ventaja de la combinación reside, justamente, en que no se ataca al virus en un solo lugar, sino que se le dan “simultáneos y diferentes golpes”.

Los inhibidores de la transcriptasa inversa introducen una información genética equivocada” o “incompleta” que hace imposible la multiplicación del virus y determina su muerte. Los inhibidores de las proteasas actúan en las células ya infectadas impidiendo el «ensamblaje» de las proteínas necesarias para la formación de nuevas partículas virales.

Breve cronología del sida.[32]

1981

En varones homosexuales de EU se identifican los primeros casos de deficiencias del sistema inmunitario poco comunes.

Los medios de comunicación hablan del “cáncer rosa”. La cuenta fatídica comienza con alrededor de mil casos de sida en todo el mundo.

1982

Se encuentran casos entre heroinómanos, hemofílicos y haitianos, además de los homosexuales, por lo que se habla del “club de las 4 haches”, y se maneja el desafortunado término de “grupos de riesgo”.

Se detecta una epidemia heterosexual en África de mayores proporciones que la norteamericana.

Se identifican con claridad las vías de transmisión: sexual, perinatal y sanguínea.

El Departamento de Salud de Estados Unidos establece el término oficial de síndrome de inmuno deficiencia adquirida (sida).

El número estimado de casos se eleva a casi 1 millón.

1983

En Francia, Luc Montaigner logra aislar al agente causal del sida y lo denomina virus de la linfadenopatía (LAV).

La jerarquía católica habla de “castigo divino” a los “pervertidos”.

Las organizaciones gay son las primeras en responder a la crisis de salud. Se realiza la primera Caminata Nocturna Silenciosa en San Francisco.

En México se detecta el primer caso. En Estados Unidos la cifra rebasa los 3 mil casos, mientras que a nivel mundial se estiman cerca de un millón y medio.

1984

Robert Gallo anuncia que ha logrado aislar el virus que causa el sida y lo llama HTLV-III, con lo que se inicia el pleito, en el que hay de por medio millones de dólares, por la autoría del descubrimiento.

Fallece el filósofo francés Michel Foucault a causa del sida. La cuenta sigue en ascenso: 2 millones 100 mil.

32 *http://www.jornada.unam.mx/2001/12/06/ls-cronologia.html*

1985

Aparecen las pruebas diagnósticas bajo los nombres de ELISA y Western Blot. Se realiza la primera Conferencia Mundial sobre Sida en Atlanta, Estados Unidos. Fallece la estrella de Holywood Rock Hudson.

En México, el nuncio Girolamo Prignione califica al sida de “castigo divino” y al condón como “instrumento del demonio”. La cifra fatal se eleva a 3 millones de casos.

1986

Luego de un acuerdo internacional se denomina al agente causal del sida como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). El conteo asciende a 4 millones de casos.

1987

Los gobiernos de Francia y EU anuncian un acuerdo sobre la patente del test serológico, de esta manera, termina la disputa entre Luc Montaigner y Robert Gallo, a quienes se considera codescubridores del virus.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el Programa Especial sobre sida, que más tarde se llamará Programa Mundial del Sida.

La Federal Drug Administration (FDA) aprueba el uso de zidovudina (AZT), primer fármaco antirretroviral contra el VIH. Se crea la organización Act Up en Estados Unidos, caracterizada por su combatividad, originalidad y su radicalismo contra la apatía gubernamental y la codicia de las farmacéuticas.

Se fundan el Consejo Internacional de Organizaciones de Servicios sobre el Sida y la Red Mundial de Personas que Viven con VIH/sida.

En México se prohíbe la comercialización de la sangre luego del escándalo del número de donadores remunerados infectados en los bancos de sangre privados.

Se realiza la primera Caminata Nocturna Silenciosa en México y se lleva a cabo el Primer Congreso Nacional de Sida. La cifra a nivel mundial aumenta a 5 millones.

1988

Por primera vez, los ministros de Salud de todo el mundo se reúnen en Londres para abordar el problema del VIH/sida. En Estados Unidos, el gobierno envía el documento Comprendiendo al sida a 110 millones de hogares.

En México se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida por decreto presidencial. La cifra mundial de casos se eleva a 7 millones.

1989

Gracias a las enérgicas campañas de Act Up, la compañía Burroughs Wellcome reduce el precio del AZT en 20 por ciento.

Estados Unidos reporta 100 mil casos de sida. Se establece el 1 de diciembre como Día Mundial de Lucha contra el Sida. Fallece el fotógrafo estadounidense Robert Mapplethorpe.

En México, se crea Mexicanos Contra el Sida, Confederación de Organismos no Gubernamentales, AC, como primera respuesta política y coordinada a nivel nacional frente al sida.

Conasida lanza una campaña en pro del condón como medio de prevención. Ante el boicot de la ultraderecha, opta por retirarla. El conteo, 9 millones 500 mil casos.

1991

Se aprueba el segundo fármaco antirretroviral: didanosida o ddI. La muerte de Freddie Mercury, cantante del grupo de rock Queen, causa consternación mundial.

El grupo de artistas Visual AIDS crea el listón rojo como símbolo de solidaridad con las personas afectadas por el sida.

El deportista Magic Johnson declara tener VIH. En México se aprueba el uso del AZT.

La estimación de casos mundiales se eleva a 14 millones y medio.

1992

La FDA aprueba el tercer medicamento antiviral: DDC.

En Europa se empieza a comercializa el condón femenino. Se recomiendan los tratamientos combinados de dos antivirales.

En México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), junto con algunas organizaciones de lucha contra el sida, publica la Cartilla de Derechos Fundamentales de la Personas que Viven con VIH/sida.

La pandemia sigue su curso ascendente: 17 millones de casos.

1993

Los CDC incluyen más enfermedades oportunistas en la definición del sida. Fallece el famosos bailarín Rudolf Nureyev.

En Francia muere Cyrill Collard, novelista y cineasta, autor de Las Noches Salvajes, filme políticamente incorrecto que retrata la vida de un varón bisexual con VIH, la película se convierte en un éxito de taquilla.

En México, muere el filósofo, periodista y activista Francisco Galván Díaz, fundador del suplemento Sociedad y Sida. La cuenta crece: Más de 20 millones de casos mundiales.

1994

Se aprueba la venta del cuarto medicamento: el D4T. El uso de AZT durante el embarazo logra reducir en más de 60 por ciento la transmisión materno-infantil del virus. Fallece Derek Jarman, cineasta, pintor y activista inglés.

El clavadista y medallista olímpico Greg Louganis declara tener el VIH. En México, el sida pasa a ser la cuarta causa de muerte en hombres de 25 a 34 años de edad. El conteo, 24 millones de personas infectadas.

1995

Se aprueba el saquinavir, primer inhibidor de la proteasa.

En Europa oriental se detecta un brote de VIH entre los consumidores de drogas intravenosas

En México, se publica la Norma Oficial Mexicana para el Control de la Infección por el VIH en el Diario Oficial de la Federación.

Más de 27 millones de personas con el virus en el mundo.

1996

Se crea el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (Onusida). Nuevos medicamentos son aprobados, entre ellos: indinavir y nevirapina.

Se celebra la XI Conferencia Internacional sobre Sida en Vancouver, donde se da a conocer con gran optimismo el famoso “coctel antiviral”, combinación de tres medicamentos que logra desacelerar el avance del virus en el organismo.

Estados Unidos anuncia un descenso de 13 por ciento en las muertes relacionadas al sida gracias al “coctel” de medicamentos. Se establece la prueba de la carga viral como un indicador útil para determinar el avance del virus en el organismo.

En México nace el Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH (FrenpaVIH) para luchar por el acceso universal de los costosos medicamentos. La estimación de infecciones llega a los 30 millones 500 mil casos.

1997

Brasil, primer país en desarrollo que aprueba dar los tratamientos a todas las personas afectadas a través de su sistema público de salud. El número de defunciones en los países donde se aplican las triterapias desciende de 33 a 50 por ciento.

En México, el arzobispo Norberto Rivera Carrera propone incluir en la envoltura de los condones la leyenda: “Este producto es nocivo para su salud”.

Mientras que el FrenpaVIH organiza un plantón frente al Centro Médico Nacional para exigir acceso a los medicamentos, como resultado, al mes siguiente se publica en el Diario Oficial de la Federación la inclusión de los nuevos inhibidores de proteasa (indinavir, saquinavir y ritonavir) en el Catálogo de Medicamentos del IMSS. La cuenta es ahora de 33 millones.

1998

La AidsVax, primera vacuna en ser experimentada a gran escala en humanos. Se realiza la XII Conferencia Internacional sobre Sida en Ginebra, donde los científicos reconocen que se sobrestimó la potencia de los novedosos tratamientos.

El optimismo se desvanece por los reportes sobre los efectos secundarios, las fallas terapéuticas, el desarrollo de resistencias virales y el elevado costo de los medicamentos que los vuelve inaccesibles para el 90 por ciento de las personas afectadas en todo el mundo.

Muere Jonathan Mann en accidente aéreo, una de las figuras clave en la lucha mundial contra el sida.

En México, la UNAM y la Ssa crean el controvertido fideicomiso Fonsida A.C. con el fin de recabar fondos privados para la compra de medicamentos, proyecto que fracasará dos años después.

El último reporte: 6 mil personas contraen el virus diariamente en el mundo.

1999

Crece la transmisión de virus resistentes a los medicamentos. Se decreta al sida desastre mundial.

El conteo sigue su curso: 36 millones de infecciones, 16 millones de decesos.

2000

Los gobiernos de Brasil y Sudáfrica se enfrentan a las grandes compañías farmacéuticas por su política de producir los medicamentos sin respetar las patentes.

Crece la presión mundial para que esas compañías rebajen sus precios en los países pobres.

En México, la Suprema Corte de Justicia falla a favor de una persona con VIH/sida sobre su derecho a recibir las más avanzadas terapias contra el mal.

La nueva cifra: 37 millones.

2001

Algunas compañías farmacéuticas rebajan sus precios en Africa y América Latina, y retiran las demandas contra los países productores de genéricos.

La Organización Mundial de Comercio acuerda flexibilizar sus tratados de patentes.

Alrededor de 80 vacunas han sido experimentadas a la fecha en seres humanos sin tener todavía resultados satisfactorios.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), realiza una sesión extraordinaria sobre el VIH/sida, donde se firma una Declaración de Compromiso para detener la pandemia.

En México, Letra S, salud, sexualidad, sida, gana el Premio Nacional de Periodismo e Información 2001.

El conteo al final del año: 40 millones de casos y 20 millones de defunciones.

2007

Se espera que pueda estar lista la primera vacuna contra el VIH.

Se estiman más de 100 millones de casos de VIH/sida en el mundo.

El sueño de la vacuna contra el VIH, aún continúa siendo eso un sueño.

TEMÁTICA 4:

Comportamientos de riesgo y su relación con el VIH, como una amenaza humanitaria y a la seguridad de la paz del planeta

TIEMPO APROXIMADO:
2 horas

PROPÓSITO:

Identificar comportamientos personales de riesgo, adquirir compromiso consigo mismos para colaborar en la disminución de la pandemia y promover estrategias para que el VIH deje de ser una amenaza a la paz del planeta.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Que los y las participantes:

- Reconozcan cómo los comportamiento de riesgo de cada uno/a contribuyen para que el VIH se convierta en una amenaza a la paz mundial.
- Identifiquen y asuman cambios de comportamiento que contribuyan a disminuir este riesgo.

CONTENIDOS:

- Seguridad y respuesta humanitaria al sida
- Operaciones de mantenimiento de paz y servicios uniformados.

MATERIALES DE APOYO:

Para el o la participante:

1. **Material de lectura 1:** Seguridad y Respuesta Humanitaria al sida.
2. **Material de lectura 2:** Refugiados y el impacto de la guerra en el VIH.
3. **Material de lectura 3**: *Derechos de las personas con relación al VIH/ sida.*

Para el facilitador o facilitadora:

1. **Material de lectura 1:** Seguridad y Respuesta Humanitaria al sida
2. **Material de lectura 2:** Refugiados y el impacto de la guerra en el VIH
3. **Material de lectura 3:** Derechos de las personas con relación al VIH/ sida

DESARROLLO:

1- El/a facilitador/a hace una pequeña retroalimentación de la jornada anterior y les pregunta sobre qué piensan que puede hacerse en las unidades militares para que todos y todas sepan sobre VIH, sida y las formas prevención, y además practiquen esas formas.

2- Se reúnen en grupos y leen **el material de lectura 1** en el cuaderno de lectura y ejercicios.

3- Al concluir la lectura del material les pide que elaboren un listado de medidas que de manera individual y colectiva pueden tomar para mejorar la capacidad de respuesta del ejército salvadoreño al VIH.

4- Luego, continúan en grupo y leen el **materia de lectura 2** el cual ha sido tomado del informe presentado por la Cruz Roja y Media Luna Roja en el 2008 y reciben las siguientes indicaciones:

5- Revisan los Derechos sexuales y Reproductivos (ya vistos con anterioridad) así como los Derechos de las personas con relación al VIH/sida **(Material de lectura 3)** y enumeren cuáles les han sido vulnerados y cuáles se cumplen.

4. A continuación cada grupo va a ser enviado a la ciudad de Ruanda Oriental para colaborar en la reconstrucción y mantenimiento del orden de esa ciudad, por lo que en base a los conocimientos adquiridos sobre SSR y VIH elaboren un plan de contingencia para evitar que la tropa bajo su cargo cometa alguna de las vejaciones que allí se describe y a la vez eviten infectarse de VIH. Dentro del plan también tienen que incluir listados de suministros que les ayudarían a disminuir sus conductas de riesgo.

5. En plenaria les pide que todos/as respondan las siguientes preguntas:
   - ✓ ¿Qué cosas nuevas aprendí durante el desarrollo de estos módulos?
   - ✓ ¿Qué dejo y qué me llevo?
   - ✓ ¿Voy a transmitir estos conocimientos?
   - ✓ ¿Reconozco que los cambios de comportamiento individuales benefician a la humanidad? Si o no y ¿porqué?

Nota. El plan puede ser elaborado después de la actividad y exponerlo en la siguiente actividad.

Material de lectura 1:

Seguridad y respuesta humanitaria al sida.

El sida y la inseguridad mundial coexisten en un círculo vicioso. Las guerras civiles y los conflictos internacionales fomentan la propagación del VIH en medio de la desestabilización de la población que provocan y el avance de los ejércitos por nuevos territorios.

Además, la epidemia contribuye a que se extienda un sentimiento de inseguridad nacional e internacional debido al gran número de infecciones por el VIH entre los militares y el personal de las fuerzas de mantenimiento de la paz.

En los conflictos armados las personas se ven a menudo obligadas a desplazarse en masa, sufren abusos frecuentes como la violencia sexual, y viven en situaciones de pobreza e indefensión que les pueden forzar a ofrecer relaciones sexuales por dinero para sobrevivir. Además, las infraestructuras se suelen colapsar, al igual que los servicios sanitarios y de prevención. Tales condiciones aumentan el riesgo de que las personas se infecten por el VIH, especialmente las mujeres y los niños.

La relación entre los conflictos armados y la difusión del VIH es compleja, difícil de predecir y poco entendida. En ella inciden diferentes factores como la movilidad de la población, la prevalencia del VIH y el nivel de interacción sexual.

En las regiones donde las tasas de prevalencia son altas, la epidemia destruye el tejido fundamental de lo que constituye un Estado: los individuos, las familias, las comunidades y las instituciones políticas. El sida afecta e incluso llega a desestructurar por completo las comunidades.

La administración pública, el gobierno y los servicios sociales se vuelven insostenibles en el transcurso de la epidemia, y disminuye la capacidad de afrontar los problemas y de mantener el orden. Como resultado, es probable que los conflictos internos se recrudezcan, especialmente en zonas que han sufrido violencia y guerras a lo largo de su historia.

El sida también influye directamente en la capacidad militar. Entre los grupos de población masculina, los militares y los policías son los que suelen adoptar más comportamientos de riesgo y tener un número mayor de parejas sexuales. Las tasas de infección sexual entre los primeros son de dos a cinco veces más altas que las de la población civil en tiempos de paz. Estas cifras aumentan drásticamente durante los conflictos. En algunos países donde la tasa de prevalencia entre adultos es del 20%, hasta el 50% del personal militar podría ser seropositivo.

La falta de experiencia, de aptitudes y de formación dentro de estos grupos puede impedir que los militares estén debidamente preparados. Con el aumento de la incidencia del VIH, las tensiones en y entre los estados pueden agudizarse en muchas regiones. Por lo tanto, que las fuerzas de seguridad, y particularmente las de defensa, no estén debidamente preparadas puede constituir una amenaza para la paz internacional.

Reconociendo las implicaciones del sida en las cuestiones de seguridad, el Consejo de Seguridad de la ONU hizo historia en enero del año 2000 al plantear por primera vez un debate sobre un problema sanitario. Con la posterior adopción de la Resolución 1308 (2000), y subrayó la amenaza potencial que la epidemia supone para la seguridad internacional, especialmente en conflictos y procesos de pacificación.

El aumento del interés internacional sobre el VIH en el contexto de la seguridad indica un alejamiento de la definición tradicional de ésta como ausencia de conflicto armado, en beneficio de un significado más amplio que engloba las condiciones fundamentales necesarias para que las personas puedan llevar una vida segura, estable, sana y productiva.

Emergencias

Una emergencia es una situación que pone en peligro las vidas y el bienestar de un gran número de personas y requiere que se actúe de manera extraordinaria para asegurar su supervivencia, protección y adaptación. Las situaciones de emergencia las provocan tanto catástrofes naturales (terremotos, sequías,...) como conflictos humanos (guerras o agitación social).

Una situación de emergencia compleja es una crisis de índole humanitaria en un lugar donde se ha producido un considerable debilitamiento del poder y que exige una respuesta internacional que supera las atribuciones del mandato de cualquier organización por sí sola.

En tales condiciones, todos los sectores de la sociedad (soldados, insurgentes, trabajadores humanitarios, desplazados,...) están expuestos a un mayor riesgo de infección por el VIH. Las mujeres y los niños son los más vulnerables.

Las situaciones de emergencia, especialmente aquellas en las que se producen desplazamientos, aumentan el riesgo de infección debido a que dificultan el acceso a los servicios de prevención, desarticulan las redes sociales de ayuda, incrementan la violencia sexual, fomentan el intercambio de relaciones sexuales por alimentos, refugio y otras necesidades y, en ocasiones, obligan a las personas a desplazarse a lugares donde la prevalencia del VIH es alta.

El riesgo de transmisión del VIH a través de transfusiones de sangre contaminada y otros procedimientos médicos puede ser especialmente alto ya que los servicios de salud se ven desbordados y la demanda de estas intervenciones aumenta en situaciones de emergencia.

El período de reconstrucción que sigue a los conflictos también presenta un gran riesgo de infección, La prevención del VIH debe ser una parte esencial de todos los programas humanitarios destinados a las poblaciones que se encuentran en medio de un conflicto.

La Declaración de compromiso sobre el VIH-sida, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, urge a los países a integrar actividades relacionadas con el VIH en los programas y en los planes de acción para las situaciones de emergencia, reconociendo así el impacto que pueden tener los conflictos y las catástrofes naturales en el aumento del riesgo de infección por el VIH y en la difusión del virus.

Hoy en día, la ayuda humanitaria para catástrofes naturales integra de manera rutinaria el VIH en su labor. Así, tras el tsunami que arrasó Asia en 2004, organizaciones gubernamentales, intergubernamentales y ONG integraron y dieron prioridad inmediata a la prevención del VIH en su respuesta.[33]

Operaciones de mantenimiento de la paz y servicios uniformados.

Los trabajadores de las Naciones Unidas y el personal uniformado suelen formar parte de las misiones de mantenimiento de la paz destinadas en países en conflicto. El índice de infección por transmisión sexual entre las fuerzas armadas es normalmente mayor que en otros grupos de la población civil. La interacción entre el personal uniformado, las poblaciones afectadas y los trabajadores humanitarios crea un entorno en el que todos están en gran riesgo de infección por el VIH.

33 http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/SecurityHumanitarianResponse/default.asp

Por ejemplo, el personal uniformado dispone de los recursos económicos para pagar servicios sexuales, mientras que las comunidades en conflicto con frecuencia han perdido su medio de subsistencia. Así, para responder a esta demanda, el comercio sexual crece alrededor de las bases militares.

Es posible llevar a cabo programas para reducir la transmisión de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH, en instituciones estructuradas como el ejército.

En estos entornos, se puede reducir la expansión del VIH mediante ciertos tipos de intervención, como la educación sobre prevención y el reparto de preservativos. Los jóvenes reclutas tienen una gran influencia entre sus semejantes, tanto dentro como fuera del servicio, sobre todo en aquellas áreas en las que el personal uniformado es la única fuente de seguridad.

Si se les forma adecuadamente, pueden enviar mensajes claros a su entorno, en especial a los más jóvenes. Así, el cambio de percepciones y comportamientos puede tener consecuencias positivas en el conjunto de la población.

El Departamento de Operaciones de Mantenimiento de la Paz (DOMP) de las Naciones Unidas ha adoptado políticas relacionadas con el VIH. Concretamente, las Naciones Unidas no piden que las personas se realicen pruebas del VIH cuando llevan a cabo labores de mantenimiento de la paz y apoya además el derecho de toda persona a saber su estado serológico sin temer la discriminación en el ámbito personal o profesional.

La realización de las pruebas del VIH y los servicios de asesoramiento deberán estar disponibles antes del despliegue de las fuerzas de mantenimiento de la paz y durante las misiones

Material de lectura 2:

Refugiados y el impacto de la guerra en el VIH[34]

Aquella tarde, un grupo de apoyo se reunió en una iglesia simple de Rwamagana, ciudad de Ruanda oriental. La mayoría de las voces eran de mujeres que habían venido a compartir sus experiencias de vivir con el VIH. Después de la reunión, una de ellas resumió el parecer de todas: “La infección por VIH que afrontamos ahora es una consecuencia del genocidio.”

34 Texto del capítulo: Dr. Sheri Fink que informa sobre asuntos de salud pública en el plano internacional en publicaciones y medios de difusión. Texto del recuadro: Pat McLaughlin, Director de Gestión Técnica, Cruz Roja Americana. Informe Mundial sobre Desastres 2008 – Refugiados, guerra y VIH

Para algunos ruandeses el vínculo entre guerra y VIH es directo. Un número desconocido de supervivientes contrajo el virus debido a las múltiples violaciones brutales que sufrió durante la guerra. Otros son vulnerables a la infección desde que la guerra hizo pedazos la sociedad y sus familias.

Entonces, tuvieron que migrar dentro o fuera de su país y, en ocasiones, recurrir al comercio sexual como medio de supervivencia y protección. Además, independientemente de la forma en que contrajeron el VIH, muchas mujeres del grupo de apoyo de Rwamagana ahora tienen que luchar con problemas similares en la larga sombra de la guerra.

Aquellas que perdieron a sus familias en el genocidio no tienen a nadie que les ayude a sobrellevar el diagnóstico. Ruanda es sólo uno de los muchos países donde la violación masiva, el conflicto armado y el desplazamiento forzado repercuten en la pandemia del VIH en formas múltiples y complejas.

De los países con altas tasas de VIH, casi la mitad también se vio afectada por grandes conflictos armados entre 2002 y 2005, incluidos ocho de los 15 con el mayor número de personas que viven con el VIH; siete de los 15 con el mayor número de menores de 15 años que viven con el VIH y el sida, y seis de los 15 con el mayor número de huérfanos a causa del sida, menores de 17 años (UNICEF).

Muchos conflictos armados trajeron aparejados desplazamientos masivos de civiles. En 2006, el drama de unos 32,9 millones de personas entró en la esfera de las actividades de protección y asistencia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados – ACNUR (UNHCR “2006 Global Trends,” July 2007 revision).

Dado que su mandato abarca solamente un subconjunto del total de refugiados y desplazados internos, el número exacto de los afectados por los conflictos armados y sus secuelas podría cifrarse en muchos millones más. Un estudio reciente indica que la duración media de desplazamiento es de 17 años (UNHCR, 2004).

Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de los refugiados vive en comunidades de acogida, no en campamentos, lo que implica que su exposición al VIH esté íntimamente ligada a aquella de las comunidades que les circundan (UNAIDS/UNHCR, 2007).

Los conflictos armados suelen interrumpir los sistemas de educación y los programas sociales privando a niños y adultos de la posibilidad de instruirse acerca del VIH, lo que expone a las poblaciones a riesgo cuando huyen de zonas con bajas tasas de prevalencia del VIH o cuando una vez terminados dichos conflictos, zonas que estaban aisladas vuelven a abrirse al comercio y el contacto con personas de otras partes.

Los conflictos armados también ponen en peligro a las poblaciones que interactúan con los efectivos de las fuerzas militares, incluidas las de mantenimiento de la paz, en cuyo caso las tasas de prevalencia del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) pueden ser varias veces más altas que aquellas de la población general.

Los servicios de salud públicos y privados también se resienten en épocas de Guerra por la interrupción de la habitual cadena de aprovisionamiento de medicamentos y equipos médicos. Asimismo, resulta mucho más difícil garantizar la esterilidad de los equipos y un suministro de sangre sin agentes infecciosos como el VIH. Todos esos factores implican que cuando la población afectada por un conflicto armado necesita más que nunca servicios de atención de salud seguros y completos, por lo general, tenga dificultades para acceder a ellos.

El VIH se propagó con ferocidad por el mundo durante muchos años antes que se desplegaran serios esfuerzos internacionales para abordar la pandemia en situaciones emergentes de conflictos armados y refugiados. Inicialmente, se consideraba que no era apropiado abordar el VIH y el sida en la intervención inmediata frente a conflictos armados y otras emergencias.

La conciencia despertó a mediados de la década de 1990. Los organismos de ayuda crearon un Paquete Mínimo Inicial de Servicios (PMIS) para uso de los trabajadores de la ayuda en emergencias graves antes que se empiecen a prestar servicios completos.

Las directrices incluyen la distribución y el uso de botiquines para partos sin riesgo, la gestión de las consecuencias de la violación, medios de contracepción –incluidos preservativos a libre disposición– y esfuerzos para garantizar que los equipos médicos y la sangre para transfusiones no contengan agentes infecciosos.

En la Carta Humanitaria y las Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre del Proyecto Esfera se detallan las medidas que los colaboradores del Informe Mundial sobre Desastres 2008 – Refugiados, guerra y VIH 27 quehacer humanitario pueden tomar para garantizar que se suplan las necesidades mínimas de agua, saneamiento, alimentos, nutrición, refugio y atención de las poblaciones afectadas por desastres.

El Proyecto Esfera incorporó el PMIS como una de sus normas y, desde la edición de 2004, su manual incluye el VIH y el sida como cuestión transversal. También considera que quienes viven con el VIH y el sida son un grupo vulnerable que requiere una sensibilidad y atención particulares en situaciones de emergencia. Además, la norma Esfera sobre enfermedades crónicas debería aplicarse en aquellos contextos con altas tasas de prevalencia del VIH y el sida.

Según el ACNUR, las intervenciones multisectoriales, mínimas y esenciales en lo que respecta al VIH y el sida deberían llevarse a cabo en las primeras etapas de una crisis para luego iniciar programas completos de prevención, atención y tratamiento integrados en los programas nacionales.

Al evitar que haya servicios paralelos y desiguales, la integración reduce los costos y desigualdades que pueden avivar tensiones y conflictos entre la comunidad de refugiados y la comunidad de acogida.

A medida que las organizaciones humanitarias van aumentando la prestación del TAR y otros servicios relacionados con el VIH deben levantar retos en cada fase del ciclo de un conflicto armado: de la violencia al desplazamiento y del asilo al regreso.

Los conflictos armados, por lo general, amplifican los retos habituales que plantea la labor relativa al VIH en países de bajos ingresos. La escasez de trabajadores de la salud y las barreras de acceso son comunes y cualquier infraestructura médica que esté presente debe ocuparse de muchos problemas de salud concurrentes.

El aislamiento y la inseguridad complican la distribución de los suministros y equipos necesarios. Las necesidades concurrentes de supervivencia, las experiencias de violencia, el trauma personal y la muerte de figuras de apoyo fundamentales pueden mermar la voluntad de los pacientes de procurarse servicios de atención médica o apoyo para seguir el tratamiento necesario.

Llegar a los refugiados es más difícil cuando viven en zonas urbanas que cuando están alojados en campamentos. Puede suceder que ellos no sepan que tienen derecho a la atención de salud, que tengan miedo de pedirla y que, en muchos casos, se les nieguen servicios injustamente. No hablar el idioma del país de asilo y las diferencias culturales también pueden dificultar el acceso a la atención de salud.

Algunos expertos estiman que la comunidad humanitaria está muy poco preparada para intervenir frente a conflictos y emergencias en zonas con altas tasas de prevalencia del VIH y acceso al tratamiento. La violencia que estalló en Kenia tras la impugnación de las elecciones presidenciales de diciembre de 2007 puso esos temores a prueba.

Personal de Médicos Sin Fronteras y la Cruz Roja keniana recorrió los campamentos de desplazados internos para localizar a los pacientes en TAR y el Ministerio de Salud puso a disposición y publicitó una línea directa de ayuda.

Aun así, se perdió el seguimiento de algunos pacientes de clínicas debido a que personas desplazadas decidieron por cuenta propia trasladarse a zonas rurales, o fueron obligadas a hacerlo, donde era difícil llegar a las poblaciones de acogida y los residentes con sida de los campamentos informaron de la dificultad de acceso a servicios auxiliares incluida una nutrición adecuada.

Es obvio que se debe trabajar más para prepararse e intervenir frente a la pandemia del VIH en situaciones de emergencia. Impedir que el VIH desaparezca de los programas de las organizaciones humanitarias que intervienen siempre es un reto cuando existen tantas otras prioridades urgentes.

También hubo algunos retrocesos. En el ámbito de la reforma de la ONU, la estructura de la intervención humanitaria cambió y los trabajadores de varios sectores, incluido el de la salud, actualmente coordinan en el marco del denominado “sistema de grupo”. Los defensores tuvieron que trabajar duro para que la salud reproductive siguiera estando en primera línea de las intervenciones frente a emergencies humanitarias complejas.

Ciertamente, los retos y riesgos relacionados con el VIH en situaciones de conflicto armado y desplazamiento son grandes, pero también ofrecen oportunidades de mejorar la atención de salud y proteger a la población. Un conflicto armado puede llevar a los organismos humanitarios hasta lugares apartados y de bajos ingresos donde los servicios de salud eran precarios antes del conflicto en cuestión.

De ahí que la presencia de dichos organismos y sus recursos financieros, técnicos y logísticos, ya sea durante o después del conflicto armado, ofrezcan la posibilidad de prestar a la población servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH que antes no existían o eran demasiado costosos para la mayoría y, en particular, para los grupos marginados.

La prestación de servicios relacionados con el VIH puede ser más fácil en los campamentos de refugiados ya que la población está bien definida y no hay dificultades de acceso. De hecho, algunas investigaciones indican que los refugiados que regresan a su casa, una vez terminado el conflicto armado, al haber conocido programas de prevención del VIH, a veces, saben más acerca del VIH y adoptan comportamientos menos riesgosos que quienes no fueron desplazados (Spiegel P., Nankoe A. 2004).

En conclusión, las relaciones entre VIH, conflicto armado y desplazamiento son complejas y contextualizadas. Por lo tanto:

1) es importante establecer un orden de prioridades en cuanto a la prevención básica del VIH y las consiguientes intervenciones desde los primeros días de una crisis para luego orientarse a un paquete completo e integral de servicios de prevención, atención y tratamiento para los refugiados, los desplazados internos y las poblaciones de acogida;

2) las intervenciones completas en relación con el VIH destinadas a las refugiados y a las poblaciones afectadas por conflictos armados son similares a aquellas de otros contextos y hay que atender particularmente a la reducción de la vulnerabilidad (incluida la seguridad alimentaría), la prestación de servicios apropiados desde el punto de vista del idioma y la cultura, y apoyar a los soldados desmovilizados y los supervivientes que fueron víctima de violencia sexual y de género; las actividades de prevención deberán centrase en: modificar comportamientos riesgosos; facilitar la disponibilidad de preservativos; condenar la violencia de género (y prever servicios de atención de salud para sus víctimas); garantizar la inocuidad de equipos y suministros médicos, así como de las transfusiones de sangre y asegurar que se disponga de servicios

de profilaxis postexposición al VIH, asesoramiento sobre el VIH y exámenes de detección, prevención de la transmisión de madre a hijo y gestión de las ITS;

3) lo ideal sería que la atención y el tratamiento del VIH, así como el apoyo necesario, fueran tan completos como contínuos y abarcaran no sólo el TAR; sino también la profilaxis y el tratamiento de infecciones oportunistas, el apoyo psicosocial nutricional y económico que haga falta (incluso a huérfanos y otros niños vulnerables) y cuidados paliativos;

4) obtener resultados sostenibles exige que los organismos lleven a cabo actividades de capacitación tales como captar e instruir a profesionales de la atención de salud, en la medida de lo posible de la propia comunidad afectada, y refuercen la infraestructura física, las cadenas de abastecimiento y los servicios de laboratorio.

Administración del TAR y servicios de salud a personas seropositivas durante la situación de emergencia en Kenya

El 27 de diciembre de 2007, las reñidas elecciones presidenciales desencadenaron una explosión de frustración y violencia en Kenya; violencia que rápidamente degeneró en enfrentamientos y derramamientos de sangre entre grupos étnicos que, según estimaciones, se saldaron con casi 1.000 muertos y 300.000 desplazados.

Se estimaba que en 2006, la tasa nacional de prevalencia del VIH había disminuido a 5,1 (4.6 – 5.8) cuando a finales de la década ascendía al 10 por ciento. El Gobierno de Kenya estima que en 2006 hubo entre 55.000 y 100.000 nuevos casos de infección por el VIH, lo que indica la disminución significativa de las estimaciones anteriores. Además, el gobierno estimó que según los resultados de los programas de tratamiento antirretroviral (TAR) se habían evitado 35.000 muertes. Existe el riesgo de que el desplazamiento causado por la violencia poselectoral menoscabe esos logros.

En el momento de la violencia, el Ministerio de Salud estimó que de los 15.000 desplazados seropositivos, 6.750 necesitaban TAR y 2.550 se beneficiaban de este último cuando estaban en sus comunidades.

Dicho ministerio no tardó en dar directrices a los trabajadores de la salud acerca de la gestión clínica de interrupciones del TAR.

En todo el país, las ONG idearon nuevos medios de dar con el paradero de los pacientes. Médicos Sin Fronteras, la organización internacional y humanitaria de ayuda médica, instaló una línea directa y gratuita.

La Cruz Roja Keniana y CARE International se ocuparon de suplir las necesidades de esas y otras personas desplazadas distribuyendo alimentos, asegurando el suministro de agua y las instalaciones sanitarias en los campamentos, así como la distribución de otros artículos, entre ellos, mosquiteros.

ONUSIDA, la Cruz Roja Keniana, la OMS y otras instituciones subrayaron la importancia de proceder a una evaluación y determinación rápidas de la magnitud del problema en términos de interrupción del tratamiento y a tales efectos:

- elaborar un plan de contingencia para la gestión de la continuidad e interrupción del tratamiento en el caso de aquellos en TAR;
- garantizar la disponibilidad de exámenes de detección y profilaxis postexposición en todas las zonas junto con el necesario apoyo psicosocial;
- preparar material de información completa sobre el VIH (que incluyera preservativos y orientación sobre el manejo de la interrupción de TAR) a utilizar en todos los esfuerzos de intervención y, en particular, tratándose de personas desplazadas;
- garantizar cestas de alimentos apropiados y medios de protección de elementos climáticos para socorrer a los enfermos crónicos;
- tratar las infecciones oportunistas (principalmente la tuberculosis) y las infecciones de transmisión sexual. ■

Material de lectura 3

Derechos de las personas con relación al VIH/sida

DERECHO A	CONTENIDO
El respeto a los derechos humanos	*Respeto a los derechos humanos fundamentales de las personas infectadas y de todos/as los/as habitantes.*
La no discriminación	*Garantía del ejercicio de los derechos sin discriminación alguna resguardando la dignidad humana.*
La Vida	*Toda persona tiene derecho a que se respete su vida*
La integridad personal	*Respeto a la integridad física y moral.*
La Salud	*Disfrute del más alto nivel de salud física y mental.*
Los medicamentos antirretrovirales	*Recibir oportunamente los medicamentos prescritos.*
La libertad y seguridad personal	*Recursos de habeas corpus y otros recursos fundamentales.*
La honra y dignidad	*Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias y abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y reputación.*
La igualdad ante la ley	*Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho a igual protección, sin discriminación alguna.*
El establecimiento de derechos	*Existencia de recursos de amparo y hábeas hábeas para el restablecimiento de los derechos.*
La protección especial del estado	*Las familias, las madres, las niñas y los niños, las personas ancianas y enfermas tienen derecho a protección del Estado.*

DERECHO A	CONTENIDO
La autonomía y consentimiento informado	*Nadie puede ser obligado a someterse a prueba o investigación científica sin su consentimiento previo.*
La confidencialidad y privacidad	*Nadie podrá referirse pública o privadamente al padecimiento del VIH-sida sin el consentimiento previo de la persona.*
La intimidad personal	*No interferir en el desarrollo de las actividades de las PVS.*
La información	*Contar con información exacta, clara, veraz y científica acerca de su condición.*
La atención integral	*Asistencia médico-quirúrgica, psicológica, consejería, tratamiento y medicamentos antirretrovirales.*
Familia	*Tener y conservar una familia según términos de la ley nacional e internacional.*

TEMÁTICA 5:

Prevención de ITS-VIH y sida en la Fuerza Armada.

TIEMPO APROXIMADO:
1 hora

PROPÓSITO:

Identificar e implementar estrategias personales e institucionales para prevenir el VIH-sida en la FA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Que los y las participantes:

- Identifiquen estrategias personales para prevenir el VIH en la FA.
- Identifiquen estrategias institucionales que ayuden a prevenir nuevas infecciones de VIH en la FA.

CONTENIDOS:

- Impacto del VIH en las fuerzas miliares nacionales y la seguridad nacional.
- Prevención de ITS-VIH y sida en la Fuerza Armada.

MATERIALES DE APOYO:

Para el o la participante:

1- **Material de apoyo 1:** "Impacto del VIH en las fuerzas miliares nacionales y la seguridad nacional"

Para el facilitador o facilitadora:

1- **Material de apoyo 1:** Impacto del VIH en las fuerzas miliares nacionales y la seguridad nacional.

DESARROLLO:

1- El/a facilitador/a hace un breve recordatorio de la jornada anterior y les pregunta ¿Cómo se sintieron al elaborar un plan de contingencia que ayude a sus tropas y a las personas del lugar donde van a prestar ayuda? ¿Qué aprendí con esta experiencia?

2- Forman grupos para leer y discutir el **material de apoyo 1** en el cuaderno.

3- Cuando han concluido la lectura les comenta lo siguiente: A lo largo del desarrollo de la capacitación se han venido planteando diferentes alternativas para prevenir el infectarse de VIH, por lo que ahora les pido que identifiquen y escriban alternativas institucionales para prevenir la infección por VIH, los medios que utilizarán para divulgar la información y cuál es la población meta de su interés para llevar la información que han adquirido con el desarrollo de estos módulos.

Material de apoyo 1

"Impacto del VIH en las fuerzas militares nacionales y la seguridad mundial".

En un importante encuentro celebrado en 2000, el sida se convirtió en la primera cuestión de salud que alguna vez haya tratado el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, que posteriormente promulgó una serie de resoluciones en las que reconocía los aspectos relacionados con la seguridad mundial de la epidemia.

Son varias las formas en que la epidemia podrá afectar la seguridad mundial, por ejemplo, al provocar la desestructuración de un Estado o debilitar las fuerzas militares nacionales, con lo que alentaría las acciones agresivas por parte de un país vecino o debilitaría la preparación nacional para aportar tropas a las Misiones Internacionales de mantenimiento de la paz.

Son escasas las pruebas existentes que sugieran que es probable que el VIH provoque la desestructuración de un Estado. Sin embargo, muchas fuerzas militares nacionales, en especial de los países más castigados, enfrentan dificultades para resolver cuestiones administrativas, prácticas y operativas asociadas con niveles elevados de infección por el VIH entre el personal militar.

Si bien muchas veces es difícil obtener información fiable sobre el estado de salud de las fuerzas militares nacionales, los datos internacionales indican que la prevalencia del VIH en este sector normalmente equivale o es superior a los niveles de infección en la población general (Garrett, 2005).

En total, el 85% de los países manifestaron que sus marcos estratégicos nacionales sobre VIH en 2007 se ocupan de las necesidades de las fuerzas militares nacionales. De los países que cuentan con políticas de esta índole, el 66% asignó partidas presupuestarias destinadas a apoyar actividades relacionadas con el VIH en el ejército, según lo informado por los gobiernos nacionales (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

Muchos países han demostrado la factibilidad de instituir servicios de prevención del VIH a través de las estructuras militares, entre ellos, educación inter pares, promoción del uso del preservativo, tratamiento para infecciones de transmisión sexual y terapia antirretrovírica.

En Kenya, por ejemplo, las fuerzas militares del país proporcionaron en 2007, medicamentos antirretrovíricos a un estimado 99% del personal militar que los necesitaba y han brindado asesoramiento y pruebas voluntarias a miles de civiles que viven cerca de los 17 centros de pruebas apostados por el Ejército.

De los 109 países que comunican la existencia de una estrategia nacional para el VIH entre los servicios uniformados nacionales, la mayoría declaró atender a una proporción significativa de esta población con provisión de preservativos (86%), servicios para infecciones de transmisión sexual (89%), asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH (77%) (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

El Departamento de Operaciones de Mantenimiento de la Paz de las Naciones Unidas, que supervisa a un personal de más 100,000 integrantes que prestan servicio en 18 misiones de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas, brinda orientación sobre el VIH y servicios básicos de prevención para todos los agentes de mantenimiento de la paz.[35]

El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidad (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 podía 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”.

35 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2008. Informe sobre la epidemia mundial de sida. 2008. Capitulo 6. Pág 176

Prevención en VIH y FA

Por otra parte la prevención es también clave en el manejo de las ITS virales como el VIH y herpes, pues actualmente son incurables. Muchas enfermedades que establecen infecciones permanentes pueden ocupar el sistema inmune, así otras infecciones se vuelven más fácilmente transmitidas.

Hay disponibles algunas vacunas para proteger contra algunas ITS virales, tales como la hepatitis B y algunos tipos de VPH. Es aconsejada la vacunación antes de la iniciación del contacto sexual para asegurar la máxima protección.

El sistema inmunitario innato, que lleva las defensas contra el VIH, puede prevenir la transmisión del VIH cuando las cuentas virales son muy bajas, pero si está ocupado con otros virus o abrumado, el VIH puede establecerse. Ciertas ITS virales también aumentan grandemente el riesgo de muerte para los pacientes infectados con VIH.

Los preservativos o condones solamente proporcionan protección cuando son usados correctamente como barrera desde, y hacia el área que cubre. Las áreas descubiertas todavía son susceptibles a muchas ITS.

En el caso del VIH, las rutas de transmisión sexual implican casi siempre el pene; puesto que el VIH no puede esparcirse a través de la piel intacta, así al proteger el pene con un condón correctamente usado, de la vagina y del ano, se detiene con eficacia su transmisión.

Un líquido infectado en una piel rota que llevase a la transmisión directa del VIH no sería considerado “transmitido sexualmente”, sin embargo puede ocurrir teóricamente durante el contacto sexual; esto puede evitarse simplemente no teniendo contacto sexual cuando se tiene una herida abierta. Otras ITS, incluso infecciones virales, se pueden prevenir con el uso de los condones de látex como barrera.

El uso apropiado exige:

- No poner el condón demasiado firme en el extremo, y dejando 1.5 cm en la extremidad para la eyaculación. Poner el condón ajustado puede y a menudo lleva a su fallo.

- Usar un condón nuevo para cada cópula.

- No usar un condón demasiado flojo, puede hacer fracasar la barrera.

- Evitar la inversión derramando su contenido una vez usado, independientemente de que se haya o no eyaculado en él, incluso por un segundo.

- Evitar los condones hechos de sustancias diferentes del látex y el poliuretano, pues no protegen contra el VIH.

- Evitar el uso de lubricantes basados en aceite (o cualquier cosa con aceite) con los condones de látex, ya que el aceite puede hacer agujeros en ellos.

No seguir las pautas antedichas perpetúa la falsa idea común que los condones no están chequeados ni están diseñados correctamente.

En busca de una respuesta regional estructurada, las Fuerzas Armadas de 19 países de América Latina, han unido sus esfuerzos para formar el Comité de Prevención y Control del SIDA a nivel latinoamericano, COPRECOS–LAC. A nivel centroamericano, simultáneo a su participación en el COPRECOS-LAC, las Fuerzas Armadas de cuatro países (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua) han conformado, en el marco de la Conferencia de las Fuerzas Armadas Centroamericanas (CFAC), el COPRECOS-CFAC.

El Salvador, al igual que muchos otros países del mundo, ha experimentado los efectos sociales y económicos de la pandemia del VIH y SIDA. Un esfuerzo importante en el sentido de mejorar la respuesta y en contra de la expansión de la epidemia fue la elaboración e implementación del Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA 2001-2004.[36]

Los hombres y las mujeres que participan en operaciones militares realizan un trabajo admirable e importante. Es indispensable que aprendan estrategias eficaces de prevención de la infección por el VIH a fin de que puedan proteger su salud y la salud de la población civil donde se desempeñan y mantener la integridad de su misión.

En la actualidad no es posible aspirar a un desarrollo sostenible, sin atender permanentemente las amenazas a la seguridad nacional. Para estos fines, en el plano nacional y en el marco de COPRECOS El Salvador, se requiere la participación social amplia y el liderazgo de la Fuerza Armada de El Salvador (FA) a través de la oficialización de la “Política Integral sobre VIH, SIDA, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 - 2012”.[37] y de la implementación del “Plan Estratégico sobre VIH, SIDA, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 - 2012”.

36 MSPAS. Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control del VIH, SIDA e ITS. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. San Salvador, El Salvador, 2005.

37 “Política Integral sobre VIH, SIDA, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 - 2012”.Dr. José Eliseo Orellana. San Salvador, Enero de 2008.

TEMÁTICA 6:

VIH-sida y Salud Sexual y Reproductiva en la FA

TIEMPO APROXIMADO:

2 horas

PROPÓSITO:

Identificar las fortalezas y debilidades en el manejo de los temas VIH-sida y SSR en la FA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Que los y las participantes:

- Revisen resultados de una encuesta en el manejo de los temas VIH-sida y SSR en la FA.
- Analicen las posibilidades de contribuir a la reducción del VIH y a la promoción de la SSR en la FA.

CONTENIDOS:

1. Conocimientos, creencias, actitudes y prácticas relacionados con el VIH-sida, SSR y género, en población militar de El Salvador.
2. Política Integral sobre VIH, SIDA, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 – 2012

MATERIALES DE APOYO:

Para el o la participante:

1. **Material de lectura 1:** Resultados del estudio sobre conocimientos, creencias, actitudes y prácticas relacionados con el VIH-sida, SSR y género, en población militar de El Salvador.
2. **Material de lectura 2:** Política Integral sobre VIH, SIDA, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 – 2012.

Para el facilitador o facilitadora:

1. **Material de lectura 1:** Resultados del estudio sobre conocimientos, creencias, actitudes y prácticas relacionados con el VIH-sida, SSR y género, en población militar de El Salvador.

2. **Material de lectura 2:** Política Integral sobre VIH, SIDA, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 – 2012.

DESARROLLO:

1- El/a facilitador/a hace una breve retroalimentación, les pregunta sobre qué ideas innovadoras se podrían utilizar para la prevención en VIH dentro de la FA.

2- A continuación se forman grupos y analizan el **material de lectura 1** que se encuentra en el cuaderno de lectura y ejercicios.

3- Una vez analizado el material, les indica que por grupo van a ajustar los resultados de la encuesta que han revisado a valores, donde todos y todas en la FA han aprendido a prevenir el VIH y a vivir una SSR saludable y van a elaborar un plan de acción y las estrategias para que esos resultados se vuelvan realidad.

4- Luego revisan el material de lectura 2 y fortalecen el plan de acción y las estrategias elaboradas.

5- Al tener los resultados van a compartir el plan de acción y las estrategias, eligiendo las más viables para convertir dichos resultados.

6- Finalmente, realizan un recuento de lo aprendido en esta capacitación y explican los cambios de conocimientos, actitudes y comportamientos que perciben al final de esta experiencia.

Material de lectura 1:

RESULTADOS DEL ESTUDIO SOBRE CONOCIMIENTOS, CREENCIAS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA, SSR Y GÉNERO, EN POBLACIÓN MILITAR DE EL SALVADOR

Fecha de la encuesta: 13 al 15 de marzo de 2007
Lugar: Escuela Militar y Hospital Militar de San Salvador

PERSONAS ENCUESTADAS:

Cadetes:	20
Sub Oficiales:	6
Oficiales:	16
Soldado:	26
Total:	68 personas

58 hombres y 10 mujeres

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

- De las personas encuestadas, el 56% indica ser católico y el 32% evangélico, es decir, un 88% para ambas respuestas, advirtiéndose la incidencia de este aspecto en muchas de las ideas y opiniones expresadas.

- En primera instancia, debe reconocerse la falta de claridad de conceptos básicos relacionados con las temáticas investigadas, expresado en los datos siguientes, correspondientes a porcentajes de personas que no pueden definir:

Temáticas	% personas que no pueden definir
Sexualidad:	**96%**
Sexo	**87%**
Relaciones sexuales:	**81%**
ITS:	**68%**
Derechos sexuales y reproductivos:	**85%**
Género:	**82%**

SEXUALIDAD

- EL 88% ya tuvo relaciones sexuales, iniciándose en las edades siguientes:

Menos de 15 años:	22%
Entre 15 y 18:	44%
Antes de los 18 años:	66%
19 y 22:	25%
+ de 22:	7%

- La iniciación sexual se dio en un 38% con su novia/o y un 24% con una amiga o amigo. La razón principal, en un 68% es que deseaban tener relaciones sexuales y no abstenerse.

- Se plantea una iniciación sexual anterior para el hombre que para la mujer.

Edades	Mujer	Hombre
Menos de 15	4%	8%
Entre 15 y 20 años	68%	72%
Entre 20 y 25 años	28%	17%

- El 82% indica haber tenido o tener relaciones con personas del mismo sexo y solamente 2 personas encuestadas expresan tener relaciones con otras del mismo sexo.
- El 15% declara haber tenido una sola pareja sexual (desde que inició su vida sexual) y el 53% no recuerda cuántas parejas ha tenido.

- El 59% expresa usar el condón como práctica para protegerse de las ITS, incluido el VIH y el 22%, la fidelidad, aunque como se verá inmediatamente, estos datos no se corresponden con otras opiniones, lo que pudiera estar indicando que estas respuestas se obtienen en función de lo que consideran el "deber ser".

Usa el condón siempre:	29%
Sólo cuando no conoce a la persona:	29%
Tienen una sola pareja sexual:	55%
No tienen pareja:	20%
Usa condón a veces:	16%
Lo usa sólo con personas desconocidas:	28%
Siempre: (prácticamente se repite la respuesta)	28%
Nunca:	15%

- **Razones por las que <u>no</u> usa el condón:**
  La gran mayoría dice que sólo porque tiene una pareja, por lo que se presume que el condón no se usa casi nunca con la pareja estable.
  El 40% no se le diría a su pareja en caso de infidelidad.

- **Algunas creencias:**

Los hombres necesitan más relaciones sexuales que la mujer	**Sí: 26%,** **No: 55%,**
Es decir aproximadamente uno de cuatro lo expresa directamente	

Es natural que la mujer tome la iniciativa de tener una relación sexual:	**Sí: 23%, No: 55%**
Más de la mitad no le adjudica este derecho a la mujer	

Un/a joven debe tener relaciones sexuales antes del matrimonio:	Sí: 31%, No: 54%
Contradice lo expresado sobre la iniciación sexual.	

- La gran mayoría considera que tener relaciones sexuales con una trabajadora del sexo (TS) es ser infiel a su esposa.
- Los jóvenes deben ir donde las TS para hacerse hombres: Sí: 34% (uno de 3).
- 17% expresa tener relaciones después de ingerir alcohol.
- La gran mayoría declara no tomar alcohol ni consumir ninguna otra droga, ni usar violencia con su compañera o esposa.
- La gran mayoría expresa no tener relaciones sexuales con desconocidos sin usar condón.
- Contestan, en su mayoría, haber tenido relaciones sexuales con su novio/a o con nadie en la adolescencia.
- El 50% no habla de sexualidad con niños/as, ya sean hijos/as, hermanos/as, etc, porque consideran que no tienen edad para ello.
- El 50% indica haber recibido poca información sobre sexualidad. Expresan que los temas más recibidos han sido “Órganos sexuales del hombre y de la mujer” y “Uso del condón”. Esa información, responden que la obtuvieron, mayoritariamente de la TV en primera instancia y luego, de lecturas y de la unidad militar.
- Con quien más tienen confianza para hablar de sexualidad, es con su esposo/a.
- Temas que más les gustaría recibir: Prácticas sexuales más seguras y relaciones sexuales en general.
- La gran mayoría se define como heterosexual.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL/VIH/SIDA

- ITS más conocidas: gonorrea, VIH y sífilis; las demás en general, desconocidas.
- La mayoría ha recibido información sobre VIH a través de la TV y de la escuela.
- **El 51% cree que VIH es lo mismo que sida.**
- Desconocen, en general, el nivel de riesgo de infección del VIH a través de (por orden de desconocimiento):
    - transfusión de sangre,
    - besar con intercambio de saliva a una persona con sida,
    - tener relaciones de una persona con sida sin usar condón y
    - practicar la masturbación mutua con alguien que acaba de conocer.
- El 57% cree que la sífilis se puede adquirir a través de un servicio sanitario.
- El 30% cree que está en riesgo de infectarse con el VIH debido a su forma de actuar. Las razones principales son: tener varias parejas y no usar condón en sus relaciones sexuales (contradice otras opiniones).

SALUD REPRODUCTIVA

- La mayoría considera que de los 18 a los 24 años es la edad adecuada para tener hijos/as.
- El 75% afirma conocer poco sobre “Métodos de planificación familiar”, por tratarse de un tema generalmente ocultado.
- Los métodos más conocidos son las inyecciones, las pastillas y el condón; bastante menos conocido el método del ritmo; los demás muy poco conocidos.
- El 51% cree que la masturbación es dañina, aquí se advierte la influencia de la educación sexual recibida, ya sea en su hogar como en la escuela, iglesia, etc.
- El 65% de los hombres no se practicaría una esterilización.
- Un 27% considera que la lactancia materna junto al biberón es la alimentación adecuada para un bebé menor de 6 meses.
- Temas de salud reproductiva que les gustaría recibir: Métodos para evitar embarazos no deseados y Reproducción humana, los más considerados.
- Al 72% le gustaría recibir información sobre uso del condón.

AUTOESTIMA

- La gran mayoría se siente conforme consigo mismo/a.
- El 52% no reconoce claramente a una persona con problemas de autoestima.
- La mayoría reconoce que todas las personas estamos expuestas ante la infección del VIH; sin embargo, en un elevado número, consideran que especialmente lo están TS, homosexuales y bisexuales.

- La mayoría reconoce que una persona con VIH debería seguir trabajando y/o estudiando, que tratarían normalmente y estarían en disposición de cuidar a una persona que está viviendo con el VIH.
- Existe entre las personas encuestadas, un elevado índice de homofobia:
    - 66% no acepta la homosexualidad.
    - 79% cree que es pecado la homosexualidad masculina.
    - 66% considera pecado el lesbianismo.
    - 50% afirma que les disgustan las lesbianas.
- En cuanto a las razones básicas aducidas para este rechazo, se expresó unánimemente que es contrario a la ley divina, que Dios no lo permite y que por eso hizo personas de diferente sexo.

GÉNERO

- Un 40% cree que debe haber un jefe en la pareja y un 25% que éste debe ser hombre; también un 25% afirma que el hombre debe dominar a la mujer.
- Un 74% está en descuerdo con el feminismo y un 94% con el machismo. Se considera que probablemente estos conceptos no son adecuadamente manejados por la mayoría de las y los militares entrevistados.

MATERIAL DE LECTURA 2:

Política Integral sobre VIH, SIDA, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 – 2012

Extracto del documento

De acuerdo con ONUSIDA, cada día, más de 6,800 personas contraen infección por el VIH y más de 5,700 fallecen a causa del Sida, en la mayoría de los casos debido a un acceso inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento del VIH. La pandemia del VIH sigue constituyendo uno de los desafíos más importantes en enfermedades infecciosas para la salud pública del planeta.

Transcurridos veintiséis años desde el inicio de la pandemia, más de 20 millones de personas han muerto de VIH y sida y, por otro lado, entre 32 y 46 millones de personas están infectadas por el virus. En América Latina, durante 2007, se han registrado 1.6 millones de adultos y niños viviendo con VIH y 100,000 nuevas infecciones.

El impacto del VIH, sida se da en diferentes esferas de la sociedad: se ven afectados los indicadores poblacionales; las mujeres, porque se está dando una feminización de la epidemia; un aumento de la demanda en los sistemas de salud, la seguridad alimentaria; la fuerza de trabajo, la productividad y los índices de desarrollo; altas tasas de abandono escolar y, además, es una amenaza para la seguridad de los países.

Con relación al último aspecto, se da el hecho de que en las fuerzas armadas de los diferentes países, hay una tendencia a presentar una tasa de infectados por el virus del sida superior al resto de la población. Además, el VIH y otras ITS influyen en el grado de preparación de las fuerzas armadas y representan una amenaza para el desempeño de funciones secundarias vitales como responder a desastres naturales y la colaboración con otros países en las misiones de paz.

En muchos países, la alta tasa de infección en los nuevos reclutas del ejército constituye un problema. Este hecho tiene una repercusión estratégica grave en la voluntad de movilización de los ejércitos y en el hecho de que los soldados desplegados en el extranjero pudieran seguir extendiendo el virus o llevarlo de vuelta a sus comunidades locales una vez desmovilizados.

Lo anterior hace del VIH y sida no sólo una simple preocupación humanitaria, sino también una cuestión militar y de seguridad. Esto ha sido reconocido por el Consejo de Seguridad de la ONU que en la resolución 1,308 (año 2000) en la cual se manifiesta que:

“Teniendo presente la responsabilidad primordial que tiene el Consejo de mantener la paz y la seguridad internacionales, 1) Expresa su preocupación por las consecuencias adversas que podría tener el VIH/sida en la salud del personal internacional de mantenimiento de la paz, incluido 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/sida y, a este respecto, que siga avanzando en la elaboración de normas de orientación antes del despliegue y la capacitación permanente sobre estas cuestiones para todo el personal de mantenimiento de la 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, SIDA para el personal que vaya a ser desplegado en operaciones internacionales de mantenimiento de la paz”.

También, la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de Naciones Unida, de octubre 2000 pide al Secretario General que proporcione a los Estados Miembros directrices y material de adiestramiento sobre la protección, los derechos y las necesidades especiales de las mujeres, así como sobre la importancia de la participación de las mujeres en la adopción de todas las medidas de mantenimiento de la paz y consolidación de la paz, invita a los Estados Miembros a que incorporen esos elementos, así como el adiestramiento con miras a la concienciación respecto del VIH/SIDA, en sus programas nacionales de capacitación de personal militar y de policía civil como preparación para su despliegue, y pide además al Secretario General que vele porque el personal de las operaciones de mantenimiento de la paz reciba un adiestramiento análogo.

En busca de una respuesta regional estructurada, las Fuerzas Armadas de 19 países de América Latina, han unido sus esfuerzos para formar el Comité de Prevención y Control del sida a nivel latinoamericano, COPRECOS–LAC. A nivel centroamericano, en forma simultánea, las Fuerzas Armadas de cuatro países (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua) han conformado, el COPRECOS-CFAC.

El Salvador, al igual que muchos otros países del mundo, ha experimentado los efectos sociales y económicos de la pandemia del VIH y Sida. Un esfuerzo importante en el sentido de mejorar la respuesta y en contra de la expansión de la pandemia fue la elaboración e implementación del Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA 2001-2004.

Los hombres y las mujeres que participan en operaciones militares realizan un trabajo admirable e importante. Es indispensable que aprendan estrategias eficaces de prevención de la infección por el VIH a fin de que puedan proteger su salud y la salud de la población civil donde se desempeñan y mantener la integridad de su misión.

En la actualidad no es posible aspirar a un desarrollo sostenible, sin atender permanentemente las amenazas a la seguridad nacional. Para estos fines, en el plano nacional, en El Salvador, se requiere la participación social amplia y el liderazgo de la Fuerza Armada de El Salvador (FA).

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.

ESTRATEGIAS

La Fuerza Armada de El Salvador, garantizará la implementación, financiamiento, monitoreo y evaluación de esta política. El COSAM será responsable de la implementación de las estrategias siguientes:

1) Prevención de las infecciones por VIH, sida e ITS en el marco de la SSR en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.
2) Promoción, Información, educación y comunicación (IEC) para el cambio de actitudes y comportamiento en VIH, sida, ITS y SSR en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.
3) Atención Integral con calidad a las personas con VIH, sida e ITS, en el marco de la SSR en Sanidad Militar de la Fuerza Armada de El Salvador.
4) Atención a poblaciones vulnerables y más expuestas al riesgo en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.
5) Actualización de la información de la situación institucional en SSR, VIH, sida e ITS, de la Vigilancia Epidemiológica, el monitoreo y la evaluación.
6) Reducción, contención y mitigación del impacto del VIH, sida y las ITS en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.
7) Reducción del estigma y discriminación a las PVS en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.
8) Coordinación interinstitucional e intersectorial, nacional e internacional de la respuesta de la Fuerza Armada de El Salvador al VIH y sida.
9) Proyección Social, nacional e Internacional, de la Fuerza Armada de El Salvador en la prevención VIH, sida e ITS y en la promoción de la SSR.
10) Movilización de recursos en apoyo a la política integral sobre VIH, sida, ITS y Promoción de la Salud Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 – 2012.

COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA: COPRECOS El SALVADOR

MISIÓN

- El Hospital Militar Central, a través de COPRECOS desarrollará programas de prevención, atención medica, 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.

¿QUIÉNES LA INTEGRAN?

COPRECOS está conformado por: un director, un coordinador, un auxiliar 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 accesar desde diferentes puntos del país.

- LABORATORIO CLÍNICO (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

VIII: Referencias Bibliográficas

1. Abot, Chris; Rogers, Paul; Sloboda, Jonh. "Respuestas globales a amenazas globales. Seguridad sostenible para el siglo XXI". Documento de trabajo. Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior (FRIDE), Oxford Research Group. Junio 2006.

2. Arrom, Silvia Marina. "*Las mujeres de la Ciudad de México, 1790-1857"* México, Siglo XXI *1988.*

3. Beltrán, Fernando "Hablemos de Salud sexual" Manual para profesionales de atención primaria de la salud, instrucciones herramientas y recursos, módulo 4 La salud Reproductiva y sus componentes. Editorial Amssac S. A. de C.V. México D.F. mayo de 2004.

4. Corona Vargas, Adriana, "Hablemos de Salud Sexual", Manual para profesionales de atención Primaria de la salud. Información, herramientas y recursos. México, D.F. Mayo de 2004.

5. Corsi, Jorge. "Violencia intrafamiliar", capítulo II, pag.18. editorial Paidos, Argentina.

6. Corsi, Jorge" Masculinidad y Violencia" editorial Paidos, Argentina.

7. Cuevas, Rosario ; María Luz Gutiérrez "Estrategias para la prevención de la Violencia Intrafamiliar", Unidad uno 1ªed. Centro Nacional para el Desarrollo de la mujer y Familia, San José Costa Rica.

8. Fuerzas Armadas de Honduras, "Material educativo de Prevención de VIH/SIDA para Oficiales de las Fuerzas Armadas", Honduras 2006.

9. Grant, Delgado, Karina, Sánchez Calvo, Laura, Ureña Salazar, Marta. "Módulo socioeducativo para la prevención del VIH/SIDA entre jóvenes", Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1ª ed. San José Costa Rica 2006.

10. http://www.aidh.org/uni/Formation/02Ens_indiv_e.htm

11. http://www.jornada.unam.mx/2001/12/06/ls-cronologia.html

12. http://www.jornada.unam.mx/2001/12/06/ls-cronologia.html

13. http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/SecurityHumanitarianResponse/default.asp

14. http://www.unaids.org/es/PolicyAndPractice/SecurityHumanitarianResponse/default.asp

15. Jacobson CC, Abel AA. “Parasitic infestations”. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56:1026-1043

16. Koch, Andrew “Briefing:The US in Africa Informe: Estados Unidos en África”, Jane’s Defence Weekly (12 de enero de 2005).

17. Lagarde, Marcela “Seminario sobre sensibilización de género, leyes y políticas relacionadas con las mujeres”. Instituto de Investigaciones jurídicas Universidad de Costa Rica. San José Costa Rica, 1995.

18. Martín Baró, Ignacio “Acción e Ideología Social desde Centro América”, “Las estructuras sociales y su impacto psicosocial”,” UCA, Editores El Salvador, 1983.

19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, “Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control del VIH, SIDA e ITS”. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. San Salvador, El Salvador, 2005.

20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de ITS/VIH/sida, “Base de datos 2004-2007”, El Salvador 2008.

21. Ministerio de la Defensa “Política Integral sobre VIH, SIDA, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 - 2012”, Enero de 2008.

22. Naciones Unidas, “Resolución 1308 del Consejo de Seguridad sobre la responsabilidad del Consejo de Seguridad en el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales: el VIH/SIDA y las operaciones internacionales de pacificación”, (17 de julio de 2000).

23. Ortiz Martínez, Gema “Hablemos de Salud sexual” Manual para profesionales de atención primaria de la salud, instrucciones herramientas y recursos, módulo 2, sexualidad y género. Editorial Amssac S.A. de C.V. México D.F. mayo de 2004.

24. Organización Mundial de la Salud, World Health Report, Ginebra, 2004

25. P Gide, “Étude sur la condition priveé de la femme”, Paris 1867.

26. P. Vidal-Nacquet. “Le chasseur noir, formes de pensé y formes de sosíeté dans le monde grec” Paris 1981.

27. Programa Nacional de SIDA “Carpeta de facilitación interactiva para servicios uniformados”. Puesta en práctica de la facilitación interactiva sobre ITS, VIH y SIDA. 2ª ed. Guatemala 2006.

28. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS), 2005 (ONUSIDA/05.19S "Situación de la epidemia de SIDA": diciembre de 2005. Ginebra, Suiza.

29. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2007. "Situación de la epidemia de sida: Informe especial sobre la prevención del VIH" Diciembre de 2007. Ginebra, Suiza.

30. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). "Informe sobre la epidemia mundial de sida" Capitulo 6. Pág. 176. 2008

31. Pérez de Colocho, Tirso Clemades, "Hablemos de Salud sexual" Manual para profesionales de atención primaria de la salud, instrucciones herramientas y recursos, módulo 6 VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual. Editorial Amssac S.A. de C.V. México D.F. mayo de 2004.

32. Sontag, Susan**: "***El sida y sus metáforas"* **(104 pág.). Barcelona: El Aleph, 1989.** ISBN 84-7669-085-1**.**

33. Thomas Yan. "La diferencia de los sexos en el derecho Romano" en la Historia de las mujeres en Occidente, Georges Duby y Michele Perrots eds. Vol.I La antigüedad, Puline Schmit Pantel ed. Madrid, Taurus Ediciones, 1993.

34. Varela Álvarez, Violeta *Contra la "teoría literaria" feminista***, Vigo, Editorial Academia del Hispanismo, 2007.** ISBN 978-84-96915-07-7**.**

35. www.salud.gob.mx

36. www.saludmeta.gov.co