

Guía de Prevención

VIH/Sida

Jóvenes en contextos de vulnerabilidad



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



Guía de Prevención

VIH/Sida

Jóvenes en contextos de vulnerabilidad



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA - MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

BEATRIZ LONDOÑO SOTO - VICEMINISTRA DE SALUD Y BIENESTAR

GERARDO BURGOS BERNAL - SECRETARIO GENERAL

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ - DIRECTOR DE SALUD PÚBLICA

RICARDO LUQUE NÚÑEZ - COORDINADOR DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS - UNFPA

TANIA PATRIOTA - REPRESENTANTE EN COLOMBIA

LUCY WARTENBERG - REPRESENTANTE AUXILIAR

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA - ASESORA VIH/SIDA

EQUIPO TÉCNICO DEL CONVENIO COMPONENTE VIH

Ministerio de la Protección Social

RICARDO LUQUE NÚÑEZ - COORDINADOR DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Fondo de Población de las Naciones Unidas

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA - ASESORA VIH

GEMA GRANADOS - ASESORA DE COMUNICACIONES

Equipo Técnico Convenio 620 VIH - MPS - UNFPA

PATRICIA BELALCÁZAR ORBES - COORDINADORA CONVENIO 620 - COMPONENTE VIH

LUZ ADRIANA BECERRA CASTRO - CONSULTORA MUJERES EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

ANDREA GARCÍA BECERRA - CONSULTORA MUJERES TRANS

EMMANUEL FONTALVO PATIÑO - CONSULTOR COMUNICACIONES

JUAN CARLOS PARDO LUGO - CONSULTOR JÓVENES EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

JUAN SIMBAQUEBA VARGAS - CONSULTOR HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

LIZA GARCÍA REYES - CONSULTORA MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES

LUISA FERNANDA BENAVIDES REINA - CONSULTORA POBLACIÓN PRIVADA DE LA LIBERTAD

SONIA CAMPOS RAMÍREZ - CONSULTORA ESTRATEGIA INTEGRAL

TERESA DEL CARMEN MORENO CHAVES - CONSULTORA EPIDEMIOLOGÍA

Bogotá, D.C. 2011

ISBN: 978-958-99831-3-3

Diseño, diagramación e impresión

Acierto Publicidad & Mercadeo

asesoria@acierto-publicidad.com

www.acierto-publicidad.com

INTRODUCCIÓN

Desde su aparición, la epidemia de VIH/Sida en el mundo ha dejado al descubierto una serie de inequidades y formas de injusticia que tan solo contribuyen a que la epidemia se perpetúe. En el mundo, y al igual que otras patologías, la infección por VIH prevalece en contextos donde existe mayor desigualdad y pobreza, además de una falta de acceso a servicios sociales y de salud. Adicionalmente, el hecho de que el Sida sea una infección de transmisión sexual y que haya afectado, mayoritariamente, a sectores específicos de la población que tradicionalmente han sido marginados y excluidos en razón de sus prácticas o su orientación sexual, ha contribuido a que la epidemia se expanda. De igual forma, lo han hecho las connotaciones morales cargadas de culpa o el rechazo que —a inicios de la epidemia (y aún hoy)— generaban las personas infectadas, por ser consideradas vectores de una enfermedad inexorablemente mortal; así como la desinformación existente, al intentar imponer perspectivas únicas de valoración moral para su prevención y control.

En otras palabras, el estigma y la discriminación que se dirige hacia las personas infectadas por el VIH o hacia aquellas percibidas de forma errónea como responsables de la infección, contribuyen a que la epidemia prospere y a que se generen nuevas formas de rechazo y condenación. ¿Cómo romper este círculo vicioso? ¿Por qué dirigir una serie de documentos de prevención hacia las poblaciones identificadas como más vulnerables? En principio, por una razón básica de salud pública; y es que las estrategias y acciones preventivas deben focalizarse justamente en donde las epidemias registran el mayor número de casos. Pero también, porque son justamente las comunidades mayormente afectadas quienes deben reconocer que el silencio y el miedo frente a las vulneraciones y los señalamientos, son cómplices de la mayor concentración de casos al interior de sus comunidades

y que, únicamente tomando la vocería para una acción solidaria contra la epidemia —ya no solo para prevenir los casos de grupos específicos de población, sino para liderar la respuesta hacia la sociedad como un todo—, se podrán desatar los nudos perversos que vinculan el Sida a formas de vida o al ejercicio de la sexualidad.

Por otra parte, la infección por VIH seguirá vinculada al comportamiento sexual pero no por ser las personas quienes son, sino por no haber sido capaces de poner freno a formas de condenación moral, criminalización o medicalización de la conducta sexual. No es reprimiendo la sexualidad como se previene el Sida sino justamente lo contrario: generando los espacios para el ejercicio de una sexualidad plena y en libertad. Solo personas autónomas y libres podrán contrarrestar a la epidemia pero, para esto, se requieren dos elementos fundamentales: primero, reconocer los propios factores de vulnerabilidad a la infección. Unos de contexto externo como son las barreras de acceso a información o a medidas de protección como el condón, y otros de carácter interno como la percepción del rol que cada quien tenga frente al nivel de exigibilidad de respeto al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, o el nivel de comunicación asertiva que pueda generar con la o las parejas con que se relaciona afectiva o sexualmente. En segundo lugar, siendo capaces de responder en consecuencia a las realidades de la epidemia, de forma coherente y solidaria, reforzando el cuidado de sí mismo o misma y el cuidado de las demás personas. Todo ello, no entendiendo el cuidado simplemente como la posibilidad de usar o exigir el uso de preservativos, sino como la observancia, alerta y respuesta contundente frente a cualquier forma de estigma y discriminación; reconociendo que la vulneración de los derechos humanos es el principal combustible que atiza el perfil de la epidemia y que tan solo propiciando espacios para la convivencia entre personas distintas, es que se logrará frenar el Sida como una forma más de injusticia social.

Por lo mismo, estos documentos han sido elaborados para empoderar a las personas en tal perspectiva y para facilitar propiciar la construcción de los contextos de vulnerabilidad; pero, ante todo, para el reconocimiento de una identidad que se forje solidaria para enfrentar la epidemia. Para la construcción de ciudadanos y ciudadanas de derechos, sí; pero, sobre todo, para la construcción de personas responsables, capaces de agenciar ciudadanía. Personas dispuestas a reflexionar sobre la situación de salud que les atañe y a responder de forma firme y decidida a cualquier forma de segregación o injusticia, entre las que se cuenta la pandemia de intolerancia que alimenta la epidemia del Sida.

ÍNDICE

CAPÍTULO I 15

HERRAMIENTAS CONCEPTUALES BÁSICAS

¿Qué se entiende por perspectiva de derechos?	15
¿Qué se entiende por perspectiva de género?	16
¿Qué se entiende por enfoque diferencial?	17
¿Qué se entiende por enfoque de vulnerabilidad?	18
¿Por qué las perspectivas de derechos y de género en el contexto del VIH/Sida?	19
¿Por qué el enfoque diferencial y el enfoque de vulnerabilidad en el contexto del VIH/Sida?	20
Diferencias entre “sexualidad”, “sexo” y “género”. ¿Por qué no son lo mismo?	21
¿Qué son los Derechos Sexuales y Reproductivos?	23

CAPÍTULO II 31

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

¿Qué es el prejuicio?	31
¿Qué es estigma?	32
¿Qué es discriminación?	33
Prejuicio, estigma y discriminación por VIH	34
En mujeres en contextos de vulnerabilidad	35
En los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	36
En personas jóvenes	37
En las Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS)	38
En la población privada de la libertad	38
En la población trans	39

CAPÍTULO III 41

ASPECTOS BÁSICOS DE LA INFECCIÓN POR VIH

Consideraciones generales con respecto a la epidemia del VIH/Sida	41
¿Qué es el VIH?	42
¿Qué es el sistema inmunológico?	42
¿Qué ocurre en el organismo cuando ingresa el VIH?	42
¿Qué es el Sida?	43
¿Cómo se transmite el VIH?	43
¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH?	43
¿Por qué los preservativos son eficaces en la prevención del VIH?	44
¿Cómo se detecta el VIH?	45
¿Cuáles son las ventajas de hacerse la prueba?	46
¿Qué es y cómo se realiza la asesoría previa y posterior a la prueba?	47
¿Qué tratamientos existen para controlar la infección por el VIH?	48

CAPÍTULO IV 49

MARCO NORMATIVO DEL VIH/Sida EN COLOMBIA

Del ámbito internacional	50
Del ámbito nacional	50

CAPÍTULO V 55

JÓVENES EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

La gente joven y sus contextos	55
La adolescencia desde el desarrollo	57
Adolescencia temprana o inicial: de los 10 a los 13 años	57
Cambios psicológicos de la adolescencia temprana	58
Adolescencia intermedia: de los 14 a los 16 años	58
Adolescencia final o tardía de los 17 a los 21 años	58
Juventud de los 21 a los 24 años	59
¿Por qué es necesario hablar de contextos de vulnerabilidad en jóvenes?	59
Jóvenes ante los contextos individuales de vulnerabilidad frente a la infección por VIH/Sida	60
Jóvenes frente a los contextos sociales de vulnerabilidad a la infección por VIH/Sida	61
Jóvenes frente a contextos programáticos de vulnerabilidad ante la infección por VIH/Sida	62
Determinantes en salud	62
¿Y por qué invertir en las y los jóvenes?	63
Contextos de vulnerabilidad de jóvenes y adolescentes	67

CAPÍTULO VI	69
HERRAMIENTAS PARA LA TRANSFORMACIÓN DE CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD	
CONSIDERACIONES GENERALES PARA EL USO DE LAS HERRAMIENTAS DE FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN	70
ACTIVIDADES ROMPEHIELO	71
ACTIVIDADES DE FORMACIÓN	77
ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN	97
BANCO DE RECURSOS Y DATOS	101
INDICADORES	103
ANEXO	109
GLOSARIO	117
BIBLIOGRAFÍA	123

ESQUEMA ESTRUCTURAL GUÍA METODOLÓGICA



CAPÍTULO I

HERRAMIENTAS CONCEPTUALES BÁSICAS

“Personas en situaciones similares deben ser tratadas de forma igual, y (...) aquellas que están en situaciones distintas deben tratarse de manera distinta, en forma proporcional a dicha diferencia”¹.

Este aparte, pretende brindar algunas comprensiones básicas sobre diferentes conceptos o términos que son fundamentales para el desarrollo de una estrategia de prevención en VIH/Sida. Se considera que las personas involucradas, son sujetos y sujetas activas en los procesos de construcción de las estrategias que se desarrollan con ellos y ellas y —por supuesto— capaces de transformar sus condiciones, prácticas, nociones de sentido y, en general, su vida y su cultura.

Esta guía se suscribe dentro de la **perspectiva** de derechos y de género y retoma dos **enfoques**: el de vulnerabilidad y el diferencial.

¿Qué se entiende por perspectiva de derechos?

La perspectiva implica el lugar paradigmático desde donde nos ubicamos para ver la realidad de las personas y los contextos sociales en que las mismas llevan a cabo sus proyectos de vida.

El enfoque corresponde al énfasis que se le da a esa mirada.

La perspectiva de derechos parte de reconocer a las personas como ciudadanas y ciudadanos libres; personas titulares activas de un conjunto de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales; que son indivisibles, universales, interdependientes e irrenunciables. Su aplicación implica el reconocimiento del Estado como responsable de preservar, respetar y hacer efectivo el disfrute de los derechos para toda la ciudadanía, en condiciones de igualdad y de dignidad.

¹ Definición de *enfoque diferencial*, tomada de Dirección de Poblaciones. Ministerio de Cultura. (n.d.). Obtenida el 5 de Octubre de 2010, de <http://mincultura.gov.co/index.php?idcategoria=26023>

¿Qué se entiende por perspectiva de género?

La perspectiva de género es una herramienta de análisis social cuyo propósito es hacer visibles desigualdades e inequidades en el contexto de las relaciones sociales de poder, de dominación y exclusión, establecidas entre hombres y mujeres. Esta perspectiva también tiene en cuenta las experiencias, realidades, luchas y necesidades de las personas que se ubican fuera de los marcos normativos en los que se organizan socialmente las identidades de género y las sexualidades. Es decir, la perspectiva de género incluye a gays, lesbianas, bisexuales y personas trans; quienes experimentan situaciones de desigualdad y discriminación por cuestionar las normas de la heterosexualidad obligatoria y del binarismo de género que solo permite la existencia de dos identidades claramente marcadas: mujer-femenina/hombre-masculino.

Desde una perspectiva de género, las identidades tradicionales femeninas y masculinas, están construidas en un contexto de desigualdad. La forma como se construya la identidad puede transformarse en un factor que determine, disminuya o incremente la vulnerabilidad de cada persona frente a la infección por VIH u otras infecciones de transmisión sexual. Esta desigualdad está determinada por un sistema diferencial de poder sustentado en el patriarcado, que puede definirse como “un sistema simbólico que organiza el funcionamiento de la sociedad a partir del dominio de los hombres y en el machismo, que afecta a las mujeres, pero también a los propios hombres”².

En el marco de este sistema patriarcal, tiene lugar el modelo hegemónico de masculinidad; o de masculinidad tradicional³. Es decir, el esquema culturalmente construido donde se presenta al hombre como esencialmente dominante, quien discrimina y subordina a la mujer, así como a otros hombres que no se adaptan a este modelo⁴. En palabras de Game y Pringle⁵, tal esquema cultural dota a algunos hombres de poder sobre otros hombres y, a todos los hombres, de poder sobre las mujeres. Este modelo asimila la masculinidad con el riesgo, la valentía, el dominio, la fortaleza (...); y se construye por oposición y dominio de lo femenino.

Este tipo de masculinidad —en especial en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y de la prevención del VIH/Sida— a menudo se vuelve en contra de los propios hombres que la encarnan. Las creencias en torno a la

¿Sabías que...?

El uso de la perspectiva de derechos en cualquier trabajo que se realiza es fundamental ya que implica reconocer los efectos de este en las personas desde sus particularidades, respondiendo —de forma adecuada— a un sin número de situaciones que afectan a la dignidad y vida de las personas.

La equidad de género es entendida como la justicia en el tratamiento a mujeres y hombres de acuerdo a sus necesidades y expectativas específicas. Estas no implican necesariamente medidas similares, pero sí conducen a la igualdad en términos de derechos, beneficios, obligaciones y oportunidades¹.

¹ PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD): Estrategia de Equidad de Género. Colombia. 2007-2008.

² *Ibid.*, p. 3.

³ R. Connell habla de *masculinidades hegemónicas* y *masculinidades subalternas*, constituidas por estructuras de poder de raza, clase y sexualidad. Es decir, en nuestro contexto las masculinidades hegemónicas serían masculinidades de la clase media alta, blancas, mestizas y heterosexuales. Las masculinidades gays, racializadas y de clases sociales bajas, se ubicarían en la categoría de masculinidades subalternas. En: CONNELL, R.: *Masculinities*. University of California Press, Berkeley, 1995.

⁴ KEIJZER, B.: *El hombre como factor de riesgo. Masculinidad, salud mental y salud reproductiva*, p. 201. Véase: <http://www.redmasculinidades.com/resource/images/BookCatalog/Doc/00026.pdf>.

⁵ GAME, A., PRINGLE, R.: *Gender at Work*. George Allen and Unwin, Sydney, 1983.

masculinidad, se transforman en mandatos socioculturales que instan a los hombres a probar su supuesta virilidad y hombría mediante la exposición al riesgo y en detrimento de ellos mismos, y de otros con los que interactúan permanentemente.

El consumo de alcohol, ser sexualmente insaciable, sostener relaciones sexuales sin protección y el uso de la violencia para mantener el ordenamiento de género establecido son prácticas que sostienen las identidades masculinas tradicionales, cuyos patrones incrementan la vulnerabilidad de los hombres y la de sus parejas frente a la infección por VIH/Sida. Es por ello, que constituye una de las barreras más importantes en la prevención de la infección.

No obstante, cabe señalar que las identidades de género son construcciones dinámicas que pueden transformarse a lo largo de la historia. Como se ha dicho anteriormente, no existe una única forma de ser hombre o de ser mujer. En este sentido, una de las estrategias claves en la prevención del VIH/Sida, es la generación de procesos reflexivos que alienten a mujeres y hombres a transformar imaginarios, prácticas y creencias en torno a su feminidad y/o masculinidad; a construir identidades más flexibles, donde las relaciones entre géneros permitan espacios proclives a la prevención del VIH/Sida y al ejercicio de una sexualidad placentera. Identidades que den paso al disfrute, al respeto y al reconocimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de cada persona.

¿Qué se entiende por enfoque diferencial?

El enfoque diferencial⁶ enfatiza en la necesidad de reconocer las maneras en que una situación similar afecta, de manera específica, a diferentes grupos de poblaciones; reconociendo que, dicha diferencia, está profundamente influenciada y construida por los contextos sociales en lo que se crece, por las construcciones del lenguaje que se desarrollan en esos contextos y, por supuesto, por las prácticas cotidianas en el mismo.

El enfoque diferencial en la prevención del VIH/Sida, contempla el desarrollo de lecturas que permitan integrar en su mirada el reconocimiento de:

- La condición etaria (relativa a la edad en la que queda inserta una persona) y el estado respecto al ciclo vital, particularmente de niñas, niños, jóvenes y personas mayores.

6 Lo correspondiente al enfoque diferencial, fue reconstruido contextualmente a partir del siguiente texto: MEERTENS, D.: Enfoque diferencial y desplazamiento forzado. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Unidad de Servicios Comunitarios. Presentación para el Seminario de Profundización en Derechos Humanos para Funcionarios del Sistema de Naciones Unidas, 2007.

- El género y la identidad de género, distinguiendo la experiencia de hombres, mujeres y personas trans.
- La orientación sexual y las situaciones de discriminación y estigma que traen consigo las orientaciones sexuales no hegemónicas.
- El origen étnico, las tradiciones ancestrales, sus territorios, su autonomía y su cultura.
- La clase social. Dado que la estructura económica da lugar al acceso diferencial a los recursos y a la desigualdad social, esto implica que unos grupos humanos encuentren más dificultades en el acceso a los servicios, a métodos de protección ante el VIH/ Sida y a una sexualidad consentida.

¿Qué se entiende por enfoque de vulnerabilidad?

En el contexto del VIH/Sida, la vulnerabilidad se define como “los diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de los individuos y las colectividades a infectarse, enfermarse o morir a causa del VIH/Sida, los cuales dependen de su situación frente al conjunto integrado de aspectos culturales, sociales, políticos y económicos que los ubican en relación con el problema y con los recursos para enfrentarlo”⁷.

Por ello, asumir la vulnerabilidad como un enfoque, significa reconocer las formas en que estos aspectos —sociales, políticos y económicos— actúan entre sí, afectan la vida de la personas, y definen contextos que incrementan la susceptibilidad ante la infección por VIH/Sida.

La vulnerabilidad es:

- **Multidimensional**, ya que se manifiesta en distintas personas, grupos y comunidades, y adopta diferentes formas y modalidades.
- **Integral**, porque puede afectar todos los aspectos de la vida de quien la padece.
- **Progresiva**, porque existe previamente y puede acumularse e incrementarse con el tiempo. En este sentido, es causa y consecuencia de distintas situaciones que ponen en evidencia dificultades existentes, agudizándolas y convirtiéndolas en detonadoras de nuevos problemas⁸.

La vulnerabilidad puede identificarse en dos dimensiones⁹: una **dimensión individual** y una **dimensión colectiva** que se divide, a su vez, en dos: **la dimensión social y la dimensión programática**.

¿Sabías que...?

Una de las estrategias de desarrollo del enfoque diferencial, son las acciones afirmativas cuyo objetivo principal es garantizar el goce efectivo de derechos en poblaciones o grupos en una condición especial de vulnerabilidad. Estas acciones se consolidan, en muchos casos, mediante el desarrollo de planes, políticas, programas y proyectos que lleven a atender la condición diferencial y a avanzar en el proceso de restitución, garantía y/o promoción de los derechos.

Para reflexionar...

Muchas de las intervenciones sociales, consideran que las acciones que se toman —frente a cualquier problema de tipo social— pueden ser generales y actúan bajo el precepto de atender bajo los mismos parámetros a la mayoría.

Cuando se desconocen las condiciones particulares, se actúa en detrimento de la participación y el reconocimiento de las poblaciones que no tienen condiciones mayoritarias, atentando contra su bienestar y el obligatorio cumplimiento de la garantía de sus derechos.

7 AYRES, J. y JUNIOR, I., citados en: *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*. Ministerio de la Protección Social – Fondo de Población de las Naciones Unidas, Bogotá, 2009, p. 19.

8 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL-FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS: *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*; Bogotá, 2009, p. 12. Véase en: www.cndh.org.mx

9 Clasificación propuesta por Ayres y Junior *et al.* (2006), y retomada por el estudio del Ministerio de la Protección Social – Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*. Bogotá. 2009. P. 13-15.

Estas dimensiones se entienden de la siguiente manera:

La dimensión social: está determinada por las condiciones económicas, políticas, culturales, morales e institucionales que **definen mayor o menor protección de una sociedad frente a la epidemia**. Esta dimensión incluye: normas sociales, relaciones de género y generacionales, referentes culturales, creencias y normas religiosas, estigma y discriminación, bienestar social, empleo, ingresos, apoyo social; el acceso a la atención en salud, a la educación, a la cultura, al ocio, al deporte y a medios de comunicación; la libertad de pensamiento, de expresión, la participación política, los derechos de ciudadanía, la rendición de cuentas del sector público y privado y —por último— el acceso al sistema jurídico.

La dimensión programática: está determinada por la fortaleza o la insuficiencia de los programas de prevención, control y asistencia al VIH/Sida —independientemente de si provienen del ámbito gubernamental, no gubernamental, o privado; o de si pertenecen al nivel territorial (nacional, regional, o municipal)—. Cabe señalar que estas acciones se relacionan estrechamente con la dimensión social y determinan la dimensión individual.

La dimensión individual: Se define por tres supuestos: a) Todas las personas son vulnerables al VIH y sus consecuencias; b) En las personas infectadas, el potencial de vulnerabilidad está en función inversa al amparo social y a la asistencia en salud que dispone; y c) Las condiciones cognitivas, comportamentales y sociales afectan la vulnerabilidad individual de toda persona¹⁰.

¿Por qué las perspectivas de derechos y de género en el contexto del VIH/Sida?

En el contexto del VIH/Sida, las perspectivas de derechos y de género están íntimamente vinculadas, dado

que las desigualdades entre géneros y las violaciones de los derechos, aumentan las vulnerabilidades —tanto de mujeres como de hombres y población trans— a la infección por VIH.

La relación intrínseca entre derechos y género que determina el contexto del VIH/Sida, hace necesarias acciones que distingan y hagan efectivos abordajes diferenciados por género; que se unan en pos de la defensa de los derechos humanos, de la promoción de un ejercicio efectivo de los mismos, y de la valoración de la situación específica que cada persona y población posee frente a la discriminación, la exclusión y la vulneración. El desarrollo de estas acciones contribuye a la transformación de contextos de vulnerabilidad del VIH/Sida.

Por ello, la adopción de las perspectivas de derechos y de género para la prevención de la infección por VIH, implica:

Reconocer las desigualdades y jerarquías definidas por el género en:

- El acceso, goce y disfrute de oportunidades y servicios sociales para mujeres, hombres y personas trans.
- La participación, el reconocimiento, la libre expresión, el respeto y el ejercicio de derechos para todas las poblaciones.

Reconocer la identidad de género como una dimensión dinámica que implica observar:

- Las múltiples construcciones de identidad de género que en el transcurso de la historia colectiva, individual y personal, aparecen y cambian.
- Los contextos y factores de vulnerabilidad, para observar las muy diversas maneras en que hombres, mujeres y personas trans interiorizan, reciben y se hacen partícipes de las políticas, programas y proyectos ofrecidos por entes estatales y no estatales.

¹⁰ Entendemos por “condiciones cognitivas”, la información, conciencia del problema y formas de enfrentarlo que posee una persona; por “condiciones comportamentales”, los intereses y habilidades de una persona para transformar actitudes y acciones a partir de elementos cognitivos; por “condiciones sociales”, el acceso a recursos y el poder que se posee para adoptar comportamientos protectores.

Asumir que:

- Todas las personas insertan sus vidas en una cultura concreta.
- Todas las personas tienen un valor y una capacidad de autodeterminación incuestionables que, especialmente en occidente, se ha denominado “**dignidad**”.
- Todas las personas deben asumir, defender y promover una serie de acuerdos globales que han sido denominados “**Derechos Humanos**”. Estos derechos no distinguen diferencias de sexo, género, orientación sexual, raza, etnia, clase, edad, creencia política, filosófica o religiosa, entre las personas y están destinados a proteger la dignidad de todo ser humano.
- Los derechos de toda persona tienen que ser promovidos y protegidos en toda condición y circunstancia.
- El Estado debe garantizar los derechos de las personas y emprender acciones que los promuevan, difundan, defiendan y restablezcan. Por ello, la misión de toda política pública es la eliminación de las brechas o desigualdades, la generación de condiciones sociales e institucionales que promuevan la equidad y el acceso a los servicios sociales en condiciones de igualdad en derechos, dignidad, y libertad para todas y todos; que partan del reconocimiento de los contextos, expectativas, aspiraciones sociales y culturales de cada persona o colectivo.
- Los derechos sexuales y reproductivos están estrechamente vinculados con derechos fundamentales y, por lo mismo, se consideran parte integral de los derechos humanos.

¿Por qué el enfoque diferencial y el enfoque de vulnerabilidad en el contexto del VIH/Sida?

Los abordajes que contemplan este enfoque, contribuyen a la implementación de acciones más efectivas y eficaces en el marco de la garantía de los derechos humanos, así como a la reducción del estigma y la discriminación hacia ciertos grupos que han sido identificados —erróneamente— como “potenciales transmisores” o “reservorios” del virus. Se plantea así, que todas las poblaciones y grupos humanos son potencialmente susceptibles al VIH y no solo determinados grupos.

De esta forma, el objetivo de la utilización del enfoque diferencial respecto a la epidemia del VIH/Sida, es reconocer el *impacto diferencial* que tiene en todas las poblaciones¹¹ y personas, en especial, las identificadas con una susceptibilidad mayor a la infección en razón de sus contextos de

¿Sabías que...?

Según Herrera y Campero³, desde que apareció la epidemia del VIH/Sida en el mundo, hubo una evolución conceptual en la forma de caracterizarla: de la idea de “*grupos de riesgo*”, se pasó a la de “*prácticas de riesgo*”; luego a la de “*situaciones y contextos de riesgo*” y, finalmente, a la de “*condiciones sociales del riesgo*”; lo que dio lugar al concepto de “**vulnerabilidad**”.

Mientras que las acciones para mitigar el riesgo apuntan hacia una probabilidad y evocan una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política.

Para recordar...

La adopción del enfoque de vulnerabilidad exige lecturas e interpretaciones de la realidad y la formulación y desarrollo de acciones en las tres dimensiones propuestas, ya que ellas se interrelacionan entre sí de forma permanente. Asimismo, se requiere del cuestionamiento constante de las estructuras tradicionales que hacen a algunos grupos humanos especialmente vulnerables a la infección, al perpetuar y naturalizar inequidades que sostienen dicha vulnerabilidad⁴.

3 Citado en: /www.americalatinagenera.org/es/index.php?option=com_content&view=article&id=859&Itemid=231

4 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS: Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres, Bogotá, 2009.

11 Las características diferenciales de cada uno de los grupos, se profundizarán en el aparte de caracterización de la población, siendo estas (en nuestro caso): hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS), mujeres trans, jóvenes y mujeres en contextos de vulnerabilidad, y población privada de la libertad.

vulnerabilidad; y, a partir de ello, generar acciones diferenciales tanto de promoción, prevención y atención; como de restauración del derecho a la igualdad y no discriminación, a la dignidad, a la integridad física, psicológica y moral, al desarrollo de las libertades fundamentales y a la realización efectiva de los derechos vulnerados.

De acuerdo con estos enfoques, las estrategias de prevención de la epidemia de VIH/Sida deben estar sustentadas en:

- El reconocimiento de vulnerabilidades y necesidades especiales de cada grupo de población y de las personas que lo componen.
- La identificación de los impactos diferenciales de la epidemia.
- La garantía de la igualdad de oportunidades en el acceso a la información, los servicios sociales en general y de salud en particular, y la participación comunitaria.
- La promoción del acceso y la participación equitativa.
- La planeación y ejecución de acciones directas con las poblaciones para reconocer, garantizar y restituir sus derechos. Es necesario señalar que estas acciones deben estar basadas en el reconocimiento de sus características específicas y la posibilidad de que ellas sean sujetas activas en la transformación de sus condiciones.

En esta estrategia de prevención del VIH/Sida, se abordarán características de los contextos que determinan la vulnerabilidad a la infección por VIH de las personas que hacen parte de las siguientes poblaciones: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH); Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS); jóvenes y mujeres en contextos de vulnerabilidad, mujeres trans y población privada de la libertad; a partir de las cuales se formulan las herramientas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Diferencias entre “sexualidad”, “sexo” y “género”. ¿Por qué no son lo mismo?

La “**sexualidad**” es una dimensión constitutiva del ser humano que abarca el sexo, el género y la orientación sexual, entre otras categorías. Todas ellas están interrelacionadas e inmersas en el concepto de sexualidad pero tienen definiciones diferentes.

Las diversas formas de comprensión del mundo, se van construyendo a través del proceso de socialización en contextos específicos como la familia, el grupo de amistades, la escuela, la universidad, el trabajo (...) que, junto con la percepción y expresión particular de la persona, conforman el marco de referencia en el que cada quien asume su existencia y el ejercicio de su sexualidad.

El “**sexo**” alude a las características estrictamente biológicas que fundamentan diferencias específicas entre hombres y mujeres y que no suelen determinar las conductas. Entre estas características se encuentran: una carga genética en el par 23 de XX para las mujeres o XY para los hombres, presencia de gónadas masculinas (testículos) o gónadas femeninas (ovarios), diferencia en los órganos reproductores internos (útero, trompas de falopio, o conductos deferentes, próstata), diferencia en los órganos genitales externos (pene, escroto, senos, vulva) y —por último— caracteres sexuales corporales secundarios (tono de voz, masa muscular, vello facial, etc.).

El “**género**” es una categoría de análisis que hace referencia al significado otorgado socialmente al hecho biológico de ser mujer y hombre. Es decir, es una definición específica cultural asignada socialmente a, lo que se espera, correspondería a la forma de ser mujer (feminidad) o de ser hombre (masculinidad) y que, por tanto, varía en el tiempo y en el espacio¹². Por ser una construcción sociocultural, cambia a lo largo de la historia y es diferente en cada cultura; incluso pueden coexistir, dentro de una misma sociedad, diferentes sistemas de género relacionados con la diversidad cultural que exista.

Por ejemplo, en la India existen las *hijras*, personas que tienen un sexo de nacimiento masculino o intersexual. Desde el género, se identifican a sí mismas como mujeres, se refieren a sí mismas en femenino y suelen vestir acorde con su identidad y desempeñar, por tanto, roles femeninos. La historia de esta condición cuenta con una larga tradición —tanto en la cultura védica, como en las cortes de los gobernantes islámicos del subcontinente—.

Todo lo anterior, significa que las características atribuidas a las mujeres y a los hombres son modificables, es decir, **no se puede hablar de una única forma de ser mujer ni de una única forma de ser hombre**.

La “**orientación sexual**” hace referencia a la atracción erótica y afectiva hacia una persona. En la orientación sexual entran en juego la excitabilidad sexual de la persona en relación con otro u otra, sus afectos, sus emociones e ideas de placer y de pareja.

La orientación sexual no se da en función del sexo o de la construcción de género.

Es necesario resaltar que el sexo o características biológicas, corporales y físicas **no determinan** ni la forma en que se asumen **los roles de género**, ni las formas en que una persona puede **identificarse a sí misma** frente a dichas asignaciones, ni la orientación sexual y —por tanto— se permite que la **identidad** frente a uno u otro sexo sea una construcción individual.

Para reflexionar...

En la mayoría de sociedades, este sistema sexo-género, es decir, “el sistema de valores a partir del cual se distribuyen socialmente lugares, roles, y accesos al poder para los sujetos de una sociedad de acuerdo con el sexo de nacimiento”⁵, ha desarrollado relaciones de desigualdad, exclusión y discriminación —en contra de las mujeres— en la mayor parte de las esferas de la vida humana, pública y privada; que se cruzan —a la vez— con otras variables como la edad, etnia, orientación sexual, religión (...). Esto se traduce en menos oportunidades, acceso y control de los recursos para las mujeres y una menor valoración y reconocimiento a sus actividades y a sí mismas, como seres humanos que se manifiestan en todos los campos.

5 PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO PNUD: *Cómo elaborar una estrategia de género para una Oficina de País*, 2004.

12 PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD): *Estrategia de Equidad de Género*. Colombia. 2007- 2008.

¿Sabías que...?

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) son parte de los derechos humanos y abarcan derechos que ya están reconocidos en las leyes nacionales y documentos internacionales sobre derechos humanos. Estos se consideran:

Históricos, dado que están profundamente ligados con los procesos políticos y sociales de las comunidades a lo largo del tiempo, como las movilizaciones promovidas por mujeres y/o el movimiento de lesbianas, gays, bisexuales y trans; en torno al ejercicio y disfrute de la sexualidad.

Inalienables o intransferibles, pues es imposible cambiar a la persona titular de un derecho. Es decir, que no se puede pasar o transmitir a alguien el dominio sobre ello.

Imprescriptibles, es decir, que son permanentes y no pueden desaparecer con el tiempo.

Universales, ya que le pertenecen a todas las personas sin distinción alguna.

Indivisibles e interdependientes puesto que están articulados entre sí, todos son importantes y ninguno puede separarse de otro.

Progresivos, ya que su tendencia es al avance y no a su regresión o cancelación.

Así, resulta pertinente hablar de “diversidad sexual” término con el cual se reconoce el amplio espectro de posibilidades que el ser humano asume en la búsqueda de satisfacer su deseo, afectividad, erotismo y genitalidad y, en general, de relacionarse con otros y otras.

¿Qué son los Derechos Sexuales y Reproductivos?

Los desarrollos conceptuales y políticos en materia de reconocimiento de los derechos humanos, han permitido posicionar los derechos sexuales y reproductivos, como tales, enfatizando que estos garantizan la convivencia y la armonía sexual; lográndose que la sexualidad y la reproducción se ejerzan con libertad y respetando la dignidad de las personas; permitiéndole al ser humano el disfrute de una sexualidad plena, libre, segura y con la menor vulnerabilidad posible¹³. Así, estos derechos se ven protegidos, promovidos y garantizados, a través de los principios constitucionales de la dignidad, la autonomía y la solidaridad.

El respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, alude a la toma de decisiones en el ámbito público y al dominio sobre el propio cuerpo de manera autónoma. En este sentido, se reconocen como condiciones esenciales para el ejercicio y disfrute de otros derechos y como fundamento de la verdadera ciudadanía en todas las personas. Lo anterior, entendiendo que el cuerpo se constituye en el primer e inmediato territorio, de forma que el ejercicio sobre él se constituye no solo como expresión de la sexualidad, sino también como el primer espacio para el ejercicio de ciudadanía y la toma de decisiones libres.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) son derechos humanos y deben considerarse como tal. Estos son dinámicos, amplios y están completamente relacionados con la realización de otros derechos como la igualdad, la equidad y la dignidad.

Para la presente guía, se utilizará la propuesta construida por Cook, Dickens y Fathalla¹⁴ (2005); quienes realizan una agrupación de cinco líneas de derechos, que representan los criterios de análisis del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, desde una perspectiva de interpretación integral del ser humano.

Es importante destacar que esta interpretación no aísla unos derechos de otros, tampoco invalida anteriores trabajos; sino que avanza en el fortalecimiento de los existentes.

¹³ Véase: http://www.onusida.org/co/der_sex_rep.htm

¹⁴ COOK, R. DICKENS, B. & FATHALLA, M.; *Salud Reproductiva y Derechos Humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Profamilia, Bogotá, 2005.

Estos grupos de derechos son:

1. Derecho a la vida, a la libertad, a la supervivencia, a la seguridad y a una sexualidad libre de riesgos.
2. Derecho a la autodeterminación reproductiva, a la libre opción a la maternidad y a la protección, en caso de embarazo.
3. Derecho a la información, a la educación y a la toma de decisiones.
4. Derecho a la atención, a la protección en salud y a los beneficios del progreso científico.
5. Derecho a la no discriminación y al debido respeto por las diferencias.

Reconociendo esta clasificación, proponemos la siguiente relación de derechos sobre la infección por VIH/Sida, ya sea para personas que viven o no con el virus.

El primer grupo de derechos hace referencia a todos los derechos relacionados con la vida, la libertad, la supervivencia, la seguridad y una sexualidad libre de riesgos.

SEXUALIDAD	REPRODUCCIÓN
Este grupo de derechos desde la sexualidad implica: ▪ No infectarse con el VIH/Sida por el hecho de tener relaciones sexuales. ▪ Que su vida no corra riesgo por evitar infectarse con el VIH/Sida. ▪ Que su vida no corra riesgo por vivir con el VIH/Sida. ▪ Recibir tratamiento para la infección por VIH/Sida. ▪ Recibir seguridad por parte del Estado para la atención del VIH/Sida. ▪ No ser re-infectado o re-infectada en una relación sexual. ▪ No ser víctima de tratos inhumanos por vivir con VIH/Sida. ▪ Tener una pareja y a protegerla. ▪ Usar el condón como método de protección. ▪ No ser una persona discriminada ni estigmatizada por vivir con VIH/Sida. ▪ No ser una persona discriminada ni estigmatizado por presumirse que vive con VIH/Sida.	Este grupo de derechos desde la reproducción implica: ▪ Recibir un diagnóstico a tiempo para tomar decisiones sobre el ejercicio de la maternidad y/o paternidad basadas en una información completa. ▪ Asegurarse de no estar en situaciones de vulnerabilidad cuando se decide gestar un embarazo. ▪ Recibir tratamiento en caso de ser una mujer gestante que vive con el VIH/Sida. ▪ Recibir atención médica en el momento del parto. ▪ Programar una cesárea para evitar el riesgo al que pueda estar expuesto el bebé o la bebé, en el momento del parto. ▪ Que su hija o hijo reciba toda la atención médica necesaria y se apliquen todas las maniobras suficientes para evitar que se pueda infectar. ▪ Ser informada, en caso de vivir con VIH, y desear un embarazo. ▪ Recibir la leche de fórmula que garantice la alimentación del recién o la recién nacida.

“Tengo derecho a permanecer sano y/o sana,
el Virus de Inmunodeficiencia Humana
no debe constituir una amenaza para mi vida”.

El segundo grupo hace referencia a todos los derechos relacionados con la autodeterminación reproductiva, la libre opción a la maternidad y la protección en caso de embarazo.

SEXUALIDAD	REPRODUCCIÓN
Este grupo de derechos desde la sexualidad implica: ▪ Gozar del derecho a mantener una sexualidad placentera, cuidadosa y responsable cuando se es una persona que vive con VIH/Sida. ▪ Decidir si quiere o no quedar embarazada a partir de una relación sexual con una persona que viva con VIH. ▪ Decidir si quiere usar o no la anticoncepción de emergencia para evitar un embarazo. ▪ Decidir si quiere o no recibir la profilaxis post-exposición. ▪ Decidir si quiere o no tener relaciones sexuales con una persona que viva con el VIH/Sida. ▪ Decidir protegerse para evitar un embarazo y una infección de transmisión sexual como el VIH/Sida. ▪ Usar el condón cuando se decide no tener hijos o hijas.	Este grupo de derechos desde la reproducción implica: ▪ Decidir si quiere o no quedar embarazada cuando sabe que su pareja vive con VIH/Sida. ▪ Decidir libremente y sin presiones, si quiere quedar embarazada cuando es una persona que vive con VIH/Sida. ▪ Recibir todo el seguimiento y tratamiento médico que requiera una mujer en gestación para que su bebé no se infecte con el VIH/Sida. ▪ Decidir, como hombre, tener hijos y/o hijas independientemente de su condición frente al VIH/Sida y su orientación sexual. ▪ Como hombre que vive con el Virus de inmunodeficiencia Humana, recibir el tratamiento y procedimientos específicos para tener un hijo o una hija. ▪ Participar del cuidado y la crianza de las y los hijos y promover el ejercicio de una paternidad responsable.

“Como mujer, puedo decidir sobre mi cuerpo y sobre la reproducción, sin importar que sea una persona que viva con VIH”.

El tercer grupo hace referencia a todos los derechos relacionados con la información, la educación y la toma de decisiones.

SEXUALIDAD	REPRODUCCIÓN
Este grupo de derechos desde la sexualidad implica: ▪ Recibir toda la información para disfrutar la sexualidad sin correr riesgo de infectarse con VIH/Sida. ▪ Recibir la información sobre el uso adecuado del preservativo. ▪ Recibir o impartir información relacionada con VIH/Sida. ▪ Recibir información para que una persona que vive con VIH, pueda disfrutar su sexualidad sin exponer a otra persona al virus. ▪ Reconocer el ejercicio de la sexualidad como valioso, independientemente de aquellos estigmas o razones de discriminación que se generen sobre la misma.	Este grupo de derechos desde la reproducción implica: ▪ Recibir información suficiente para que una mujer que vive con VIH/Sida (MVVS), decida si quiere o no tener hijos o hijas. ▪ Recibir la información para prevenir un embarazo. ▪ Obtener toda la información de los pasos que se deben seguir para tener hijas o hijos. ▪ Decidir si quiere o no tener hijas o hijos. ▪ Recibir información del diagnóstico, antes, durante y/o después del parto. ▪ Decidir si quiere o no recibir asesorías personalizadas antes de tomarse la prueba para VIH/Sida. ▪ Recibir información sobre el ejercicio de una paternidad responsable y equitativa.

“Tengo derecho a recibir toda la información para poder prevenir la infección por VIH/Sida”.

El cuarto grupo hace referencia a todos los derechos relacionados con la atención, la protección en salud y los beneficios del progreso científico.

SEXUALIDAD	REPRODUCCIÓN
Este grupo de derechos desde la sexualidad implica: ▪ Participar, informarse y beneficiarse de servicios que promuevan el desarrollo de una sexualidad plena y libre. ▪ Gozar de servicios que se encuentren libres de estigma y discriminación. ▪ Recibir atención y servicios de salud para el diagnóstico por VIH/Sida. ▪ Recibir atención sin condición de diagnóstico. ▪ Aseguramiento en salud por condición de VIH/Sida. ▪ Recibir todos los exámenes necesarios para diagnosticarse frente a la infección por VIH/Sida. ▪ Obtener todo el tratamiento para prevenir el Sida.	Este grupo de derechos desde la reproducción implica: ▪ Recibir todos los procedimientos necesarios para que las mujeres que optan por la reproducción, puedan tomar esta decisión con información sobre su estado serológico. ▪ Usar la última tecnología necesaria para la prevención de la infección de un o una bebé cuya madre sea diagnosticada con el VIH/Sida. ▪ Recibir atención prenatal y tener facilidades en el acceso a asesoría y prueba voluntaria para el diagnóstico de la infección por VIH y la sífilis gestacional, así como a todas las alternativas de manejo y tratamiento en caso de resultar infectada. ▪ Recibir asesoría y prueba voluntaria de diagnóstico rápido antes del parto en caso de no haber tenido acceso al diagnóstico durante la gestación.

“Tengo derecho a recibir tratamientos modernos, eficaces, oportunos y libres de estigma y discriminación”.

El quinto grupo hace referencia a todos los derechos relacionados con la no discriminación y el debido respeto por las diferencias.

SEXUALIDAD	REPRODUCCIÓN
Este grupo de derechos desde la sexualidad implica: ▪ No ser estigmatizado ni estigmatizada por la orientación sexual, la identidad de género o la condición socioeconómica. ▪ No ser considerada una persona enferma por construir identidades que no son socialmente normativas. ▪ No ser estigmatizada ni estigmatizado por el ejercicio del trabajo sexual. ▪ El derecho a tener relaciones sexuales con información necesaria para la prevención del VIH/Sida. ▪ No ser discriminado o discriminada por hacerse la prueba de VIH/Sida. ▪ No ser discriminado o discriminada por vivir con VIH/Sida. ▪ No ser discriminado o discriminada por comprar, portar y usar condones. ▪ No ser señalado o señalada por vivir, compartir y convivir con personas que vivan con VIH/Sida. ▪ No ser discriminado o discriminada en los servicios de salud con base en ningún prejuicio.	Este grupo de derechos desde la reproducción implica: ▪ Decidir responsablemente tener hijos o hijas, sin importar si existe un diagnóstico con VIH/Sida. ▪ Construir una familia sin que esto implique responder al modelo tradicional de esta. ▪ Participar del proceso de cuidado y crianza de hijos e hijas sin ser discriminado o discriminada; estigmatizado o estigmatizada por vivir con VIH/Sida. ▪ No ser invalidado ni invalidada reproductivamente por vivir con VIH/Sida. ▪ No ser excluido ni excluida de los núcleos familiares por la orientación sexual y/o la identidad de género. ▪ Ejercer la maternidad o la paternidad sin que el desarrollo del trabajo sexual sea considerado un impedimento para ello.

“Ninguna persona puede ser discriminada o estigmatizada a razón de su orientación sexual, identidad de género, condición socioeconómica, condición étnica o por el desarrollo de trabajos socialmente excluidos”.

CAPÍTULO II

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

La pobreza, la exclusión social, el estigma, la discriminación, la inequidad de género y la homofobia son, entre otros, fenómenos que se encuentran íntimamente relacionados con los contextos de vulnerabilidad y el avance de la epidemia. Estas situaciones estructurales se complican aún más cuando se niega el derecho a la educación sexual y persisten tabúes sociales respecto a la sexualidad humana¹.

Para poder comprender los temas de estigma y discriminación, es necesario poder establecer algunos conceptos previos que se encuentran relacionados.

¿Qué es el prejuicio?

*“El prejuicio es la forma más barata de pensar”
(A. Calabrese).*

Una forma de eliminar los prejuicios, es a través de la educación en la construcción de ciudadanía y el reconocimiento de la diversidad. El establecimiento de relaciones positivas con personas de diferentes razas, etnias, preferencias u orientaciones sexuales o preferencias religiosas, contribuye de manera significativa a eliminar prejuicios y a la convivencia pacífica.

Es la acción y efecto de juzgar las cosas, situaciones, personas o grupos, sin tener un conocimiento completo sobre aquello que se juzga. Un prejuicio, por tanto, es una opinión previa acerca de algo que se desconoce.

Los prejuicios son una primera causa para estigmatizar. Es una actitud apresurada con la que se atribuyen etiquetas y que predispone a actitudes discriminatorias.

¹ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA (INSP): VIH/Sida y salud pública. Manual para personal de salud, México, 2009.

Estos han sido contruidos históricamente y dependen de los contextos y las culturas en las que se desenvuelven las personas; muchos tienen una relación directa con lo que implica ser hombres o mujeres o con el desafío de esos mandatos que imponen “cómo se debe ser”.

Ejemplos:

“Esa mujer debe ser una cualquiera, mira cómo se viste”.

“Es una trans, debe tener muchas enfermedades”.

“Como es trabajadora sexual, es una trepadora”.

Comentarios como estos dan lugar a la discriminación y a perpetuar la epidemia entre los sectores de población más afectados.

¿Qué es estigma?

Se ha definido como un atributo descalificador que desprecia a la persona a la que lo se le asigna. El término, en la Grecia clásica, se refería a una marca física que se les hacía a grupos de personas que se encontraban marginadas de la estructura social. En la actualidad, las marcas físicas casi han desaparecido, pero el estigma ahora se basa en uno o más factores, como el género, la orientación sexual, la clase, el grupo étnico, creencias religiosas, el sexo, las prácticas sexuales, el estado serológico, entre otras.

Este concepto se incorpora al análisis sociológico a partir de investigaciones con personas que sufren enfermedades mentales, padecen deformidades físicas o tienen conductas percibidas como “socialmente desviadas”, tales como la homosexualidad². Lo anterior hace énfasis en un atributo “descalificador”, como “un tipo de cosa”, una diferencia individual y relativamente fija de las personas. De alguna manera, el concepto de estigma, ha sido utilizado para marcar varias situaciones como “deshonrosas” en función de lo que una comunidad considera tolerable o no. Es decir, las personas estigmatizadas representan, para el conjunto de las normas y valores de una sociedad, aquello indeseable que merece ser rechazado, sin que ello tenga que ver directamente con la persona, sus cualidades o calidades.

Estas valoraciones negativas, que resultan de procesos sociales y culturales, estigmatizan a ciertas personas y grupos: de forma que pueden también afectar las percepciones de estas personas sobre sí mismas, lo que se ha denominado estigma interno.

¿Sabías que...?

“Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica”. *Constitución política de Colombia*. Artículo 13.

“Todo lenguaje que tienda a estigmatizar a una persona por su orientación sexual es, entonces contrario, a la Carta y es explícitamente rechazado por esta Corte Constitucional”. Sentencia C-481 de 1998.

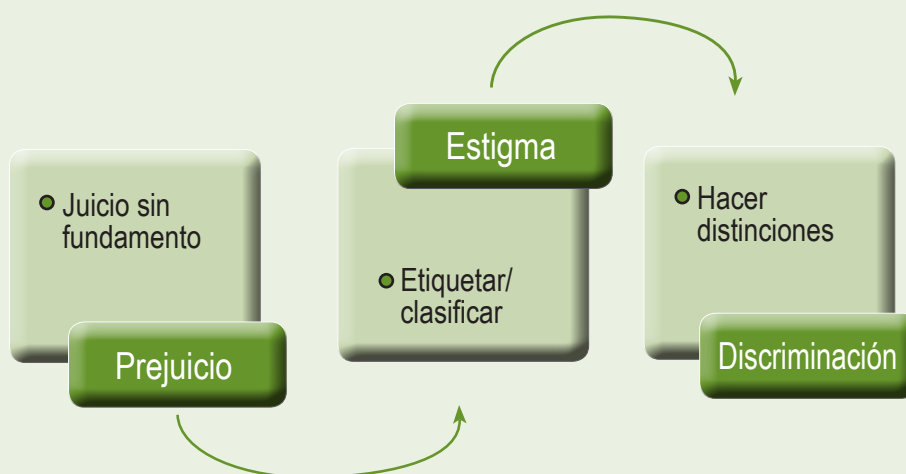
² GOFFMAN, E.: *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires, [1963] (1968).

Aggleton y Parker, señalan que es necesario conceptualizar el estigma y la discriminación como procesos sociales que solo pueden ser comprendidos en relación con nociones más amplias como poder y dominación. Desde este punto de vista, el estigma juega un rol principal, al producir y reproducir relaciones de poder y control en todos los sistemas sociales³.

Cabe decir que, tanto estigma como discriminación, son un manifiesto concreto de la desigualdad e inequidad social, lo que da cuenta de un proceso de construcción democrática que no ha concretado la participación y la diversidad⁴. El estigma, entonces, replica comportamientos de superioridad de un grupo sobre otro, dando lugar al escenario ideal para que se establezcan desigualdades que, dependiendo de los contextos, perjudicarán a quienes se observan como “inferiores”.

¿Qué es discriminación?

La discriminación tiene diversos orígenes y se expresa de formas muy diversas: deteriora la convivencia entre las personas, margina a aquellas que se encuentran más propensas a sufrirla y, así mismo, limita su desarrollo humano y el disfrute de derechos fundamentales.



La discriminación es tratar diferente algo que es igual. Todas las personas son diferentes, sin embargo, en el marco de los derechos todas las personas son iguales. Cuando esto no ocurre, se observa una acción de discriminación. Dichas acciones de discriminación perjudican a las personas y grupos de personas que son objeto del estigma social⁵.

El estigma interno, puede llegar a relacionarse con sentimientos de subvaloración personal, que repercuten en el ejercicio de los derechos, en un menor acceso a servicios y en la disminución o ruptura de vínculos sociales.

3 PARKER, R. y AGGLETON, P.: HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science and Medicine*, 2003, p.57, pp. 13-24.

4 HERNÁNDEZ Y MUÑOZ: Análisis de situación del estigma y discriminación a las personas que viven con VIH y los grupos poblacionales más expuestos en el marco del acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo en VIH/Sida y propuesta de plan sub-regional 2007-2010. OPS, 2007.

5 *Ibid.*

Como causas de la discriminación se reconoce el temor a lo desconocido, a las diferencias, a sentimientos de amenaza a la propia identidad, desconocimiento de la diversidad y de la posibilidad de enriquecimiento mutuo a través de esa diversidad.

Se entiende así, que se discrimina por los prejuicios, los estereotipos y los estigmas aprendidos y reproducidos a lo largo de la vida por costumbre, por tradición o por herencia familiar. El siguiente apartado ilustra la relación entre los tres conceptos tratados.

El estigma y discriminación coexisten en un círculo vicioso, que se inicia en los juicios sin fundamento, promovidos por las etiquetas que se asignan a las “personas diferentes” y que se cristalizan en distinciones que contribuyen a generar nuevos prejuicios.

La discriminación se manifiesta de múltiples formas, entre las que se encuentran:

- Evitar a personas por su identidad de género o su orientación sexual, por ejercer trabajo sexual, usar drogas o habitar en la calle. De la misma manera, la discriminación se da cuando se les niega el acceso a algún tipo de servicio, al trabajo o a la vida en familia.
- El rechazo a las personas que viven con VIH o que pertenecen a otros grupos en situación de vulnerabilidad, al no permitirles el ingreso a sitios específicos, la membresía a un grupo, o por no desear asociarse con ellas.

También puede ocurrir, dentro de un entorno institucional, por ejemplo, cuando:

- Las personas en contextos de vulnerabilidad o que viven con el VIH, son apartadas de otras (pacientes) en una institución de salud o se les niega el acceso a los servicios de atención a la salud o al seguro médico.
- Cuando un empleador o una empleadora no respeta los derechos de una persona en razón de su género, orientación sexual, raza, etnia, religión o estado serológico; de la misma manera, cuando revela el diagnóstico sin el consentimiento de la persona a colegas del trabajo.

- Negar el acceso a la escuela a niñas o niños que viven con VIH o se encuentran en una situación de vulnerabilidad.

La discriminación puede ocurrir también a nivel nacional, cuando se le sanciona o legitima a través de leyes y políticas. En este caso, la discriminación se convierte en una violación del derecho en tanto es el Estado el que actúa. Algunos ejemplos son:

- Negar el ingreso a un país a una persona que vive con el VIH debido a su estatus VIH positivo.
- Prohibir que las personas que viven con VIH tengan ciertas ocupaciones y tipos de empleo.
- El tamizaje y prueba de VIH obligatorias para personas o grupos.
- El rechazo o bloqueo a propuestas legislativas que procuran la equidad patrimonial, pensional y de seguridad social, entre las diferentes orientaciones sexuales e identidades de género con sus pares heterosexuales.

La discriminación, por cualquier razón, es una violación de sus derechos humanos y es algo que el sistema legal de un país puede y debe abordar.

Prejuicio, estigma y discriminación por VIH

La infección del VIH se relacionó con la transmisión sexual y, en la mayoría de las sociedades, tuvo su impacto inicial en poblaciones con prácticas y/o identidades sexuales diferentes a las de los patrones hegemónicos. Las primeras construcciones sociales sobre el Sida se vincularon a imágenes de homosexualidad masculina, pero luego se incorporaron algunas formas de estigmatización: con las personas que desarrollan el trabajo sexual, las personas trans, quienes tienen más de una pareja sexual y con quienes usan algún tipo de drogas.

Respecto a las personas que viven con VIH, las construcciones sociales y valoraciones se dieron en una línea de pensamiento que afirmaban que las personas

infectadas habían hecho algo malo o merecían su destino porque se habían “portado mal”. Este estigma afecta no solo a las personas que viven con el VIH, sino a quienes están asociados con ellas como sus parejas, sus hijos e hijas y otros integrantes de su misma unidad doméstica o de su entorno social, generando además distintas formas de discriminación.

En conclusión, es necesario comprender que:

La sexualidad del ser humano no puede estar sujeta a valoraciones o juicios de valor que la encasillen o limiten. El VIH no se transmite por razones de identidad, orientación o género. No hay que atender a estos conceptos en este sentido, sino a la forma en que se generan prácticas más seguras frente a las vías de transmisión.

Dado que algunos de los obstáculos más significativos respecto a la calidad de los servicios de salud para la atención integral del VIH son el estigma y la discriminación, se requiere adicionalmente que:

- Todas las respuestas a la epidemia del VIH, se planteen desde un marco multisectorial que reconozca la complejidad de los contextos en los que se ubican las personas.
- El sector salud se posicione desde un papel fundamental en dichos procesos.
- Se fomente la participación activa de las personas con VIH, así como de las comunidades más afectadas por la epidemia.
- Se comprenda que quienes prestan el servicio de salud también son personas atravesadas por la cultura y, por tanto, con actitudes que pueden ser estigmatizantes y discriminatorias y que —por lo mismo—, no todas son válidas o indicadas para el ejercicio de su labor. Se debe recordar que los y las profesionales de la salud, ante todo deben regirse por el principio ético de no maleficencia resumido en el aforismo latino *primum non nocere* (primero no hacer daño) ya que está visto que el estigma y la discriminación lesionan la dignidad de las personas. Generar estrategias de sensibilización y capacitación que aborden

los prejuicios existentes en torno a la sexualidad, el género y las relaciones de pareja, la homosexualidad y las relaciones sexuales entre hombres; la atención y tratamiento del VIH y el Sida y las condiciones contextuales que aumentan sus niveles de vulnerabilidad.

En mujeres en contextos de vulnerabilidad

Tanto el estigma como la discriminación, están identificados como dos de los principales obstáculos a la prevención, atención y cuidados del VIH/Sida. La discriminación es definida, según el *Protocolo para la identificación de la discriminación contra las Personas que viven con VIH/Sida (PVVS)*, como “cualquier medida que acarree una distinción arbitraria entre las personas por razón de su estado de salud o su estado serológico respecto al VIH, confirmado o sospechado”⁶.

En las mujeres, la discriminación por VIH/Sida se une a las diversas discriminaciones por género, en donde la violencia hacia ellas constituye una de sus manifestaciones más perversas. Por su parte, el estigma como atributo que descalifica socialmente a la persona afectada, produce soledad y aislamiento social, y está ligado a una concepción del poder que justifica la dominación de colectivos e individuos que se consideran mejores o superiores sobre otras personas; esto es particularmente evidente en los casos de discriminación hacia las mujeres. Por ello, su existencia profundiza la desigualdad entre géneros e incrementa la vulnerabilidad de aquellas personas que se ven sometidas a la discriminación por sexo e identidad de género.

Vale señalar que, históricamente, la sexualidad de las mujeres ha estado sujeta a estigmatización y control por diferentes instancias: la iglesia, la familia, la pareja, el sistema de salud, entre otras. De hecho, la regulación social de la sexualidad —que determina quién debería expresarse sexualmente o no— restringe su acceso a la información, a los servicios adecuados sobre salud sexual y reproductiva, la capacidad para

⁶ ONUSIDA: Protocolo para la identificación de la discriminación contra las personas que viven con el VIH/Sida. 2001.

tomar decisiones sobre su cuerpo, su sexualidad en general y el disfrute del placer sensual y erótico; lo cual es particularmente preocupante en el contexto del VIH/Sida.

Por ejemplo:

- El estigma y la discriminación asociado al VIH/Sida, restringen la búsqueda de información sobre la enfermedad por parte de las mujeres. Los patrones tradicionales de género pueden impedir que cualquier mujer, sea o no sexualmente activa, busque información sobre asuntos relacionados con el ejercicio de la sexualidad, por temor a la censura social o a que se la señale como “inmoral” o “promiscua”.
- Las mujeres que viven con VIH/Sida experimentan, frecuentemente, actitudes estigmatizantes y discriminación por parte del personal de salud. Las gestantes son sujetas de acciones coercitivas para realizarse la prueba; soportan demoras en su tratamiento, son más propensas a la vulneración de sus derechos reproductivos y, en ocasiones, son obligadas a abortar o persuadidas con el objetivo de que desistan de su maternidad.
- El estigma afecta a la vivencia de las mujeres en los servicios de salud, la cual está determinada —en buena parte— por la relación establecida con el personal médico y asistencial. Los juicios morales negativos sobre la sexualidad y las actitudes descalificadoras acerca de las Mujeres que Viven con VIH/Sida (MVVS) o de las mujeres en general, expresadas por el personal, se reflejan al momento de la atención y constituyen una barrera en el acceso a estos servicios.

Otro escenario en donde el estigma se manifiesta entre las MVVS, es la maternidad y la lactancia. La maternidad, como una opción elegida por una mujer que vive con VIH/Sida, puede acarrear censuras y aislamiento por parte de sus redes sociales y familiares. Por otra parte, la decisión de no lactar puede implicar la develación involuntaria de su situación frente al VIH y estar sujeta, así, a acciones discriminatorias y violentas por parte de su familia, pareja o personas allegadas. Para muchas mujeres, el temor a la violencia constituye una barrera para develar su estado serológico y, por ende, para llevar a cabo acciones encaminadas al cuidado de su propia salud.

En los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)

Las manifestaciones del estigma y la discriminación en HSH, se manifiestan de diversas maneras y poseen fuertes implicaciones en el trabajo de prevención con esta población. Existe todo un conglomerado de contextos

Para reflexionar...

Piensa algunos casos de personas que hayan tenido problemas en el sistema escolar o laboral por su identidad de género o su orientación sexual. ¿Qué se debería hacer en estos casos?

Recuerda algunos casos de personas que hayan tenido problemas porque en su contexto laboral se enteraron de que viven con el VIH.

¿Cuáles son las justificaciones para discriminar a otras personas? ¿Qué circunstancias hacen que se discrimine a las personas en el sistema de salud?

que colocan a los HSH como blanco continuo y casi preferente de esta epidemia. Entendiendo que, biológicamente en términos constitutivos, no existen condiciones que predispongan particularmente a estas personas a la infección por el VIH, debemos pensar que existen otros factores que hacen vulnerable a esta población. La mayoría de las situaciones mencionadas tienen que ver con estigma y discriminación.

Las evidencias del estigma y la discriminación en HSH, señalan que los programas de prevención destinados a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tropiezan con varios obstáculos. Por ejemplo: negación de que existen contactos sexuales entre hombres; estigmatización o criminalización de los HSH; información epidemiológica insuficiente o poco fiable sobre la transmisión del VIH en las relaciones sexuales entre hombres; dificultad para llegar a muchos de los hombres que mantienen este tipo de relaciones; establecimientos sanitarios insuficientes o inadecuados —incluyendo la atención en Salud, Sexual y Reproductiva (SSR)—; falta de interés entre los organismos donantes para apoyar y sostener los programas de prevención dirigidos a los HSH y falta de programas destinados, particularmente, a los trabajadores sexuales masculinos; asimismo, falta de atención en los programas nacionales sobre el Sida a la cuestión de los HSH.

La marginación, la pobreza, la falta de acceso a servicios de salud, y la falta de reconocimiento de la variedad de identidades (situaciones que llevan en ocasiones hasta el asesinato), son violaciones de los derechos a la plena ciudadanía de los hombres gay y otros hombres que se relacionan sexual y afectivamente con otros hombres⁷. Las violaciones a la plena ciudadanía, son constantes y generalizadas en nuestros países y la cruda realidad es que estas situaciones conmueven poco al resto de la comunidad. Aun en países en donde la protección a la diversidad sexual estaría garantizada por la constitución, la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres reconoce su propia vulnerabilidad y sus niveles de riesgo ante la agresión social.

Los obstáculos mencionados son muchos y de diferente orden. Ahora bien, para enfrentar tales obstáculos, entre otras cosas, es menester contar con información completa y fiable y con análisis adecuados y comprometidos. Un esfuerzo en tal dirección, se encuentra en las páginas que siguen. En ellas se sintetizan investigaciones que tratan de hacer un aporte para una comprensión más acabada y realista de por dónde pasa la epidemia.

La estigmatización de la sexualidad, especialmente de HSH, se nutre de la invisibilidad social en la que se la ha ubicado históricamente y, a su vez, contribuye a perpetuarla.

La salida de la falta de reconocimiento social —factor adicional de vulnerabilidad— es un proceso individual y social, personal y político. En el marco de dicho proceso, un modo más de promover que se hable de temas considerados tabú; es incorporarlos a la agenda legítima de la investigación, la producción y la socialización de los conocimientos. En particular, el hecho de que las universidades, los centros de estudios y las organizaciones internacionales —en conjunto con las propias comunidades— alienten investigaciones sobre gays y otros HSH, constituye un paso importante contra el señalamiento, la injuria, la descalificación y condena a la que se somete a estas personas y, por lo tanto, contra los contextos de vulnerabilidad de este sector de la población.

En personas jóvenes

Cuando una persona joven vive con VIH, posiblemente sea estigmatizada debido al erróneo imaginario colectivo que se ha constituido en torno que, se piensa, que el VIH ha sido contraído en prácticas sexuales descontroladas, llevadas a cabo a través de actos sexuales irresponsables. En todos estos planteamientos no se tienen en cuenta los contextos de vulnerabilidad de la persona que vive con el virus y que no ha tenido que contraerlo, necesariamente, a través de alguna de estas prácticas estigmatizadas. Tampoco se visualiza aquí, que la razón de la infección pueda provenir de otras vías diferentes a la sexual.

⁷ DÍAZ, R.M. & AYALA, G.: Discriminación social y la salud: el caso de los hombres latinos homosexuales y el riesgo de infección por HIV. Washington: National Gay and Lesbian Task Force. 2001.

Los señalamientos incluyen, también, cargar con el pesar, dolor y vergüenza familiar y personal porque “tan joven y ya infectado”, “esa señora tan joven y ya con un hijo en esas” (...). Otras veces, simplemente el desconocimiento es tan alto, que la infección no da una posibilidad de vida posterior al diagnóstico. Estos comentarios no cambiarán la condición serológica de las y los jóvenes infectados, pero si generará —en cambio— estigmas que desmotivan, agreden y señalan; como si estuvieran escritas las vías específicas de transmisión para jóvenes y adolescentes, como si ello ayudara a que otras personas evitaran la infección.

En las Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS)

Para identificar las condiciones de estigma y discriminación que afrontan las trabajadoras sexuales, es necesario que se les reconozca desde su condición: como mujeres en un contexto en donde —generalmente— presentan mayores condiciones de vulnerabilidad que los hombres.

Las trabajadoras sexuales se enfrentan a diferentes prejuicios sobre ellas, por ejemplo, se piensa que todas ellas son malas, que están enfermas, que permanentemente pueden tener alguna infección de transmisión sexual, que dan mala imagen a un lugar, que son incapaces de tener sentimientos y que, incluso, han optado por el desarrollo del trabajo sexual porque es una vía “fácil” de acceder al dinero.

Otros prejuicios sobre el desarrollo del trabajo sexual están asociados a causas que se consideran determinantes, por ejemplo, el haber sido víctimas de algún tipo de violencia sexual en la niñez, la pobreza, la pertenencia a una u otra región específica del país. También se cree que aquellas que ejercen el trabajo sexual —en su mayoría—, son coaccionadas; que no han podido decidir sobre el ejercicio de su sexualidad o que todas desearían cambiar de actividad. En ocasiones, estas creencias previas hacen que se les desconozca como sujetas de derechos con plena autonomía.

Aunque ni una ni otra razón es, en sí misma, verdadera o falsa, constituyen ideas desde las que —comúnmente— las personas se relacionan con las trabajadoras sexuales. Muchas de estas ideas son poderosas razones bajo las cuales se construyen estigmas y se ejercen múltiples formas de discriminación. A su vez, una mujer trabajadora sexual que viva con VIH, ve limitada seriamente su posibilidad de permanecer en el desarrollo de su labor si es que las compañeras, la o el administrador o, en ocasiones, el propio personal de salud —según sea el caso— llegasen a enterarse.

Para una trabajadora sexual, el vivir con VIH no solo implica aquellas características que se esbozaron anteriormente frente a las mujeres, sino que es una situación que complejiza —entre otras cosas— el acceso a los recursos económicos; el perder la posibilidad de seguir desarrollando el trabajo sexual; el ser señalada y tildada por sus compañeras y por las o los administradores y las dueñas o dueños de los establecimientos así como por los clientes.

Las acciones de discriminación sobre trabajadoras sexuales que vivan con VIH, se centrarán también en la idea de que “se lo merecen” o “se lo han buscado”. Estas ideas operan en todos los niveles: su familia, sus compañeras de trabajo, prestadores de servicios, clientes.

Es importante reconocer que todas y cada una de las personas tienen o han tenido prejuicios frente a ellas y su trabajo; por lo que la recomendación principal para desarrollar cualquier tipo de trabajo es acercarse, reconociéndolas como ciudadanas plenas y como sujetas de derecho.

En la población privada de la libertad

En el contexto carcelario, es preciso reconocer las muchas formas y motivos que sustentan la discriminación y estigma. Por un lado, están aquellas que surgen en la sociedad y que han hecho que, históricamente, se tejan —alrededor de la cárcel y de quienes en ella se encuentran— una serie de rechazos por considerarlas

personas delincuentes, agresoras de las reglas y el funcionamiento de los esquemas sociales; sin detenerse a contemplar situaciones particulares. Estos prejuicios, asimilados por quienes ingresan a la cárcel, se evidencian en forma de auto-discriminación ante el proceso de reclusión, o por quienes hacen parte de la red de soporte (familia, amistades, pareja, instituciones, etc.) y, entonces, se rompen los vínculos que —en este contexto— conllevan situaciones de mayor vulnerabilidad frente al VIH.

Relacionado con este marco, están aquellas formas que se entrelazan al interior de los establecimientos y que evidencian este contexto como una representación de lo que sucede en el entorno social externo, y desde donde es posible definir la cárcel como un microsistema, espejo de la sociedad. En este sentido, se reconocen las formas de discriminación y estigma en las relaciones entre las personas privadas de la libertad, demarcadas por los aprendizajes previos que motivan que —cada uno y cada una— ponga en juego representaciones sociales relacionadas con el género, las orientaciones sexuales e identidades de género, la edad, entre otras; las cuales tiñen de discriminaciones, prejuicios y diversas formas de violencia, las relaciones.

Tal es así, que las personas con orientaciones sexuales e identidades de género no normativas o personas jóvenes y/o con menor educación, son las que se ven en el lugar de mayor vulnerabilidad frente al VIH. Quienes viven con el virus, experimentan también otras formas de discriminación adicionales; y es que, si bien en ocasiones son reclusos o reclusas en un patio aparte para facilitar necesidades de atención, nutrición y descanso; se les excluye también de las dinámicas del contexto, limitando sus relaciones y las posibilidades de interactuar de forma normal.

Otro de los niveles en los que se reconocen distintas formas de discriminación y estigma, surgen desde la idea de la pérdida de derechos que se expresa en la estructura del sistema judicial y administrativo, desde donde se limitan y controlan las expresiones sexuales y las distintas construcciones personales posibles.

Finalmente, está el estigma y la discriminación hacia las personas que salen de la cárcel y pretenden reincorporarse al sistema. Este se manifiesta en las dificultades para acceder al mundo laboral, reconfigurar relaciones sociales y familiares y reconstruirse como personas sujetas de derechos, luego de un periodo de negación o desconocimiento de los mismos.

En la población trans

Las personas trans género (travestis, transexuales), afrontan una serie de estigmas y discriminaciones relacionadas con su identidad de género, que se sale de los parámetros sociales que definen los cuerpos, las estéticas, los roles y las sexualidades normativas de los hombres y las mujeres. Nuestro sistema sexo-género impone un binarismo sexual basado en la existencia de dos categorías exclusivas: hombre-mujer; en las cuales deben insertarse todas las personas. Quienes se salen de este esquema binario, experimentan violencias, estigmas y discriminaciones.

Construir la identidad de género fuera de este marco binario, impone en las personas trans un estigma y un atributo profundamente desacreditador⁸, que aparece en todas sus interacciones sociales; generando menosprecio, reproche, incomprensión y violencia hacia ellas⁹. El estigma se posiciona en los cuerpos trans, leídos desde los códigos binarios como cuerpos ilegítimos, engañosos o como “cuerpos que no importan”¹⁰.

Los estigmas que recaen sobre las personas trans, aparecen en sus interacciones sociales con las personas y las instituciones; pues las mentalidades y las lógicas de funcionamiento institucional están estructuradas a partir de este binarismo sexual que estigmatiza y excluye a todas las identidades que se salen del marco hombre-mujer.

8 GOFFMAN, E.: *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires, [1963] (1968).

9 MECCIA, E.; et. al.: Trabajo sexual: estigma e implicancias relacionales. Trayectorias de vulnerabilidad de mujeres y travestis en situación de prostitución en el Gran Buenos Aires. *Los nuevos rostros de la marginalidad*. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, 2005.

10 BUTLER, J.: *Cuerpos que importan*. Paidós, Buenos Aires, 2003.

Las personas trans son percibidas como enfermas y como anormales, lo cual tiene que ver con la lectura que se hace desde la medicina acerca de las experiencias trans, interpretadas como una “disforia de género” o un “trastorno de la identidad”, según el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV y el DSM V¹¹). Es decir, como una anomalía o como una enfermedad relacionada con la identidad de género de la persona. Dicho imaginario de anormalidad, enfermedad, disforia o trastorno, impone un estigma sobre las personas trans.

De otro lado, las personas trans son vistas como contaminadas y contaminantes en relación específica con el VIH/Sida. Tal estigma se manifiesta, también, en las prácticas del personal de la salud, quienes asocian directamente a las personas trans con el VIH/Sida y establecen —de esta forma— una barrera de acceso al sistema de salud para dicha población, que muchas veces prefiere no utilizar estos servicios debido a este estigma¹². En este caso, el estigma que recae sobre las personas trans se convierte en una práctica discriminatoria.

También existen múltiples estigmas sociales que representan a las personas trans, siempre, como personas excluidas de los vínculos familiares, amistosos, amorosos, de apoyo e incluso de las instituciones —tanto públicas como privadas—. Es decir, se piensa que las personas trans carecen de lazos sociales.

Otro estigma social generalizado, asocia a las personas trans con trabajos como el trabajo sexual, el espectáculo y la peluquería, sin la posibilidad de proyectarlas en otros espacios laborales. De igual forma, las mujeres trans que ejercen el trabajo sexual, se enfrentan a un doble estigma: por ocupación y por identidad de género¹³. Los estigmas que recaen sobre las personas trans pueden articularse además con elementos relativos a la raza y a la clase social, en un contexto clasista y racista como el colombiano.

Estos estigmas se relacionan directamente con una serie de experiencias de discriminación que enfrentan las personas trans y que se manifiestan en diversos niveles de su experiencia subjetiva y social. En ocasiones, desarrollan formas de auto discriminación a través de intensos sentimientos de inferioridad, de anormalidad y de desigualdad, por su identidad de género “diferente”, que las hace sentir fuera de las categorías de ciudadanía y excluidas del disfrute de los derechos. Tales formas de auto-discriminación, se relacionan con lo que hemos definido como “estigma interno” e implican silencios, ocultamientos, depresiones, subvaloraciones, baja autoestima y poca capacidad de exigencia de derechos en las personas.

Asimismo, tal estigma interno genera en las personas trans distanciamientos y autoexclusiones de espacios sociales e instituciones, como la institución de salud y sus servicios de promoción de la salud y prevención y atención del VIH/Sida. Muchas personas trans temen ser discriminadas, estigmatizadas y violentadas en el sistema de salud —ya sea por su identidad de género o por la vinculación casi automática que existe de su identidad trans con el VIH/Sida—.

La discriminación de las personas trans se manifiesta en espacios cotidianos y cercanos como la familia y, generalmente, trasciende a espacios públicos como las comunidades, las instituciones educativas, las instituciones de salud y el Estado. Se trata de una experiencia de discriminación intensa y violenta, que surge en los vínculos familiares cotidianos y llega hasta la relación que las personas tienen con la ciudadanía y el Estado. De esta manera, se relaciona directamente la exclusión familiar con las barreras institucionales y de disfrute de derechos en las personas trans.

11 AMERICAN PSYCHIATRIC ASOCIATION: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4ª Edición. American Psychiatric Association. Washington D. C., 1994.

12 SALAZAR, X.; et al: *Las personas trans y la epidemia del VIH/Sida en el Perú: Aspectos sociales y epidemiológicos*. IESSDEH. Universidad Peruana Cayetano Heredia. ONUSIDA. AMFAR, Lima, 2010.

13 SALAZAR, X. y VILLAYZÁN, J.: *Lineamientos para el trabajo multisectorial en población trans, derechos humanos, trabajo sexual y VIH/Sida*. IESSDEH. Red LacTrans. UNFPA, Lima, 2009.

CAPÍTULO III

ASPECTOS BÁSICOS DE LA INFECCIÓN POR VIH

Consideraciones generales respecto a la epidemia del VIH/Sida

La epidemia de VIH/Sida, ha afectado a todos los niveles estructurales de las sociedades y ha hecho evidente la necesidad de comprender la infección como un fenómeno social. Trascender la mirada clínica de la enfermedad y reconocer los factores sociales, políticos, económicos, educativos, así como las relaciones entre ellos —que pueden estar configurando distintas formas de vulnerabilidad frente al VIH—, implica también asumir nuevos retos complejos para el abordaje en los distintos niveles de trabajo —tanto en prevención como en atención—.

De esta forma, el enfoque de vulnerabilidad frente al VIH permite reconocer a las personas y ubicarlas en entornos con características particulares. Las amas de casa, jóvenes, personas trans, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), población privada de la libertad y Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS), han sido reconocidas como las poblaciones más afectadas por la epidemia, hecho que tiene una intrínseca relación con diversos contextos de vulnerabilidad que los y las hace susceptibles a la infección por VIH.

En este sentido, una estrategia de prevención del VIH/Sida, debe reconocer los aspectos que configuran los contextos de vulnerabilidad en las distintas poblaciones, construirse desde un marco de equidad de género y promoción del ejercicio de los derechos humanos y enfocarse a la transformación de aproximaciones teóricas, conceptua-

les, metodológicas, imaginarios y prácticas que subyacen a la respuesta del país e intervienen en el curso de la epidemia del VIH/Sida.

¿Qué es el VIH?

El Virus de Inmunodeficiencia Humana —VIH— es una partícula infecciosa que debilita el **sistema inmunológico**, llamado también “sistema de defensa”, que afecta la capacidad de respuesta del organismo de una persona a las enfermedades.

El Virus es extremadamente débil fuera del cuerpo humano. La exposición a temperaturas altas y a condiciones del medio ambiente tales como el sol, resultan suficientes para que esta partícula pierda todas sus cualidades. El virus no puede penetrar la piel sana, solo ingresa al organismo por unas determinadas “puertas de entrada” a saber: heridas abiertas, mucosas o por el torrente sanguíneo.

¿Qué es el sistema inmunológico?

Es la defensa natural del cuerpo contra las infecciones. Lo constituyen diferentes tipos de proteínas especiales de la sangre y glóbulos blancos, entre los que se encuentran, las células CD4. Por medio de una serie de pasos, este sistema se encarga de generar unas células especiales, llamadas anticuerpos, para combatir y destruir los agentes infecciosos invasores antes de que causen daño. Estos agentes pueden ser: bacterias, hongos, virus.

Cuando un agente infeccioso ingresa al cuerpo, las células CD4 envían al sistema inmunológico la orden de neutralizarlo. El sistema inmunológico requiere de cierto tiempo para generar una respuesta efectiva para contrarrestar al organismo extraño, que puede durar algunos días o semanas.

¿Qué ocurre en el organismo cuando ingresa el VIH?

Poco después de que tiene lugar la infección, el sistema inmunológico del organismo se prepara para enfrentar el virus mediante los anticuerpos que, por lo general, consiguen reducir provisionalmente la cantidad de virus en la sangre. Sin embargo, la velocidad con la que el virus se replica es superior a la velocidad de la respuesta generada por el organismo.

Al ingresar al organismo, el VIH infecta directamente los CD4; ingresa en ellos y los utiliza para replicarse (producir más VIH). Cada vez que

¿Sabías que...?

- En las personas que viven con VIH, el recuento de células CD4 y la carga viral, permiten determinar la etapa de la enfermedad o infección y, según los resultados, el personal médico determina el tratamiento a seguir.
- El recuento de células CD4 de una persona, da información sobre el estado de su sistema inmunológico y la carga viral es la cantidad de virus presente en la sangre de una persona. Cuanta más alta es la carga viral, más afectado está el sistema inmunológico.
- El VIH solo es detectable con la prueba destinada para ello, llamada Elisa.

Los anticuerpos son proteínas producidas por ciertos glóbulos blancos contra organismos específicos. Estos anticuerpos trabajan para evitar que los agentes infecciosos se queden en la sangre y afecten el organismo.

Para reflexionar...

Después de más de dos décadas del primer caso en Colombia, las personas aún piensan que el VIH se puede transmitir por dar o recibir caricias, abrazos o besos, compartir el teléfono, visitar personas enfermas, compartir comida, cubiertos o vasos, beber en fuentes de agua potable, bañarse en piscinas públicas, utilizar el mismo sanitario, por picaduras de mosquitos y otros insectos, trabajar, relacionarse o convivir con personas viviendo con el VIH, donar sangre, compartir la misma habitación, albergue o refugio.

De igual manera, y pese a la gran cantidad de información que aclara aspectos relacionados con el VIH/Sida, aún permanecen falsas creencias como las siguientes:

- Que las mujeres casadas y monógamas no están expuestas al VIH.
- Que tener relaciones sexuales sin protección con la pareja estable no implica una exposición al VIH.
- Que el VIH solo afecta a personas homosexuales, trabajadoras y trabajadores sexuales o personas trans.
- Que el amor y la fidelidad protegen de la infección por VIH.
- Que las personas que viven con VIH son promiscuas.
- Que donar sangre es un riesgo para adquirir la infección por VIH.

Se denominan “infecciones oportunistas”, aquellas que ingresan al organismo cuando este está debilitado y no puede protegerse.

una célula de CD4 produce más virus, esta es destruida de forma que se reduce la capacidad de producir más células de defensa y el organismo va descompensando su sistema inmunológico; de esta manera queda expuesto a otros agentes infecciosos y propensos a desarrollar infecciones oportunistas.

Con el tiempo, el virus puede anular la capacidad de respuesta del organismo ante la enfermedad, momento en que se pueden reconocer una serie de síntomas y signos propios del debilitamiento del sistema inmunológico, denominado Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida).

¿Qué es el Sida?

El **Sida** se caracteriza por la manifestación clínica de las infecciones oportunistas que afectan al cuerpo humano debido al bajo nivel de sus células de defensa y al alto nivel de réplicas del VIH en la sangre. No obstante, cabe señalar, que una persona que ha llegado a la etapa de Sida puede regresar a una etapa asintomática si tiene la atención médica adecuada y oportuna, acceso a los medicamentos y lleva hábitos de vida saludables en cuanto al consumo de alimentos y bebidas, actividad física y soporte emocional de sus redes sociales y familiares.

¿Cómo se transmite el VIH?

El virus que causa el Sida es un pequeño organismo que no puede reproducirse solo, y por tanto, necesita alojarse en un ser humano para poder vivir y replicarse. Se aloja en los fluidos corporales, particularmente en la sangre, en los fluidos vaginales, en el líquido pre-eyaculatorio, el semen y la leche materna.

Esta característica determina unas vías de transmisión particulares. Estas son: la sexual, la perinatal y parenteral.

¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH?

Sexual: Es llamada así porque sucede en relaciones sexuales no protegidas, es decir, sin preservativo o con uso inadecuado del mismo, con una persona con VIH/Sida. Esta es una vía de transmisión dado que, en estas relaciones, se entra en contacto con sangre, semen, líquidos cérvico-vaginales y líquido pre-eyaculatorio.

En este sentido, se reconocen —entre las prácticas sexuales que no representan exposición al virus—, el coito anal, vaginal y oral protegidos (es decir, usando condón), los abrazos, las caricias, los masajes, la masturbación, la masturbación mutua (sin heridas en la piel).

¿Por qué los preservativos son eficaces en la prevención del VIH?

Cuando se usan correctamente y en todas las prácticas sexuales —desde el comienzo hasta su fin—, los condones son el método de barrera más efectivo para prevenir los embarazos no deseados y las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/Sida. Esto significa, emplear un condón por cada práctica; sea esta vaginal, oral o anal.

En prácticas penetrativas —sean vaginales o anales— el condón debe usarse desde antes de la penetración cuando el pene está erecto, hasta después de la eyaculación; y retirarse antes de que el pene pierda la erección. Si la penetración se realiza con algún tipo de juguete, este debe cubrirse con un condón. Si este juguete es utilizado con otra persona, el condón debe cambiarse.

Para prácticas de sexo oral a hombres (felación), debe emplearse un condón masculino. En el caso de sexo oral a mujeres (cunnilingus), puede hacerse uso de un condón masculino o femenino preparado previamente para que funcione como una barrera de látex (se rompe a la mitad antes de desenrollarse).

De esta manera, el uso del condón tiene una eficacia protectora de por lo menos un 98%. Los condones son fabricados, probados y verificados de manera científica para garantizar su eficacia. Las pruebas técnicas de calidad de los condones incluyen la prueba de filtración de agua, la prueba tensil y la prueba de presión de aire. El condón de látex es impermeable al semen y a los microorganismos, sean estos bacterias, hongos o virus; a menos que se rompa o se deslice significativamente durante su uso.

Algunos factores que pueden estar asociados con la ruptura o deslizamiento del condón, incluyen un inadecuado almacenamiento, el vencimiento no advertido, el uso de elementos corto-punzantes para abrir el empaque, falta de lubricación, el uso de lubricantes derivados del petróleo, sustancias grasas, cremas de manos o vaselina.

Para reflexionar...

En Colombia, cerca del 97% de las infecciones se dan por vía de transmisión sexual⁶.

Una persona que vive con VIH tiene derecho a llevar una vida sexual activa, plena y placentera. Es importante recordar que una persona que vive con VIH, puede reinfectarse con otra cepa del virus, lo que puede complicar su tratamiento. Por lo tanto, el auto-cuidado y la protección son determinantes para mantener su salud.

La reinfección sucede cuando una persona que vive con VIH, tiene relaciones sexuales con otra persona que tiene una clase de VIH distinto. Entonces, se reinfecta con esta otra clase de virus. Esto sucede porque el virus del VIH ha mutado, es decir, que ha ido cambiando en su estructura. En el transcurso del tiempo —desde que apareció el VIH— hay otros virus que son más nuevos y más resistentes, por ejemplo, a los medicamentos antirretrovirales.

Las personas que viven con VIH tienen el mismo aspecto físico que las personas que no; así que el uso del condón no debe estar sujeto a este criterio.

Para recordar...

En la transmisión por vía sexual, la única manera de prevenir el VIH es mediante el uso adecuado del condón masculino o femenino de forma constante y desde el inicio de la relación sexual, acompañado de lubricante a base de agua.

⁶ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. SIVIGILA: *Boletín epidemiológico nacional*. Semana 52. 2009.

¿Sabías que...?

- La posibilidad de que un o una bebé cuya madre viva con el VIH nazca sin la infección, puede ser menor al 2%, siempre y cuando se sigan las recomendaciones médicas para evitar la infección perinatal: realizarse la prueba antes de iniciar la gestación, tomar los medicamentos antirretrovirales, nacimiento por cesárea programada y suministro exclusivo de leche de fórmula.
- Desde 1988 toda la sangre que se recibe en los bancos de sangre es probada, no solo para prevenir la infección por VIH sino otras enfermedades transmisibles. De esta forma, donar sangre o recibir transfusiones son prácticas seguras que no representan riesgo para la infección por VIH.

Parenteral¹: Sucede cuando se penetra la piel por medio de una aguja u otros instrumentos no esterilizados y estos contienen sangre de una persona que vive con VIH. Por ejemplo, en el intercambio de instrumentos utilizados para el consumo de drogas inyectables, la realización de tatuajes con instrumentos no esterilizados o desechables; transfusiones de sangre o de órganos a los que no se les ha hecho la prueba de detección del VIH.

En general, conviene evitar la exposición directa a la sangre de otra persona, así como el uso de instrumentos y utensilios —como jeringas y agujas— que no sean desechables; no solo para evitar la infección por el VIH, sino también otras infecciones como las hepatitis virales, entre otras.

Perinatal: Esta vía de transmisión se da de una mujer que vive con el VIH a su bebé. Se puede producir en tres momentos:

- **Durante el embarazo**, a través de la placenta. Cuanto más alta sea la carga viral en la madre gestante, mayor es la probabilidad de que el o la bebé adquiera el virus.
- **Durante el parto**, por el contacto con sangre y otros fluidos. La mayor parte de las infecciones ocurren en este momento.
- **Durante la lactancia**, el virus puede pasar a través de la leche materna o en el sangrado de los pezones de la madre.

Toda mujer gestante, debe tener presente la posibilidad de haber estado expuesta a cualquier Infección de Transmisión Sexual (ITS) o al VIH, dado que ha entrado en contacto con fluidos seminales y, por ello, debe practicarse la prueba de laboratorio indicada, previa asesoría y con un seguimiento clínico adecuado.

Una mujer que vive con el VIH, puede evitar la infección de su bebé si recibe el tratamiento médico adecuado.

¿Cómo se detecta el VIH?

Se detecta mediante una prueba que consiste en un análisis de sangre que puede hacerse de dos maneras:

1. Prueba rápida: Se hace mediante punción en el pulpejo del dedo, del cual se toma una gota de sangre. El resultado se obtiene en 20 minutos aproximadamente.

¹ Frente a esta vía de transmisión, se cuenta con un protocolo de medidas universales en las que se recomiendan las prácticas básicas de bioseguridad a seguir, dirigidas a profesionales de la salud para evitar o disminuir la exposición ocupacional al VIH.

2. Muestra de sangre tomada y procesada en el laboratorio: La prueba más usada es la *ELISA* para VIH, que detecta los anticuerpos producidos por el organismo como respuesta a la infección. Estos anticuerpos son detectables unas semanas después de la exposición inicial al virus, en un periodo promedio de doce semanas denominado “ventana inmunológica”.

Cabe señalar, que los resultados de la prueba *ELISA* para VIH, son de dos tipos: reactivos y no reactivos. “Reactivos” cuando la prueba detecta anticuerpos que dan cuenta de la infección del VIH y “no reactivos”, cuando la prueba no detecta dichos anticuerpos.

Como las pruebas del VIH pueden no detectar los anticuerpos en caso de infecciones muy recientes que están dentro del periodo de ventana inmunológica, se recomienda que —tras una prueba inicial no reactiva— se efectúe otra prueba de anticuerpos tres meses después.

Si el resultado de la primera prueba *ELISA* es reactivo, se realiza una segunda prueba tamiz y, si esta sigue siendo reactiva, es importante realizar una prueba confirmatoria denominada *Western Blot*.

¿Cuáles son las ventajas de hacerse la prueba?

La asesoría previa y posterior a la prueba tiene un impacto favorable en la prevención primaria de la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

La realización de la prueba y el acceso a una adecuada asesoría previa y posterior a esta, puede ayudar a tomar decisiones importantes como asumir el control de la propia vida. Si se piensa que se vive con el VIH, este puede ser el primer paso para emprender hábitos de vida saludables y evaluar alternativas de tratamiento. La prueba permite:

- Reconocer factores que incrementan la propia vulnerabilidad a la infección por VIH.
- Enfrentar la ansiedad y el miedo derivados del desconocimiento del estado personal ante el VIH.
- Prevenir la transmisión perinatal del VIH.
- Contar con información que sustente decisiones oportunas destinadas al cuidado de sí y de otras personas que vivan o no con el virus.

¿Sabías que...?

- En Colombia, la prueba es voluntaria, confidencial y gratuita para todas las personas.
- Todas las pruebas usadas para la detección del VIH son voluntarias y deben realizarse bajo el consentimiento informado de la persona solicitante. El resultado es confidencial y solo lo debe conocer la persona que se realiza la prueba quien decide a quién comunicarlo. No es requisito para obtener empleo, contraer matrimonio, recibir atención médica, formar parte de instituciones, etc. Al respecto, puede profundizar en el marco normativo incluido en este documento.

Para recordar...

- La prueba diagnóstica para VIH debe realizarse en el marco de una asesoría previa y posterior al resultado y debe responder a las necesidades de quien la solicita.
- La prueba de VIH es la única manera de saber si una persona vive o no con el virus, pero en ningún caso es una forma de protección.

¿Qué es y cómo se realiza la asesoría previa y posterior a la prueba?

Para iniciar, es necesario señalar que la asesoría previa y posterior a la prueba es un derecho de todas las personas que debe ser exigido en todas modalidades de este procedimiento. La asesoría contempla un conjunto de diversas actividades destinadas a informar, orientar y facilitar el acceso a otros servicios de apoyo, en consideración a las circunstancias individuales e intereses personales asociados al cuidado de su salud.

Esta asesoría se realiza en dos momentos: antes de la prueba para VIH y después en la entrega de resultados.

Asesoría previa a la prueba. En esta fase se reconocen factores del contexto de vulnerabilidad en el que se encuentra la persona y, según estas:

- Se identifican los aspectos asociados a la salud sexual y reproductiva.
- Se ofrece información sobre el VIH y las vías de transmisión y se analizan las posibles prácticas a través de las cuales el o la consultante se ha expuesto al VIH.
- Se promueve el uso correcto y consistente del preservativo en todas las relaciones sexuales.
- Se evidencia la red o redes de apoyo y los contextos que pueden hacerle vulnerable a la infección.
- Se evalúan las acciones a seguir frente a los posibles resultados.

Asesoría posterior a la prueba. En este segundo momento se entrega el resultado, se reafirman los mensajes transmitidos en la asesoría previa y se desarrollan las acciones psicosociales que se consideren necesarias.

Si el resultado de la prueba es reactivo, se sugiere la realización de la prueba confirmatoria *Western Blot*.

Para lograr que la asesoría sea un proceso fortalecedor que promueva la toma responsable y plena de las decisiones que directamente afectan la vida de quien solicita la prueba, la de sus familiares y la de su comunidad, se requiere:

- Que se enmarque en un espacio confidencial y personalizado.
- Que se desarrolle en un lugar tranquilo, que propicie la intimidad y cuente con un tiempo suficiente pero definido.
- Que se establezca un vínculo de confianza entre el o la asesora y el o la solicitante que facilite la comunicación interpersonal.

- Que sea realizada por personas idóneas, técnicamente competentes y entrenadas para dar información, educación y apoyo psicosocial.

¿Qué tratamientos existen para controlar la infección por el VIH?

Los medicamentos para controlar la infección por VIH —conocidos como antirretrovirales (ARV)— no curan la infección; se usan para controlar la reproducción del virus y para detener la progresión de la enfermedad relacionada con el VIH.

El inicio del tratamiento con ARV es una decisión que toma el o la paciente después de recibir una buena asesoría médica sustentada en exámenes y la aplicación de protocolos clínicos que analizan los resultados de la carga viral y del conteo de células CD4.

Con tratamiento con ARV, un proceso de recuperación nutricional y el apoyo psicosocial adecuados, el número de células de defensa CD4 vuelve a elevarse al nivel normal y las réplicas del virus en la sangre puede llegar de nuevo a ser tan bajo, que no se logre detectar en los exámenes de laboratorio. A este estado se le denomina “estado indetectable”.

La asesoría es un proceso breve, focalizado y centrado en:

- Las condiciones de la persona que solicita la prueba, ya sea previa o posterior a la misma.
- La resolución de conflictos asociados a la toma de decisiones respecto a la realización de la prueba diagnóstica y temas subsecuentes, una vez recibido el diagnóstico.
- El tratamiento para la infección por VIH, es un derecho para toda la población que lo requiera y está incluido en los planes de beneficios del SGSSS —tanto para el régimen subsidiado como para el régimen contributivo, así como para las personas pobres no aseguradas—. El tratamiento no solo incluye los medicamentos ARV, sino que hace referencia a la atención integral (psicología, nutrición, terapias, odontología, etc.)

CAPÍTULO IV

MARCO NORMATIVO DEL VIH/Sida EN COLOMBIA

El contexto normativo global y nacional, obliga a las instituciones de salud, a brindar los servicios para la prevención y tratamiento del VIH/Sida que se requieran para la protección de la salud y el bienestar de la persona. Tales contextos normativos, promueven el acceso a asesorías eficaces y amigables en pruebas de VIH/Sida, con el fin de garantizar el control de la infección y la enfermedad, buscando en sí el cuidado de la salud de todas las familias y personas del país.

¿Sabías que...?

La legislación colombiana contempla —no solo el diagnóstico— sino que también comprende la atención a personas viviendo con el virus que causa el Sida, y que establece mecanismos para cubrir —mediante procesos de orden jurídico— la prevención, diagnóstico y atención en la infección por VIH y la enfermedad del Sida.

Las acciones integrales de cualquier país en prevención, atención, manejo y registro del VIH y del Sida; se enmarcan dentro de los contextos globales regidos por normatividades, acuerdos y derechos internacionales suscritos por diversas naciones del mundo; debido al impacto de la infección en las sociedades contemporáneas. Este marco normativo global, obliga a los Estados y a las entidades de salud al desarrollo de acciones eficaces de promoción, prevención y atención en VIH/Sida, con lo que busca mitigar los efectos de la infección.

Del ámbito internacional

	NORMAS, ACUERDOS, DERECHOS INTERNACIONALES	IMPORTANTE DESTACAR
1	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994)	Propone prevenir las ETS ⁷ —incluido el VIH/Sida— reducir su incidencia y proceder a su tratamiento, así como prevenir las complicaciones de las ETS, como la infertilidad, prestando especial atención a las jóvenes y a las mujeres. http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm
2	Derechos Sexuales y Reproductivos (1997)	Los DDSSRR pretenden garantizar libertades en materia de sexualidad humana, así como asistencia e intervenciones efectivas por parte de las instituciones de salud, en el bienestar sexual y reproductivo de las poblaciones. http://www.onusida.org.co/der_sex_rep.htm
3	Objetivos de Desarrollo del Milenio y Metas (2000)	Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre. Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal. Objetivo 3: Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de las mujeres. Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil. Objetivo 5: Mejorar la salud materna. Objetivo 6: Combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades. Meta 6 A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH. Meta 6 B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento de la infección por VIH a quienes lo necesiten. Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. http://www.undp.org/spanish/mdg/goallist.shtml
4	Asamblea General de las Naciones Unidas UNGASS (2001)	Declaración de compromiso de lucha contra VIH. Incluye componentes de liderazgo, prevención, atención, apoyo, tratamiento incluyendo la terapia antirretroviral y derechos humanos. http://www.un.org/spanish/ag/sida/aress262.pdf
5	Asamblea General de las Naciones Unidas. Declaración Política sobre VIH/Sida (2006)	Reafirma que la plena realización de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales para todas las personas, es un elemento fundamental de la respuesta mundial a la pandemia del VIH/Sida, sobre todo, en las esferas de la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo; y reconoce que hacer frente al estigma y la discriminación también es un elemento fundamental en la lucha contra la pandemia mundial del VIH/Sida. http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_hlm_politicaldeclaration_ares60262_es.pdf
6	Plan Subregional Andino de VIH (2007 - 2010)	Propone el acceso universal para la prevención, cuidados y tratamientos del VIH. http://new.paho.org/col/index.php?option=com_joomlabook&Itemid=259&task=display&id=102
⁷ Cita textual del documento.		

Del ámbito nacional

Colombia ha desarrollado diferentes acciones para contener la infección por VIH y ha formulado documentos de política pública relacionados con la prevención, diagnóstico y atención de la infección por VIH. Estos documentos, dentro del Estado colombiano, pretenden incluir los distintos sectores y actores gubernamentales, sociales e institucionales y, de esta manera, contribuir a mejorar la situación de salud de la población.

Actualmente, Colombia ha desarrollado diferentes instrumentos normativos que realmente pretenden responder a las necesidades —en especial a la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento integral— de personas infectadas y afectadas por el VIH/Sida.

	LEY, DECRETO RESOLUCIÓN O ACUERDO	NOMBRE	IMPORTANTE DESTACAR
1	Constitución política de Colombia http://www.armada.mil.co/?idcategoria=542940#	Constitución política de Colombia.	- La Constitución indica que el derecho a la salud es de carácter fundamental para cualquier ser humano sin importar su condición física, creencia, actitud y demás. Se debe garantizar a todas las personas habitantes, el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. - El derecho a la salud es considerado como uno de los principales derechos que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS. - La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que podrá ser prestado por entidades públicas o privadas bajo la dirección, coordinación y control del Estado, el cual se debe regir bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. - La salud debe ser parte integral de los servicios de salud en atención, promoción, prevención, protección, diagnóstico, recuperación y otros servicios de control y vigilancia que le atañen a la institución de salud independientemente de su condición pública o privada. - La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todas las personas habitantes será gratuita y obligatoria. - Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.
2	Ley 100 de 1993 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/LEY%20100%20DE%201993.pdf	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.	- El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. - El Ministerio de protección social definirá en el plan de atención básica (1) las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud y (2) las acciones de saneamiento ambiental. - Se contemplan intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a las personas, como la información pública, la educación y fomento de la salud, el control de consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, la complementación nutricional y planificación familiar, la desparasitación escolar, el control de vectores y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el VIH/Sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.
3	Ley 972 de 2005 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/LEY%20972%20DE%202005.pdf	Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida.	- Es la Ley en la cual se declara de interés y prioridad de la República de Colombia la Atención integral estatal a la lucha contra el VIH/Sida. - Especifica que el SGSSS garantizará el suministro de medicamentos, reactivos y dispositivos para el diagnóstico y tratamiento de la Infección. - Indica que el día Primero (1ro) de diciembre de cada año se institucionaliza como el Día Nacional de respuesta al VIH/Sida en Colombia. - Se garantiza el respeto a la intimidad y privacidad de la persona paciente, derecho a la familia, al trabajo, al estudio y a llevar una vida digna. - La tarea fundamental de la autoridad de salud será lograr el tratamiento, la rehabilitación del paciente o la paciente y evitará la propagación de la infección. - Cualquier entidad que conforme el SGSSS, no podrá negar la asistencia de laboratorio, medicina u hospitalización a una persona paciente de VIH/Sida. - El o la paciente asegurada deberá ser obligatoriamente atendida por la EPS. - El o la paciente no asegurada deberá ser atendida por la respectiva entidad territorial.
4	Ley 1122 de 2007	Por el cual se hacen algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.	Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la Integralidad y continuidad en la Prestación de los Servicios. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios y usuarias del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.

	LEY, DECRETO RESOLUCIÓN O ACUERDO	NOMBRE	IMPORTANTE DESTACAR
5	Decreto reglamentario 559 de 1991 (Derogado) http://www.cntv.org.co/cntv_bop/basedoc/decreto/1991/decreto_0559_1991.html	Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 09 de 1979 y 10 de 1990, en cuanto a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, especialmente lo relacionado con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, HIV, y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, (SIDA), y se dictan otras disposiciones sobre la materia.	El presente decreto es el primer pronunciamiento y primera reglamentación relacionada con el VIH/Sida en Colombia. Destacó por primera vez el carácter confidencial del diagnóstico y las asesorías y voluntariedad de las pruebas diagnósticas. Hizo en este entonces énfasis en contar con personal cualificado en salud y educación para hacerle frente a la infección y así tomar medidas de prevención.
6	Decreto 1571 de 1993 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%20%201571%20DE%201993.pdf	Por el cual se reglamenta parcialmente el Título IX de la Ley 09 de 1979, en cuanto a funcionamiento de establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados. Se crean la Red Nacional de Bancos de Sangre y el Consejo Nacional de Bancos de Sangre y se dictan otras disposiciones sobre la materia.	- Indica que los bancos de sangre, cualesquiera que sea su categoría, requieren como mínimo, entre otros, para su funcionamiento, la dotación y suministro de equipos y reactivos para pruebas de diagnóstico de sífilis, hepatitis B y Virus de Inmunodeficiencia Humana. - En el párrafo cuarto refiere que el personal que labora en los bancos de sangre y servicios de transfusión deberá utilizar ropa de trabajo y elementos de protección que garanticen condiciones higiénico-sanitarias y de bioseguridad. - En el artículo 18 hace referencia a las bolsas de sangre o componentes que se utilicen con fines terapéuticos. Según este, deberán tener adherida, como mínimo, la siguiente información: entre otras, el Sello Nacional de Calidad de Sangre, normatizado por el Ministerio de Salud y aplicado bajo la responsabilidad del Director del Banco de Sangre, cualquiera que sea su categoría. - En el artículo 42 se especifica, que los bancos de sangre, cualquiera que sea su categoría, deberán obligatoriamente practicar bajo su responsabilidad a todas y cada una de las unidades recolectadas las siguientes pruebas; entre otras, la detección de anticuerpos contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) 1 y 2.
7	Decreto 1543 de 1997. http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%201543%20DE%201997.pdf	Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).	- Que la infección del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha incrementado considerablemente en los últimos años en la población colombiana, tanto en hombres como en mujeres y menores de edad. - Visibiliza la necesidad de expedir las normas correspondientes en desarrollo de la función de control y prevención. Que por su naturaleza infecciosa, transmisible y mortal, requieren de un esfuerzo a nivel intersectorial y de carácter multidisciplinario para combatirlo. - Que la vulneración de los derechos fundamentales de las personas infectadas del VIH/Sida son cada vez más frecuentes. - El temor infundado hacia las formas de transmisión del virus, hace necesario determinar los derechos y deberes de PVVS y de la comunidad en general. - Es el decreto marco en el manejo de los casos de Infección por VIH/Sida. - Regula la atención y da los lineamientos para el manejo de la infección por VIH/Sida en Colombia.
8	Decreto 2323 de 2006 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%202323%20DE%202006.pdf	Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 09 de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones.	Regula los resultados de laboratorio y garantiza la calidad en todas las pruebas, lo cual hace que las pruebas de tamizaje sean confiables cuando sean tomadas en los laboratorios de referencia.

	LEY, DECRETO RESOLUCIÓN O ACUERDO	NOMBRE	IMPORTANTE DESTACAR
9	Decreto 3518 de 2006 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%203518%20DE%202006.pdf	Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.	- En el presente decreto se reglamenta y crea el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y se dictan medidas para los procedimientos de vigilancia en salud pública. - Es importante resaltar, entre otras disposiciones del decreto, las responsabilidades frente a la obligatoriedad de la información epidemiológica. Las Unidades Primarias Generadoras de Datos y las Unidades Notificadoras son responsables de la notificación o reporte obligatorio, oportuno y continuo de información veraz y de calidad, requerida para la vigilancia en salud pública, dentro de los términos de responsabilidad, clasificación, periodicidad, destino y claridad. El incumplimiento de estas disposiciones dará lugar a las sanciones disciplinarias, civiles, penales, administrativas y demás, de conformidad con las normas legales vigentes.
10	Resolución 3442 de 2006 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/RESOLUCIÓN%203442%20DE%202006.pdf	Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/Sida y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/Sida y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica.	- Se adoptan las Guías de Práctica Clínica para VIH/Sida y Enfermedad Renal Crónica, las cuales serán de obligatoria referencia para la atención de las personas con infección por VIH y con Enfermedad Renal Crónica, por parte de Entidades Promotoras de Salud, EPS subsidiadas, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y en lo que sea competencia de las Administradoras de Riesgos Profesionales. - Se Adoptan las recomendaciones del Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida y del Modelo de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica, en sus aspectos de vigilancia en salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia integral como el instrumento de referencia para la gestión programática, por parte de todas y todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, según los recursos y competencias establecidas por la ley. - Son expedidas de acuerdo con Medicina basada en la Evidencia (MBE), permitiendo tener un mejor control de los recursos y una mejor atención para las personas usuarias.
11	Resolución 5261 de 1994 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/RESOLUCIÓN%205261%20DE%201994.pdf	Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	- El manual se diseñó con miras a unificar criterios en la prestación de servicios de salud dentro de la Seguridad Social en Salud, como garantía de acceso, calidad y eficiencia. - En el libro I, capítulo Sexto (VI) en las actividades, intervenciones y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, nomenclatura y clasificación, se referencia y se clasifica: 19878 Sida, anticuerpos VIH 1. 19879 Sida, anticuerpos VIH 2. 19882 Sida, antígeno p. 24. 19884 Sida, prueba confirmatoria (Western Blot, otros). - Y en el libro II, capítulo I, título IV: el desarrollo del plan obligatorio de salud para el nivel IV. La atención de patologías de tipo catastrófico a la que se hace referencia en el artículo 117, dice que son "patologías catastróficas aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento". Se consideran dentro de este nivel, el manejo de pacientes infectados por VIH.
12	Resolución 412 de 2000 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/RESOLUCIÓN%20412%20DE%202000.pdf	Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública.	- En la presente resolución se expiden las guías de atención y la norma técnica de obligatorio cumplimiento. - Dentro de las guías de atención a Enfermedades de Salud Pública que se adoptan en la 412 de 2000 que están establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud: las Infecciones de transmisión sexual y VIH/Sida (resolución 3442 de 2006).

	LEY, DECRETO RESOLUCIÓN O ACUERDO	NOMBRE	IMPORTANTE DESTACAR
13	Acuerdo 117 de 1998 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/ACUERDO%20117%20DE%201998.pdf	Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.	▪ Que los servicios de Protección Específica y de Detección temprana no son demandados por los usuarios y usuarias en forma espontánea y por lo tanto las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las EPS subsidiadas, deben diseñar e implementar estrategias para inducir la demanda a estos servicios, de manera que se garanticen las coberturas necesarias para impactar la salud de la colectividad. ▪ El acuerdo habla de la Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública, entre las cuales, las condiciones patológicas serán objeto de atención oportuna y seguimiento, de tal manera que se garantice su control y la reducción de las complicaciones evitables, entre ellas, están las Enfermedades de Transmisión Sexual (Infección gonocócica, Sífilis, VIH).
14	Circular 063 de 2007	Cobertura de servicios de salud y la obligatoriedad para la realización de las pruebas diagnósticas y confirmatorias para VIH.	▪ Recuerda que en la resolución 5261 de 1994, están las intervenciones y procedimientos de diagnóstico: las pruebas diagnósticas para VIH/Sida, anticuerpos VIH1, VIH 2, antígeno P24 y prueba confirmatoria (Western Blot). ▪ Acuerdo 000306 de 2005: la cobertura incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. ▪ La Ley 972 de 2005, establece que las entidades que conforman el SGSSS, bajo ningún pretexto podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, a la persona paciente infectada con el VIH/Sida. ▪ Recuerda que el artículo 23 del Decreto 2323 de 2006, señala que la financiación de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública para el diagnóstico individual en el proceso de atención en salud, serán financiados con cargo a los recursos del Plan Obligatorio de Salud contributivo y subsidiado.
15	Acuerdo 08 de 2009 http://www.pos.gov.co/Documents/Acuerdo%20008%20Dic%2029-09.pdf	Por el cual se aclaran y se actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado.	▪ Para los menores de 13 años de edad se garantiza exclusivamente la cobertura de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, quirúrgicos y no quirúrgicos con los servicios incluidos en el POS (...). ▪ Cobertura de servicios de segundo y tercer nivel el POS-S cubre: prueba para VIH 1 y 2, Prueba confirmatoria por Western Blot o Equivalente. ▪ Los eventos y servicios de pacientes infectados por VIH están incluidos en el POS-C y POS-S ▪ En los casos de infección por VIH el Plan cubre la atención integral necesaria de la persona infectada con el VIH y del paciente con diagnóstico de Sida (...) entre otros atención, insumos y materiales, medicamentos y exámenes.

PLANES Y POLÍTICAS NACIONALES

	NOMBRE DEL PLAN	IMPORTANTE DESTACAR
1	Plan Nacional de respuesta ante el VIH y el Sida Colombia 2008-2011. http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/6406.pdf	El plan tiene como finalidad global contribuir al logro del acceso universal a los servicios de promoción, prevención, atención y apoyo en VIH/Sida.
2	Plan Nacional de salud Pública 2007 – 2010, adoptado mediante el Decreto 3039 de 2007 http://www.minproteccionsocial.gov.co/Normatividad/DECRETO%203039%20DE%202007.PDF	▪ El plan Nacional de salud pública afirma y ratifica la prioridad frente a las enfermedades transmisibles de mayor impacto, entre otras, las infecciones transmisión sexual, el VIH/Sida. ▪ Dentro de las metas nacionales de Salud Sexual y Reproductiva está, entre otras, mantener por debajo de 1,2% la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años. ▪ Pretende implementar el modelo de gestión programática de VIH y la guía para el manejo sin barreras y con calidad de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida. ▪ Incrementar la cobertura de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestante. ▪ Suministro de tratamiento a mujeres embarazadas y leche de fórmula a los recién nacidos y las recién nacidas para reducir la transmisión perinatal del VIH. ▪ Desarrollo de mecanismos de inspección, vigilancia y control de estándares de calidad de las instituciones con servicios obstétricos habilitados y de las instituciones que realizan control prenatal, atención del parto y puerperio, detección y diagnóstico de cáncer de cérvix y mama y la atención de infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida. ▪ Coordinar el trabajo integral de los programas de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia — AIEPI, de lucha contra el VIH y el Programa Ampliado de Inmunizaciones— PAI para prevenir y atender la coinfección VIH/tuberculosis.

CAPÍTULO V

JÓVENES EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

“Adquirir desde jóvenes tales o cuales hábitos no tiene poca importancia: tiene una importancia absoluta...”
Aristóteles

La gente joven y sus contextos

El presente documento hace una breve descripción de jóvenes y adolescentes, partiendo del siguiente lema: “jóvenes distintos, derechos iguales”. Esto no pretende encasillar, ni mucho menos, insertar a las y los jóvenes en etapas lineales y rígidas. En oposición, genera precisamente una reflexión frente a las posturas teóricas que clasifican y rotulan a la adolescencia en sub-etapas lineales, rígidas y poco flexibles. Estas, a su vez, relacionadas con los niveles de vulnerabilidad expresados anteriormente en el capítulo de enfoque y perspectivas frente al VIH/Sida.

En Colombia, diferentes legislaciones catalogan, diferencian y clasifican a los y las niñas, jóvenes y adolescentes según su edad. De esta forma, se hace referencia a los niños y las niñas cuando se trata de personas de entre 10 y 12 años. Los y las adolescentes comprenden el periodo de edad que va desde los 12 a los 18 años y, por último, las personas jóvenes se sitúan en la franja de edad que se inicia a los 14 años y que finaliza a los 26¹.

¿Sabías que...?

Según la oms/ops, los y las jóvenes son catalogados como uno de los grupos poblacionales al que los gobiernos deben prestarle especial atención.

La psicología hace clasificaciones con base en el desarrollo de los y las jóvenes; sin embargo, estas diferencias generalmente se limitan a aspectos relacionados con el desarrollo físico. La adolescencia puede tener una

¹ Véase Código de Infancia y adolescencia: <http://www.unicef.org.co/Ley/2.htm> y Ley 375 del 4 de Julio de 1997.

duración que supera la década —tiempo en el cual se da la transición entre la niñez y la adultez—, lo que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales².

De acuerdo con las necesidades particulares de la población —específicamente de los y las jóvenes— no es posible encasillarlos ni encasillarlas, ni catalogarlos y catalogarlas como “iguales”. Los y las jóvenes constituyen una población dinámica, en constante cambio y movimiento³.

Entre jóvenes, existen diferencias según sus condiciones psicológicas, etarias, regionales, sociales, económicas, culturales y étnicas, entre otras⁴. Es diferente hablar de un joven de 15 años a hacerlo de otro de 19. Ambos son jóvenes, pero se encuentran en etapas y en procesos distintos frente a su desarrollo físico, psicológico y social.

Así mismo, existen mayores distancias diferenciales cuando se habla de jóvenes provenientes de poblaciones diferentes. De esta forma, la información que tiene una joven en la Costa Atlántica, es diferente a la que pueda poseer una joven del centro, y distinta también a la de otro habitante del sur del país. Esto mismo ocurre cuando se habla de jóvenes rurales y de jóvenes urbanos⁵.

Las regiones geográficas de Colombia son distintas en formación y educación para la sexualidad. En algunos lugares, la sexualidad es un tema que a diario es puesto en la agenda familiar y comunitaria, mientras que existen otras regiones en las que esta información es de carácter reservado. Estas diferencias generan brechas en la información, prácticas, proyectos de vida, embarazos en la adolescencia e inclusive, pueden variar en el tiempo, alterando la exposición y vulnerabilidad frente a la infección por VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

A partir de estas diferencias, es vital que quienes se encargan de llevar y transmitir información relacionada con la sexualidad a diversos grupos de jóvenes entiendan que la aproximación a cada una de estas poblaciones debe ser específica, concreta, adecuada, pertinente y “en contexto”. Esto quiere decir que se debe realizar un abordaje eficaz del tema si se pretende cumplir el objetivo de brindar información que genere cambios de comportamiento y movilización de la población joven frente a sus contextos de vulnerabilidad⁶.

¿Sabías que...?

La adolescencia abarca, aproximadamente, el lapso comprendido entre los 10-11 años hasta los 19-20 años, y no puede —ni debe entenderse— como un proceso netamente biológico, ya que comprende cambios en lo físico, lo social, lo cognitivo y lo psicológico del joven o la joven.

Las personas jóvenes son tan diversas como la cantidad de jóvenes que hay.

2 PAPALIA, D.: *Desarrollo humano*, McGraw-Hill, México, p. 354.

3 ANTEZANA, J., 1996 ; Educación en población para jóvenes rurales en América latina véase en: <http://www.fao.org/docrep/X5633S/X5633S00.htm>

4 Centro interamericano para el desarrollo del conocimiento y de la formación profesional: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro22/i.htm>

5 Véase Centro interamericano para el desarrollo del conocimiento y de la formación profesional: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro22/i.htm>

6 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. Servicios amigables para adolescentes y jóvenes. 2007, [documento en línea] www.unfpacolombia.org/documentos/modelo-samigables2.pdf

El abordaje con los y las jóvenes, independientemente de su región y nivel socioeconómico, es diferente y complejo; por ejemplo, se caracterizan en su mayoría por manifestar mayor interés en las preguntas cortas con respuestas cortas.

Evite definir el proceso como “la cátedra” o la “terapia”; desmotivan y generan brechas entre la información y la acción.

Por ello, debe ser una habilidad de la persona facilitadora el manejar y acomodar la presente guía según las diferencias a las que se hace alusión, ya sea por condiciones regionales, niveles de información, manejo acertado y uso adecuado del lenguaje, entre otros⁷. De esto dependerá el ejercicio concreto y pertinente, el cumplimiento de los objetivos, los cambios de prácticas y la motivación personal en el cambio profundo de su contexto de vulnerabilidad.

De acuerdo con el planteamiento de las guías para la detección temprana de alteraciones del desarrollo de jóvenes de entre 10 a 29 años del Ministerio de la Protección Social —adoptado por la Resolución 412 de 2000—, para la comprensión, planeación e impacto efectivo de los servicios de salud de atención integral a la adolescencia; es recomendable dividir esta etapa en las siguientes sub-etapas⁸:

Para la comprensión del presente texto, se recomendó seguir el planteamiento de la OMS.

La adolescencia desde el desarrollo

En esta etapa, los cambios más visibles y sensibles son los físicos y —junto a estos—, se encuentran los cognitivos y psicológicos. La adolescencia es una etapa muy importante en el desarrollo de todo ser humano, ya que es el momento en el que el cuerpo se prepara para la sexualidad y la reproducción, y es aquí donde no siempre lo físico y lo psicológico van de la mano. Es el inicio de un proceso que toma, aproximadamente, una década del desarrollo físico y psicológico de las personas, debido al cambio constante y desbordado de producción hormonal. Físicamente, la persona inicia un proceso que implica la maduración de glándulas suprarrenales (adrenarquía) y la maduración de los órganos sexuales (gonadarquía).

¿Sabías que...?

El artículo 209 de la ley 559 de 2000, habla de los actos sexuales con menores de 14 años y dice: “*El que realizar actos sexuales diversos del acceso carnal con persona menor de catorce (14) años o en su presencia, o induzca a prácticas sexuales, incurrirá en prisión de tres (3) a cinco (5) años*”¹.

¹ Ley 599 de 2000, por la cual se expide el Código Penal. Las penas para este delito son aumentadas por el artículo 14 de la ley 890 de 2004 a partir del 1° de enero de 2005.

Adolescencia temprana o inicial: de los 10 a los 13 años*

En general esta etapa se inicia con cambios físicos, aunque esto no siempre es así. Está acompañada por transformaciones en las redes sociales de los y las adolescentes, quienes suelen experimentar sentimientos de con-

⁷ ALARCÓN, L., et al. “Pensamiento, lenguaje y comportamiento adolescente”. *Psicología y pedagogía*, Revista en línea de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL, año III, n.º 10, Junio, 2002. En <http://www.salvador.edu.ar/psic/ua1-9pub03-10-05.htm>

⁸ Definiciones de la Academia Americana de Pediatría, la Sociedad de Salud de Adolescentes y la Organización Mundial de la Salud citadas en *Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven de 10 a 29 años*, 2000.

* Las etapas de desarrollo del joven que se describen en este documento están inspiradas en el documento del MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, *Técnica para la detección temprana de alteraciones del desarrollo del joven*. [documento en línea] http://www.hospitalraulorejelabuenoese.gov.co/soporte_magnetico_de_normas_2009/subdireccion_cientifica/Resolucion_412_de_2000/Normas_Tecnicas/DeteccionTempranadelasAlteracionesdelDesarrollodelJovende10a29anos.pdf

tradición con respecto la idea de dedicar su tiempo a sus tutores y tutoras o —por el contrario— reservarlo para sus amistades. Las y los jóvenes en esta etapa pueden tener una visión difusa o escasa de un proyecto de vida estructurado; hay también un incremento de actividad sexual que se enfoca en la auto-estimulación.

En esta etapa se da inicio a la pubertad que se caracteriza por el alcance de la madurez sexual y la capacidad de reproducción¹¹. La pubertad es la primera fase de la adolescencia en la que se producen las modificaciones propias del paso de la infancia a la edad adulta¹².

Cambios psicológicos de la adolescencia temprana

Los y las jóvenes experimentan con intensidad los cambios biológicos propios de esta etapa, por lo que existe una alta concentración de su energía en la comprensión de los cambios de su cuerpo. Las personas adolescentes regulan sus sentimientos, enfocándolos fuera de la casa y esperando que amistades, compañeros y compañeras, personas adultas, docentes y más, sean sensibles a sus problemas y comprendan sus conductas. Lo anterior hace que se manifiesten inquietas y habladoras; por lo general, no les gusta estar solas y —por esto— desarrollan múltiples relaciones interpersonales.

Adolescencia intermedia: de los 14 a los 16 años

En esta etapa, se acentúa la distancia afectiva con la figura de autoridad que representan sus tutoras y tutores y se inicia un proceso de exploración de diferentes imágenes para expresarse y obtener reconocimiento en la sociedad. Las y los adolescentes identifican aquí —para sí— diversos roles de personas adultas. Se inicia una socialización con gente joven de su mismo o distinto sexo y se puede dar el inicio de las primeras relaciones sexuales. Su posición frente a la vida, les permite pensar de forma diferente e independiente y participar en actividades sociales con pares, y de esta manera ganar espacios de aceptación y reconocimiento social y cultural que aportan al desarrollo de su propia identidad.

Adolescencia final o tardía de los 17 a los 21 años

Los y las jóvenes de este grupo se caracterizan por la independencia y la habilidad para integrar su imagen corporal a su identidad o personalidad. Y es en este proceso en el que en el que adquieren importancia las prácticas

¿Sabías que...?

Las y los jóvenes, en estos momentos de su vida, empiezan a identificar cuáles son las características de las personas que perciben como ideales.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, encuentra que —en promedio— el inicio de las relaciones sexuales en jóvenes de Colombia se presenta desde antes de los 15 años.

¿Sabías que...?

En estas últimas etapas se empiezan a definir y a clarificar los proyectos de vida académicos, laborales y profesionales de los y las jóvenes.

de cuidado y respeto por la autonomía e intimidad de los demás. Los y las adolescentes dan mayor prevalencia a las relaciones sociales personales frente a las establecidas en grupos o colectividades. Hay una clara postura en relación con el desarrollo de su proyecto de vida y son conscientes de que las acciones tienen consecuencias y de pueden adaptar su presente para obtener resultados en su futuro.

Las personas jóvenes que se encuentran en esta etapa se enfrentan a decisiones que pueden afectar al resto de su vida, como puede ser la elección de un proyecto vital determinado: estudiar o trabajar, estudiar antes y trabajar luego o viceversa. Se acentúa la búsqueda de pareja y el gusto por los otros y las otras, se potencian las relaciones sexuales y se toman decisiones sobre ellas.

Juventud de los 21 a los 24 años

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), a este grupo pertenecen las personas entre 21 y 24 años de edad. Esta etapa se corresponde con la consolidación del rol social. Las y los jóvenes encuentran una consolidación de roles sociales y de posturas académico-laborales más claras y suelen iniciar el proceso del desempeño y la producción laboral. A nivel personal, en las relaciones sexuales, las prácticas de autocuidado y cuidado de los otros y las otras se acentúa; se pueden enfrentar a una toma de decisiones frente a la maternidad o paternidad, la vida en pareja y vida laboral; y a la forma de manejar las posturas personales frente cuestiones como el éxito laboral, de pareja, académico o el deseo personal.

¿Por qué es necesario hablar de contextos de vulnerabilidad en jóvenes?

A partir del planteamiento de vulnerabilidad individual, social y programática frente a la infección por VIH/Sida y su influencia ante las diferentes condiciones personales, se hace necesario implementar una nueva visión de contextos de vulnerabilidad cuando se hace referencia a la infección en las diferentes poblaciones.

Es por esto que interpretar estos contextos en la población joven tiene, en sí, diferentes vertientes y —aunque ahora se nombrarán algunos, entre ellos, los más conocidos y visibles—, se incita a no olvidar ni ignorar condiciones específicas y particulares que hace a los y las jóvenes pertenecer a contextos de vulnerabilidad distintos frente a la infección por VIH/Sida.

Jóvenes ante los contextos individuales de vulnerabilidad frente a la infección por VIH/Sida

Al hacer referencia a los contextos de vulnerabilidad individual de jóvenes frente a la infección por VIH, se resalta que todos y todas son vulnerables al virus, independientemente de sus condiciones. Se deben contemplar, además, las condiciones cognitivas, comportamentales y sociales que les afectan⁹.

Dentro de las condiciones cognitivas que, de manera constante, se identifican en las entrevistas realizadas a las y los jóvenes frente a la Infección por VIH/Sida, se encuentra —de manera generalizada— el concepto de **“inmunidad subjetiva”**¹⁰. Según este, las personas jóvenes tienden a considerar que —aunque comprendan y tengan la información frente a las infecciones, embarazos, riesgos y consecuencias de las relaciones sexuales—, no serán ellas las infectadas por el virus, es decir, “no les va a pasar”.

También es posible que dentro de los contextos de vulnerabilidad individual se encuentren procesos personales frente a la toma de decisiones que pueden llegar a ser ambiguos. A modo de ejemplo, una persona joven puede recibir —desde su formación académica y familiar— mandatos que imponen la abstinencia frente a las relaciones sexuales. Todo ello, relacionado con conceptos como el pecado, la visibilidad de la virginidad, el cuidado de lo puro, el matrimonio como posibilidad única del disfrute de la sexualidad, etc. Esto genera un proceso mental que —de manera individual y cognitiva— puede desembocar en relaciones sexuales que se llevan a cabo en la clandestinidad o el silencio y que se realizan con cargas emocionales y éticas que pueden afectar la visión de una sexualidad, libre, placentera, protegida, negociada y responsable.

Ahora bien, dentro de los contextos de vulnerabilidad individual se encuentran los procesos comportamentales que, a su vez, se identifican con condiciones que hacen a las personas jóvenes vulnerables a la infección por VIH/Sida.

Los y las jóvenes que por condiciones sociales e individuales desencadenan comportamientos representativos de su edad —como puede ser la maduración y desarrollo de su aparato reproductivo que lo prepara físicamente para tener relaciones sexuales— son vulnerables a la infección, ya que —al encontrarse en pleno desarrollo físico— no siempre cuentan con la información suficiente para poder prevenir una infección por VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual¹¹.

¿Sabías que...?

“Vulnerabilidad subjetiva” es precisamente un contexto de vulnerabilidad derivado de interacciones y aprendizajes que hacen pensar a los y las jóvenes que, por el hecho de serlo, no están en riesgo.

Por tanto, no es una conducta de vulnerabilidad sino la consecuencia de una serie de elementos contextuales que no permiten que las personas jóvenes decidan protegerse.

9 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS: *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*, Bogotá, 2009.

10 DOUGLAS, M., *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Paidós Studio, Barcelona, 1996.

11 ONUSIDA. *HIV/AIDS and young people: hope for tomorrow*. UNAIDS-United Nations Department of Public Information, Switzerland, 2003.

Los contextos de vulnerabilidad individual-social, pueden ser claramente identificables y, a su vez, confundirse con los otros niveles de vulnerabilidad social y programática ya que dentro de las condiciones sociales individuales se encuentran la concepción del amor versus la pasión, la presión de grupo, el embarazo adolescente, entre otros.

Las presiones de grupo a las que se enfrentan las y los jóvenes se convierten, posiblemente, en uno de los determinantes individuales más claros, relacionados con el aprendizaje social, la toma de decisiones y la construcción del amor desde los procesos cognitivos junto a los procesos y vivencias sociales¹².

Jóvenes frente a los contextos sociales de vulnerabilidad a la infección por VIH/Sida

Es importante destacar que dentro de los niveles de vulnerabilidad social se encuentran todas las condiciones económicas, políticas, culturales, morales y los factores institucionales que definen una mayor o menor protección de una sociedad dada frente a la infección por VIH/Sida. Condiciones sociales-morales que cuestionan la importancia del uso de la protección en una pareja estable; espacios sociales donde se priman otros elementos a la adquisición de preservativos, donde se refuerza constantemente —y de manera errada— la estabilidad como método de protección, entre otros¹³.

Los determinantes económicos y políticos pueden contribuir a la generación de contextos de vulnerabilidad, teniendo en cuenta que —actualmente— existe una necesidad imperante de recursos económicos en relación con el ejercicio de la sexualidad y con la reproducción.

Diferentes condiciones económicas alteran las posibilidades, por ejemplo, de adquirir los elementos para la protección (preservativos, anticonceptivos, etc.) y afectan, además, las posibilidades de dar respuesta a necesidades básicas insatisfechas.

Por otro lado, pero también desde la vulnerabilidad social, se encuentra la posición de “jóvenes con una sexualidad no normativa”, en la que —además de todo lo anterior— se registra un choque con el aprendizaje social normativo establecido y que se da en una educación hetero-sexista reproducida desde la niñez en juegos, roles, acciones, etc. Es importante

¿Sabías que...?

Los y las jóvenes se enfrentan a presiones para tener relaciones sexuales por parte de sus pares con frases como la siguiente: “como tú no has tenido relaciones sexuales, no sabes de lo que estamos hablando”.

12 SALAZAR, M. *Adolescentes y sexualidad en América latina y Colombia*. Universidad Pedagógica Nacional [documento en línea] en: www.pedagogica.edu.co/storage/rce/articulos/rce22-23_10infor.pdf, 2004.

13 CONSEJO LOCAL DE LA JUVENTUD DE VALLADOLID. *Campaña de prevención del Sida; guía para la prevención del VIH para mediadores y mediadoras*, [documento en línea] www.cljv.org/descargas/guia.pdf

destacar, ante esta situación, que no se da una condición o situación vulnerable por el hecho de ser “jóvenes con una sexualidad no normativa” ya que la vulnerabilidad es generada por un contexto social que no cree, ni acepta patrones que se escapan de sus límites heterosociales, no solo negándolos, sino también enviándolos a la clandestinidad y a la negación de una sexualidad libre y responsable. Todo ello, cierra las puertas de diferentes instancias como los servicios de educación, salud y hasta los ofrecidos por la propia familia.

Jóvenes frente a contextos programáticos de vulnerabilidad ante la infección por VIH/ Sida

Frente a las condiciones programáticas se encuentran la imposibilidad de sufragar los costos que implica el acceso a los métodos de protección, las barreras en el acceso a los servicios de salud para jóvenes, los temores institucionales para trabajar con menores de 14 años, la existencia de programas precarios y no sostenibles, la falta de capacitación del personal prestador de servicios de salud en temas relacionados con la sexualidad, la reproducción y la etiología de la infección por VIH, estrategias obsoletas, y un marco legal precario y carente de soporte institucional para su cumplimiento¹⁴.

Programáticamente, —ya sea por esfuerzos, disponibilidad o simple voluntad—, existen barreras que no aportan herramientas para los y las jóvenes en la consecución de sus metas, en la postergación del inicio de relaciones sexuales, en la posibilidad de tener menor ¿riesgo? de exposición a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y a los Embarazos No Planeados (ENP) y —por consiguiente— en la concepción de descendencia antes del cumplimiento de metas académicas o laborales. No existe la disponibilidad abierta y sin restricción de elementos de protección como preservativos que permita al joven o a la joven protegerse en una relación sexual.

Constantemente, las personas jóvenes encuentran barreras que les impiden acceder a los servicios de salud, tales como medicina general, y asesoría, consulta y exámenes relacionados con la salud sexual y reproductiva. Ello, en parte, se debe al desconocimiento de la ley sobre la atención a jóvenes menores de 18 años, ya que se piensa —de manera errada— que por ser jóvenes y menores de edad, es requisito obtener el permiso de sus padres¹⁵.

De igual manera, es importante resaltar que la capacitación a jóvenes en temas relacionados con la salud y sexualidad, en algunos casos es realizada por instituciones y personal poco flexibles y vulneradores. Por ello, es imperante la necesidad de crear programas, instituciones y servicios que permitan la eliminación de este tipo de barreras a través de un personal —previamente capacitado, formado y sensibilizado— que no solo abra las puertas de la atención, sino que también entienda y comprenda las necesidades individuales de cada joven que allí se presente.

Determinantes en salud

Es posible que, además de lo descrito anteriormente, los y las jóvenes durante el desarrollo físico, psicológico y social experimenten diferentes situaciones importantes y que, por ende, estas puedan influenciar tanto en los contextos de vulnerabilidad individual como en la social o programática. Dentro de estas situaciones, se encuentran la actividad física (el ejercicio y la falta de este puede influir en la salud física y mental); problemas del sueño (dejar de dormir 10 horas para dormir 8 o menos); nutrición y trastornos alimenticios (obesidad, anorexia y bulimia); salud sexual y reproductiva (embarazos no planeados y no deseados, infecciones de transmisión sexual, explotación sexual infantil, trabajo sexual, trata de personas); consumo y abuso de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, marihuana, drogas sintéticas, bazuco, éxtasis, expendio y tráfico de estupefacientes); mortalidad adolescente (suicidio, ho-

14 OMS. *VIH, adolescentes y jóvenes: la oms interviene*. [documento en línea] www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-vih.noviembre.pdf

15 Véase el concepto de “joven maduro” en la Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el Código de infancia y adolescencia.

micidio); factores económicos (pobreza, pobreza extrema, infracciones de la ley); conflicto armado interno (desplazamiento o reclutamiento forzado); situaciones emocionales (depresión, euforia, relaciones familiares o académicas, entre otras)¹⁶.

¿Y por qué invertir en las y los jóvenes?

*La gente joven también es parte de la sociedad.
(Taller de formación a ong, “Mesa de jóvenes”,
12 al 15 de octubre de 2010)*

Cualquier tipo de acción, trabajo e inversión que se dirija a las y los jóvenes jamás será en vano. Se hace necesario cuando se comprende que son la base y, a la vez, la futura fuerza trabajadora del país. Cuanto mejor esté preparada esta base, mejor será el trabajo en la calidad y efectividad que se reflejará en el desarrollo armónico y potencial del mismo.

Ahora, dentro de este tipo de acciones, identificar las que se enfocan en la prevención de embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual —incluyendo el VIH/Sida— contribuye a que esta población pueda cumplir objetivos y metas académicas, y a la adquisición de conocimientos en áreas específicas con los que tengan mayores posibilidades de obtener en el futuro mejores posiciones laborales¹⁷.

Los esfuerzos que se puedan unir para incentivar, cada vez más, la decisión de aplazar los embarazos no deseados y/o los no planeados para —a cambio de ello— incrementar el estudio y el trabajo profesional, hará de los y las jóvenes una población preparada para enfrentar condiciones cada vez más complejas y exigentes en los espacios académicos y laborales.

El ejercicio de la sexualidad en los y las jóvenes es una situación real que no puede ni debe ocultarse pero que, en ocasiones, va en contravía de los esquemas productivos y del desarrollo del país. Para esto, es importante determinar si la sexualidad y la capacidad reproductiva se ejercen de manera y, ante todo, con la responsabilidad que implica la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/Sida.

Actualmente, las cifras mundiales en Salud Sexual Reproductiva (SSR) señalan a los y las jóvenes como sus principales sujetos de estudio. Las

¿Sabías que...?

Las y los jóvenes en contextos de vulnerabilidad necesitan oportunidades.

¹⁶ Taller de formación ONG, Convenio 620- Adición VIH, “mesa de Jóvenes”. 12 al 15 de Octubre de 2010.

¹⁷ SECRETARÍA DE SALUD DE CHAPULTEC MORALES. *Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes*, Dirección General de Salud Reproductiva México, D.F. [documento en línea] www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf

estadísticas indican que las infecciones de transmisión sexual, como lo es el VIH/Sida, afectan cada día más a esta población. El 73% de las mujeres encuestadas tiene fallas en el conocimiento integral y comprensivo el VIH/Sida¹⁸, y los mayores niveles de desconocimiento se encuentran entre las mujeres más jóvenes y entre las de mayor edad.

A través del seguimiento a los procesos de formación académica, las y los jóvenes escolarizados pueden beneficiarse con el Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía del Ministerio de Educación Nacional y del Fondo de Población de las Naciones Unidas¹⁹ que —independientemente de que las instituciones educativas cuenten con esta orientación— tiene como objetivo contribuir al fortalecimiento del sector educativo en el desarrollo de proyectos pedagógicos de educación para la sexualidad, con un enfoque de construcción de ciudadanía y ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. Este programa constituye un importante referente de intervención tanto para los y las docentes como para el personal prestador de servicios de salud y sus instituciones.

Las personas jóvenes en contextos de vulnerabilidad presentan diferentes dificultades frente a su crecimiento personal, independientemente de lo que se observe. Esto se debe a que los entornos en los que se desenvuelven se encuentran, en ocasiones, en contra de todos sus esfuerzos de crecimiento y superación personal. El estigma y discriminación en contra de los y las jóvenes y de otras poblaciones vulnerables, son generalizados y en numerosas ocasiones les niegan oportunidades.

Las oportunidades constituyen posibilidades de crecimiento y desarrollo de cada persona, hacen posible la transformación de los contextos y superar las dificultades que generan situación de vulnerabilidad. Es necesario entonces crear contextos en los que las condiciones personales, familiares, económicas y académicas que permitan a la gente joven incorporarse a un mercado laboral complejo y exigente.

¿Cómo?

Los y las jóvenes no son terribles.

La población joven necesita más información y menos “cátedra”. Quieren y precisan servidores que resuelvan la inmediatez de su necesidad; que les indiquen instrucciones claras y precisas, alejadas de conceptos moralistas,

¿Sabías que...?

Todas las sociedades necesitan formar a su base poblacional para procurarse una mayor probabilidad de desarrollo y superación social.

El bono demográfico hace referencia a una fase en la que el equilibrio entre edades resulta una oportunidad para el desarrollo. Ocurre cuando cambia favorablemente la relación de dependencia entre la población en edad productiva (jóvenes y gente adulta) y aquella en edad dependiente (niñas y niños y personas mayores), con un mayor peso relativo de la primera en relación con la segunda. Una mayor proporción de trabajadores y trabajadoras no solo representa una reducción del gasto en personas dependientes, sino que tiende a impulsar el crecimiento económico a través del incremento en el ingreso y la acumulación acelerada del capital.²

2 http://www.eclac.cl/celade/noticias/documentosdetra-bajo/2/37142/OIJ-CELADEBono_dem.pdf

18 PROFAMILIA, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL & USAID: *Encuesta nacional de demografía y salud*, (ENDS), 2010.

19 Véase MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía*, 2008, [documento en línea]: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-172105.html>

señaladores y vulneradores. Las y los jóvenes se aferran a personas firmes que les dirijan y que no titubeen con sus indicaciones; que usen un lenguaje adecuado, que sean referentes; que muestren interés con sus actitudes y que motiven a desarrollar prácticas cuidadosas en todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva.

Es necesario tener en cuenta que las personas jóvenes encuentran en sus pares información de primera mano —aunque no siempre tan veraz y de la manera que quieren recibirla (pregunta-respuesta)— y que, en ocasiones, el hecho de buscar información en otros espacios académicos o institucionales pueden hacerles objeto de burla y censura. Debido a ello, los y las jóvenes encuentran los primeros referentes de información en sexualidad en sus pares, dejando de lado y postergando la asesoría de personal especializado.

Para lograr una mayor eficacia en las acciones de formación y de sensibilización se sugiere que la información sea transmitida a través de actividades lúdico-educativas y evitar métodos como conferencias.

Los y las jóvenes pueden tener acceso diario a herramientas como internet, donde podrán encontrar información científica y académica acerca de la infección del VIH/Sida. Por ello, las acciones deberán ir más allá de la mera transmisión de conocimientos y procurar intervenir en aspectos como la emoción, la decisión, el autoestima, la sensibilidad personal y en la posibilidad de cambiar a partir de las vivencias y los sentimientos.

Del mismo modo, la oferta de servicios deberá motivar la asistencia y la participación y garantizar, además, la confidencialidad y privacidad en sus espacios. Idealmente los servicios deben prestarse por personal capacitado para atender a esta población²⁰.

Ahora —para quienes se mueven en contextos educativos— la prevención de la infección por VIH/Sida se encuentra en segundo plano frente al embarazo adolescente. Esto contribuye a reforzar los contextos de vulnerabilidad individual en especial los referentes a la vulnerabilidad subjetiva, ya que se tiende a pensar que el riesgo se encuentra en la posibilidad de embarazo y no en las infecciones.

No olvides que...

toda actividad académica de prevención de embarazo debe contemplar la prevención de infecciones de transmisión sexual y viceversa.

20 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, UNICEF, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *La única oportunidad: seguridad humana para el desarrollo de las mujeres y los niños del Perú. Resultados y lecciones aprendidas del proyecto.* [documento en línea] www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/OPS-UNICEF-UNFPA-Seguridad_Humana.pdf

¿Dónde?

Las personas jóvenes que, por diferentes causas, se encuentran en situaciones y contextos de vulnerabilidad, no solo son diversas entre sí; también lo son en su orientación sexual y en el concepto de género que manejan. Dentro de las condiciones que contemplan los contextos de vulnerabilidad se encuentra el desplazamiento forzado, el conflicto armado (ya sea como víctima o como a causa del reclutamiento forzado), circunstancias económicas y/o educativas deficientes, etc. Ante tales condiciones la población joven requiere de orientación para transformar los contextos de vulnerabilidad en los que se encuentran.

Asimismo, se debe disponer de lugares adecuados y amigables; de profesionales que ofrezcan un trato adecuado, y, en la medida de lo posible, que sea un personal sexualmente diverso que les brinde una atención digna y respetuosa que genere confianza en la institución y, de esta manera, responder a todas las necesidades e inquietudes que esta población requiera en materia de salud.

En el caso de que en el ámbito institucional no se cuente con las condiciones adecuadas para la atención de jóvenes, se deberá realizar de manera respetuosa su remisión a los servicios especializados. Las iniciativas de los *Servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes*, implementados por el Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, pueden ser una solución a las necesidades apremiantes de este sector poblacional.

Actualmente, existe un fenómeno claro en contextos sociales de vulnerabilidad; se trata de la conformación de grupos de jóvenes con afinidades y situaciones similares y que, con base en los diferentes contextos culturales, se denominan según sus afinidades. Es allí donde se encuentra la conformación de tribus urbanas: “los parches”, “el combo”, “la pandilla”, “la barra” —entre otros— que, a su vez, pueden tener ideologías y comportamientos específicos (floggers, emos, metaleros, punks, entre otros²¹).

Estos grupos que algunas veces, han sido catalogados como “violentos”, se caracterizan por disponer de lugares y puntos de encuentro propios en los que tienen lugar diferentes acciones: ingreso y salida de jóvenes, consumo experimental, social, esporádico o constante de sustancias psicoactivas; afinidad en la música, en el dibujo, en la forma de vestir, en las “barras”, etc.

Para recordar...

Las personas jóvenes pueden obtener información de internet. Por consiguiente, uno de los principales retos de las y los facilitadores en los procesos de formación y sensibilización es el de ser cada día más creativos y dinámicos para motivar el encuentro personal.

21 MARTÍNEZ, J. *Tribus urbanas en nuestra sociedad*, véase en línea: <http://www.pdf-engine.net/view.php?bt=TITULO-DEL-PROYECTO--Tribus-urbanas--en-nuestra-sociedad--...-&lj=http://www.medellin.edu.co/sites/Educativo/Docentes/feriaexplora/Ciencias%20Sociales%20y%20del%20Comportamiento/Tribus%20urbanas%20en%20nuestra%20sociedad.pdf&k=tribus-urbanas-en-colombia>

Cualquiera que sea la o el joven al que se le preste asistencia y orientación, es importante identificar la existencia no solo de necesidades específicas, sino también de características particulares que permitan desarrollar acciones tendientes a contrarrestar las situaciones que los afecten.

Contextos de vulnerabilidad de jóvenes y adolescentes

Las personas jóvenes son consideradas una población vulnerable frente a la infección del VIH/Sida por diferentes razones, las más notables están relacionadas con la **falta de información** y la **escasa posibilidad de desarrollar acciones de prevención personal**.

Una persona joven, inmersa en una familia con pautas de crianza conservadora y cuyas vías de comunicación pueden encontrarse sesgadas, en ocasiones, por una figura que se aleja de la realidad de la población juvenil, puede ocasionar un distanciamiento de una educación para la sexualidad y aumentar el riesgo frente a embarazos, infecciones de transmisión sexual (VIH/Sida). Cualquier joven puede verse influenciada o influenciado por su familia o por la precaria información recibida sobre la salud, la sexualidad y la reproducción. Todo esto influye en que el VIH/Sida, ni siquiera sea considerado como una posibilidad, impidiendo la prevención y restando interés personal en su prevención²².

¿Sabías que...?

Culturalmente existe una transmisión vertical de información relacionada con los temas de salud y sexualidad pero, dentro de esta información, no se encuentra la prevención del VIH/Sida.

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) puede hacer que se pierda el control y, por consiguiente, es una condición individual social que genera vulnerabilidad a la infección por VIH/Sida.

Las condiciones económicas insuficientes disminuyen las oportunidades de acceso a servicios e información sobre la salud sexual y reproductiva y, por consiguiente, refuerzan la condición de vulnerabilidad.

Históricamente la información común para la prevención de la infección por VIH/Sida ha sido estigmatizada y ha discriminado a dos poblaciones concretas: la población de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y las mujeres trabajadoras sexuales (MTS), no solo por ser vulnerables a ella, sino porque en este tipo de poblaciones la infección se ha concentrado de forma mayoritaria. Así mismo, han sufrido señalamientos y han sido juzgadas y juzgados por sus prácticas sexuales bajo criterios errados, creándose la falsa idea de que la infección solo afecta a esta población.

Ahora, las oportunidades que tienen las y los jóvenes de acceder a diferentes servicios, asesoría e información veraz, adecuada y clara, son escasas. En Colombia las barreras pueden ser tan grandes que se requiere de recursos económicos suficientes para acceder a estos servicios que, por su costo, la mayoría de jóvenes no puede sufragar, por lo cual se convierte en privilegio de quienes tienen medios de pago. Esto permite afirmar que las condiciones económicas también son un factor que vulnera a jóvenes y adolescentes ya que, a menor cantidad de recursos económicos, dismi-

²² FLOREZ, C. & SOTO, V.: *Fecundidad adolescente y pobreza: Diagnóstico y lineamientos de política*. Departamento nacional de planeación, 2007.

nuyen las oportunidades de acceso a los servicios y la información. Esto desencadena en una mayor vulnerabilidad frente a la infección.

El único método directo para prevenir la infección por VIH/Sida por vía sexual es el condón. Sin embargo, las y los jóvenes siguen enfrentándose a las barreras sociales y económicas que les impiden acceder a los preservativos. La población joven debe enfrentarse a una cadena de barreras, tales como los altos costos, a los juicios de vendedoras o vendedores que con frases como “tan pequeño y ya pidiendo condones” o con afirmaciones que no son reales como “eso está prohibido para menores de edad”, que acaban alejándola de esta forma de prevención. Es por esto que, en ocasiones, las y los jóvenes se muestran reacios a pedir un preservativo aunque sea en la tienda más cercana ya que no les interesa sentirse vulnerados ni vulneradas, lo que les lleva a sostener relaciones sexuales sin la protección necesaria.

Por otro lado, también es importante destacar que las habilidades y entrenamiento en el uso adecuado del preservativo no son claras y, muchas veces, se cree que haberlo utilizado una vez es garantía de haber hecho un buen uso del preservativo; esto no siempre es así. Las acciones de formación siempre deben incluir el ejercicio de colocación del preservativo con maniobras e instrucciones claras y además de demostrarse, deben practicarse en un modelo anatómico.

¿Sabías que...?

El acceso a los servicios pretende que no exista ningún tipo de restricción para los jóvenes frente a la venta de preservativos.

CAPÍTULO VI

HERRAMIENTAS PARA LA TRANSFORMACIÓN DE CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

Las siguientes actividades fueron diseñadas para transformar niveles de vulnerabilidad individual, social y programática frente a la infección por VIH/Sida en Jóvenes en contextos de vulnerabilidad. Por lo cual, para su aplicación y para garantizar su efectividad es necesario conocer el enfoque de vulnerabilidad y tenerlo en cuenta a la hora del desarrollo de las actividades que aquí se proponen.

Los niveles de vulnerabilidad individual, social y programática; no representan categorías cerradas, sino niveles interrelacionados que se vinculan y se entrecruzan de múltiples maneras. Así, cada una de estas actividades tiene la capacidad de enfocarse en un nivel de vulnerabilidad o de incidir en los tres niveles propuestos, según los intereses y las necesidades del facilitador o facilitadora.

Las herramientas de la presente guía permitirán orientar diferentes actividades en el momento de realizar acciones encaminadas y enfocadas a la prevención del VIH/Sida desde lo individual, lo social y lo programático. Por ello, cuando usted se pregunte “**¿cómo puedo hacer una actividad de prevención de VIH/Sida adecuada y pertinente con jóvenes en contextos de vulnerabilidad?**”, usted podrá hacer uso de esta guía metodológica, y generar actividades de formación o sensibilización desde este mismo enfoque.

En este apartado, encontrará diferentes herramientas que le ayudarán a desarrollar la guía de una manera mucho más amena y cordial. Esto le permitirá prepararse técnica, táctica y emocionalmente para el desarrollo

de las actividades. La intención de esta guía es que usted pueda elegir cuáles son las actividades que quiere desarrollar, según su tiempo y disponibilidad. Encontrará actividades rompehielo, actividades de formación y otras actividades de sensibilización destinadas no solo al grupo de personas que aquí se especifica, sino a la población en general.

Consideraciones generales para el uso de las herramientas de formación y sensibilización

1. A continuación se exponen algunas ideas fundamentales a tener en cuenta en el desarrollo de estas herramientas:

- Como facilitador o facilitadora que use esta guía es preciso que se familiarice con las herramientas conceptuales que anteriormente se han expuesto, interiorice los conceptos y los maneje a la perfección.
- Es necesario que su postura en los talleres o intervenciones en espacios abiertos sea siempre garante de los Derechos Humanos y que propenda por la visibilización de los mismos desde sus propias actuaciones.
- Reconozca el saber de las personas que participan; esto es fundamental para lograr aprendizajes conjuntos y significativos para todas y todos.
- Para el desarrollo de actividades en espacios cerrados o talleres o para cuando las personas asistentes se encuentren cansadas o adormiladas es fundamental el uso de técnicas de animación y/o rompehielos al inicio del taller —como se explicará más adelante—. Es importante que use un lenguaje sencillo y preciso para explicar cada uno de los conceptos.
- Potencie la creatividad y recursividad en el desarrollo de todos los espacios, en tanto que algunas de las actividades necesitarán integrar conocimientos y particularidades de las regiones o contextos en donde tenga lugar la intervención.
- Recuerde el uso de un lenguaje sencillo y preciso en cada uno de los conceptos.
- En el desarrollo de los talleres, busque siempre la integración y reconocimiento de los y las jóvenes asisten-

tes a las actividades; identifique también a personas con algún tipo de limitación visual, auditiva o motora, así como sus capacidades para leer o escribir.

- No suponga que todas las personas presentes tienen una orientación sexual heterosexual, ni tampoco generalice a las personas jóvenes como un todo.
- Se sugiere, como estrategia pedagógica, el uso de tarjetas visibles con los nombres de quienes participan en el desarrollo de las actividades, con el fin de facilitar la interacción.
- No olvide nunca, al presentarse, decir su nombre completo antes del inicio de cualquiera de las actividades.

2. Estructura de los Talleres:

- a) Presentación del objetivo de la estrategia y del objetivo del taller: la persona facilitadora hará una presentación del marco en el cual se inscribe la estrategia de prevención de VIH/Sida y el objetivo del taller. En lo posible, utilice fichas para que éste se encuentre visible a lo largo del mismo.
- b) Actividad de presentación/rompehielos/relajación: será necesario utilizar siempre una serie de actividades rompehielos que —en lo posible— incluyan la presentación de los y las asistentes.
- c) Establecimiento de normas: proponga algunas normas básicas de relación como levantar la mano para participar, escuchar activamente los contenidos y participaciones, reconocer las opiniones de las otras personas asistentes, respetar el desarrollo de los tiempos, etc.
- d) Actividad central: desarrolle algunas de las actividades propuestas en las herramientas proporcionadas más adelante.
- e) No olvide cerrar siempre con el reconocimiento de la participación de las personas asistentes, resalte las principales ideas trabajadas, invite a la realización de las tareas —si las hubiere— y motive a la participación al próximo taller.

EN TODOS LOS TALLERES DE FORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN, SE DEBERÁ REALIZAR LA EXPLICACIÓN SOBRE EL USO ADECUADO DEL CONDÓN. PARA TAL EFECTO, ES NECESARIO DISPONER DE LOS MATERIALES NECESARIOS.

ACTIVIDADES ROMPEHIELO

Es esencial que todos los talleres incluyan en su inicio actividades de presentación y rompehielo. Estas le permitirán desarrollar una relación diferente con los y las participantes para hacer del espacio de formación un espacio agradable, flexible y sensible. Por eso, a continuación se sugieren algunas, las cuales pueden ser utilizadas indistintamente de la actividad central a desarrollar. Es importante que procure relacionar las siguientes actividades con el tema y objetivo del taller a desarrollar.

Actividad 1. El micrófono

Las y los participantes se deben sentar formando un círculo en el piso y se pasan un objeto pensando que es un micrófono. De esta forma, les contarán al resto de participantes cuestiones como cuál es su nombre o qué les gusta hacer en su tiempo libre.

Actividad 2. Tingo tango

Los y las participantes se ubican en un círculo y, con ayuda de un objeto que van rotando hacia la derecha de quien inició, se juega al *tingo tango*. La persona que en al escuchar la palabra “tango” tenga el objeto en su mano, debe presentarse (con nombre, edad y aficiones) y presentar a una o dos personas más de manera rápida. No es necesario que todas las personas participantes se presenten.

Actividad 3. Circulando

En primer lugar se le solicita a cada participante enumerarse como “1” o “2” para —posteriormente— ubicarse en dos círculos, uno por cada número (uno dentro de otro). Así, deben acomodarse mirándose cara a cara de tal manera, que siempre alguien del círculo interno esté mirando a otra persona del círculo externo. Se les pide que se presenten y que, posteriormente, giren el círculo interno a la derecha y el externo a la izquierda para volver a presentarse con una nueva persona. Así, se rota hasta terminar la fase de presentación. La idea es no durar más de 1 minuto en cada presentación.

Actividad 4. El Pájaro Loco

Las personas participantes deben ubicarse en grupos de tres personas. Dos de ellas, tomarán sus manos mirándose frente a frente, y la otra estará ubicada entre ambas. Se presentan entre sí y se cuentan el lugar de donde vienen.

Posteriormente, se da la instrucción “pájaros a sus nidos”, y las personas que están dentro del nido deben ir en busca de otro nido. Al nido que llegue, le debe decir su nombre y preguntar el de la pareja que forma el nido. La o el facilitador indica de nuevo “nidos a los pájaros”. En este momento, los nidos deben salir a buscar a los pájaros. Al igual que antes, hacen una breve presentación personal; luego se dice “pájaro loco” y, tanto nidos como pájaros, se deben reagrupar en nuevos nidos con nuevos pájaros y se vuelven a presentar.

Actividad 5. La entrevista

La entrevista consiste en conocer diferentes aspectos de una persona y que esta sea presentada por otra y no por la misma persona.

- Al iniciar el proceso, el facilitador o la facilitadora debe entregar un rótulo con un número a cada persona. Este rótulo debe posicionarse en un lugar visible para

los demás participantes.

- Posteriormente, se entrega la guía de entrevista con un conjunto de preguntas.
- El o la facilitadora, antes de entregar la guía de entrevista debe marcar aleatoriamente en la parte superior derecha de la hoja un número consecutivo que dependerá del número total de personas asistentes.
- Ahora, cada participante debe buscar a la persona del número que se indica en la hoja correspondiente.

Ej.: ¿Dónde le gusta comer al número 17? La persona debe ir en búsqueda del número 17 y preguntarle qué le gusta comer; debe anotar la respuesta frente a la pregunta.

Luego de haber hecho la entrevista a todas las personas (números), deben tomar asiento nuevamente en mesa redonda.

El o la facilitadora pregunta “¿qué sabemos del número 4?”, y los y las participantes deberán responder según las respuestas recolectadas. A continuación, proponemos posibles preguntas para esta actividad:

1. ¿Cuál es el nombre del número _____?
2. ¿Qué hace, estudia o trabaja y en qué el número _____?
3. ¿Cuántos años tiene el número _____?
4. ¿Qué le gusta hacer al número _____?
5. ¿Qué le gusta comer al número _____?
6. ¿De dónde es el número _____?
7. ¿Qué sitios le gusta de su ciudad al número _____?
8. ¿Cuál es el hobby preferido del número _____?
9. ¿Qué hace en sus ratos libres el número _____?
10. ¿Con quién vive el número _____?

11. ¿Tiene hijos o hijas el número _____?
¿Cuántos?
12. ¿Tiene mascotas el número _____?
13. ¿Cuál es la mejor cualidad del número _____?
14. De su personalidad, ¿qué debe mejorar el número _____?
15. ¿Cuál es el color que más le gusta al número _____?
16. ¿Qué le gusta que le regalen al número _____?
17. ¿Qué música le gusta al número _____?

Actividad 6. Pregunto y respondo

El facilitador solicita a los y las participantes, que en una tamaño carta, hagan una pregunta que permita saber algo en profundidad de una persona. Cada una de estas preguntas se coloca en una bolsa para que cada participante pase, retire al azar una de las preguntas y la responda en voz alta después de decir su nombre y el lugar al que pertenece.

Actividad 7. La cita

Los y las participantes deben organizarse en grupos de cuatro personas; luego de tres, hasta quedar con grupos de dos personas. Ahora, se deben presentar con el o la otra y tienen dos minutos para obtener la mayor cantidad de información posible sobre su compañera o compañero. Posteriormente, volvemos al círculo de partida y cada persona debe presentar a la pareja con la que tuvo la cita.

Actividad 8. Aprendiéndome tu nombre

Los y las asistentes se ubican en círculo. El facilitador o facilitadora escoge a una persona del círculo quien debe decir su nombre. Posteriormente, la persona de la

derecha debe repetir el nombre de la primera persona y, luego, el suyo propio. La acción se repite. En la medida en que el ejercicio avanza, se aumenta la cantidad de nombres que deben recordar las y los participantes hasta que se llega a la última persona del círculo, quien debe decir el nombre de cada participante.

Actividad 9. La pregunta suelta

El facilitador o facilitadora tiene cinco preguntas previamente diseñadas, y le pide a los participantes que respondan la pregunta en un máximo de dos palabras. El o la facilitadora pasará rápidamente, señalando a cada participante, quienes deben responder las preguntas que se proponen a continuación:

- 1) ¿Cuál es tu nombre?
- 2) ¿Cuántos años tienes?
- 3) ¿Tienes mascotas?
- 4) ¿Dónde vives?
- 5) ¿Qué haces?
- 6) ¿Qué tipo de música te gusta?

Actividad 10. A mí me decían...

Se pide a cada participante que diga su nombre en una frase que alguna vez haya escuchado en su niñez; lo importante es lograr describir con la frase algo característico de la persona. Por ejemplo: "Juan, deja de estar revolcándote con los perros", "Carolina, deja de estar callejeando a toda hora".

Actividad 11. Mi nombre... y me gusta...

Cuando una persona se presenta, dice su nombre y una cualidad que la represente: "mi nombre es Juan y

me gusta ser alegre”; “mi nombre es Paola y me gusta comer”. La idea es que no se repitan las características que dichas por otros participantes. Se pide la colaboración de cada asistente en respetar lo que cada persona exprese.

Una variante de esta actividad puede darse con colores, películas, música, canciones, libros, programas de televisión, proyectos de vida, entre otros.

Actividad 12. Mímica

Se pide a cada asistente que piense en un sentimiento o característica personal que la defina y que la describa como persona. Luego, cada persona debe pasar al frente, decir su nombre y representar la característica hasta que el resto del grupo lo adivine.

Actividad 13. Hipnotismo colombiano

Después de haber recorrido el salón por el que se va a realizar la actividad, las personas asistentes se deben agrupar por parejas. El o la facilitadora hará un ejemplo para que, después el resto del grupo, haga el respectivo ejercicio.

Primero, la o el facilitador realiza el ejercicio con alguna persona participante. La idea es que la persona que va a hipnotizar (guiar) se pare frente al que va a ser hipnotizado (guiado) y coloque la mano muy cerca a la cara de su compañero (la distancia ideal es de 5 a 10 cm). En este momento el facilitador le pide al que va a ser guiado que busque un punto fijo en la mano y no lo pierda de vista, y que tampoco pierda la distancia entre su mano y su cara. El hipnotizador inicia el movimiento de su mano y el guiado debe seguir la mano del guía.

Cuanto más lento sea el movimiento del facilitador o facilitadora, mejor y más fácil será para la otra persona que se encuentra hipnotizada. Es importante experimentar nuevos movimientos y nuevas posturas. Posteriormente, se pide que cambien de hipnotizador

o hipnotizadora y de hipnotizado o hipnotizada, para que realice el mismo ejercicio con alguna persona participante.

Se acaba la actividad rompehielo hablando de la importancia y responsabilidad de dirigir a otra persona.

Actividad 14. Preguntas iniciales

Se pide a cada participante —teniendo en cuenta que se va a realizar una actividad relacionada con el VIH/Sida— que plasme en una hoja de papel tamaño carta las preguntas relacionadas con el tema. La persona facilitadora leerá rápidamente las preguntas que escribieron los y las participantes para:

- 1) definir y presentar los temas a tratar y
- 2) identificar cuáles son las inquietudes más relevantes de cada participante.

Actividad 15. El pasaporte

Se pide a los y las participantes que en una hoja de papel tamaño carta, elaboren un documento de identificación tipo pasaporte, con características específicas como: fotografía, nombre, fecha de nacimiento, lugar de origen, estatura, barrio donde vive, estado civil, lugar al que desee viajar y lugares que haya visitado en su país.

Posteriormente, cada participante pasa al frente y, después de mostrar su pasaporte, lo coloca en una pantalla mágica o lo coloca con cinta en la pared hasta que cada persona se presente.

Actividad 16. Lazo de compromiso

La o el facilitador entrega a cada participante un lazo, cinta de tela o lana como símbolo de la sabiduría (puede hacer una reflexión relacionada con la importancia de obtener conocimiento mientras hace entrega de la cinta).

Teniendo en cuenta que cada participante tiene su lazo, se debe acercar a otra persona participante amarrándole suavemente la lana en la muñeca izquierda y haciendo énfasis en que cada persona debe entregar y recibir una cinta.

Durante el tiempo que amarra el lazo, debe construirse una frase relacionada con el interés de aprender y de llevarse consigo la mayor cantidad de conocimiento sobre el tema.

Actividad 17. Piropos

Cada participante debe tener en su mano tres hojas tamaño carta. Con todas las personas participantes de pie, se debe acercar a quien desee y escribirá en el papel algo interesante o importante de quien se acercó (tipo piropo); por ejemplo, “tus ojos son lindos”, “tu camisa es bonita”, “eres buen amigo”. La idea es que cada persona puede recibir solo tres papeles y debe entregar sus tres papeles.

Posteriormente, el facilitador o facilitadora abrirá la posibilidad de que —quien desee— muestre al resto lo que le escribieron en su papel.

Actividad 18. Una receta para la vida

Con todos y todas las participantes, se va a realizar una metáfora tipo receta, en la que —cada asistente— aportará un ingrediente para el éxito del taller. Entonces el facilitador o facilitadora empezará a motivar a las

personas asistentes a agregarle elementos al platillo. Ej.: “para el éxito del taller, necesitamos agregarle motivación”; “para el éxito del taller necesitamos apagar el celular”, etc.

Es relevante hacer la reflexión enfocada a las reglas mínimas que todos y todas deben cumplir para el éxito armonioso del taller.

Actividad 19. Mi animal preferido

Cada participante se debe presentar, primero, diciendo su nombre y, segundo, hablando un poco de un animal de su interés y haciendo una relación directa entre él o ella y el animal. Se debe aclarar que cuantos más animales se destaquen resaltando sus capacidades, será mejor para la discusión por lo que, se debe aclarar al público, que no se pueden repetir animales.

Ej.: mi nombre es Cindy y me gusta el caballo porque es el más elegante de todos los animales.

Actividad 20. Objetos Importantes

Cada participante debe presentarse recordando su nombre y haciendo una reflexión respondiendo a la pregunta “si yo fuera un objeto, ¿qué objeto sería y por qué?”. El facilitador o facilitadora puede hacer diferentes reflexiones relacionadas con la utilidad de los objetos y la importancia de los humanos en servirles a otras personas. Ej.: “mi nombre es Marina y me gustan los floreros porque las flores son tan bellas como yo”.

ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

Se recomienda que las actividades de formación se desarrollen en mesa redonda o círculo para así permitir la interacción con todos y todas las participantes. Por ello, se solicita a los y las participantes que se ubiquen en esta posición para iniciar las actividades. Una sugerencia para hacerlo es diciendo: “antes de iniciar la actividad, he pensado en pedirle un favor muy especial al último que se acomode en el círculo”. Esto ayudará a que la ubicación se realice de manera más ágil. En todo caso nunca le pida el favor a la persona que se acomodó en última posición.

Actividad 1. Mi escala de riesgo

Objetivo: identificar algunas de las condiciones de riesgo individual frente a la Infección por VIH/Sida y materializarlas en una escala para evidenciar si las conductas personales pueden ser protectoras o de riesgo.

Tiempo: 45 minutos.

Materiales/Equipos: Lista de chequeo, bolígrafos o lápices.

Descripción:

Paso 1: se hace entrega a cada participante de una lista de chequeo que permita identificar las condiciones de riesgo frente a la infección por VIH (opcional hacer entrega de lápiz, o bolígrafo). Se pide que espere las instrucciones antes de empezar a diligenciarlo.

Paso 2: se hace una breve explicación de cómo llenar el formato, aclarando que todos y todas deben esperar a que sea leído el enunciado para ser

respondido, pues puede haber un lenguaje que impida su comprensión.

Nota: no hay respuestas correctas o incorrectas por lo que no hay afán en responder. Es necesario aclararle al auditorio que debe responder a conciencia y claramente: “las respuestas no serán vistas por el resto de participantes así que, por favor, conteste con sinceridad ya que este es un ejercicio individual y personal”.

Paso 3: aunque la lista de chequeo tenga el título y el enunciado del ejercicio a desarrollar, se debe leer en voz alta y fuerte con la intención de que exista una comprensión completa del proceso por parte de cada participante.

Paso 4: la ó el facilitador debe seguir el proceso de cada individuo y evitar que por pena o por falta de comprensión, pierda la oportunidad de hacer un ejercicio completo.

Paso 5: cada enunciado tiene al frente un recuadro que le permitirá a la persona afirmar o negar el enunciado e intentar tomar una postura que permita identificar —posteriormente— si es o no una condición de riesgo Individual.

Paso 6: luego, cada participante debe sumar el total de sus respuestas afirmativas y negativas, y ubicar el puntaje en una escala de riesgo frente al VIH/Sida.

Paso 7: para finalizar la actividad, se debe permitir a los y las jóvenes, identificar el significado de cada una de sus respuestas.

Paso 8: a manera de plenaria, se realiza una explicación completa de los significados de cada uno de los postulados.

Paso 9: Se hace una plenaria partiendo de las siguientes posturas:

- ¿Qué significan los puntajes altos y qué los puntajes bajos?
- ¿Qué quiere decir que Ud. tenga un puntaje alto o un puntaje bajo?
- ¿Qué podemos decir de los puntajes medios?
- ¿Qué podemos concluir cuando vemos que no es tan fácil tener puntajes perfectos?
- ¿Qué se puede hacer para tener puntajes perfectos?
- ¿Es difícil obtener puntajes perfectos?

Actividad 2. Lista de chequeo

Una sola conducta es suficiente para puntuar

AFIRMACIÓN	SÍ	NO
1. Las pastillas anticonceptivas son suficientes para prevenir las infecciones de transmisión sexual		
2. Creo que tener relaciones sexuales sin condón “es más rico”		
3. La estabilidad significa que él o ella me será fiel siempre		
4. En ocasiones, he tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o de alguna sustancia psicoactiva		
5. Alguna vez he tenido relaciones sexuales sin condón		
6. Los condones son caros y son difíciles de conseguir		
7. Las mujeres son las únicas que planifican		
8. El condón tiene poros y por ahí pasa el Sida		
9. El condón con mi pareja significa desconfianza		
10. Los hombres más hombres lo hacen sin condón		
Total		

Se puedes aumentar la escala de riesgo con las siguientes preguntas relacionadas con conocimientos:

- ¿El VIH es una enfermedad mortal?
- El Sida y el VIH son lo mismo, solo que uno tiene el nombre científico y el otro es su nombre popular.
- ¿El semen, la sangre y los fluidos vaginales producen la infección?
- ¿*ELISA* es la prueba para detectar el Sida?
- ¿El condón es el único medio para prevenir el VIH por vía sexual?

Actividad 3. Leyendo una historia de vida

Objetivo: visibilizar algunas de las conductas de riesgo individual frente a la Infección por VIH/Sida, que pueden ser reflejadas en la lectura de un caso-ejemplo.

Tiempo: 50 minutos.

Materiales/Equipos: historia de vida, música, reproductor.

Descripción:

Paso 1: se pide a los y las participantes que hagan un círculo y, en medio de este, se colocan elementos representativos y personales de cualquier persona (un cofre, un bolígrafo, un carro de juguete, un oso, un cuaderno, una pelota) a manera de puesta en escena para la reflexión.

Paso 2: se reproduce una melodía ligera —tipo relajación (lluvia, agua, mar, bosque o música de descanso) — y se pide que tomen una postura cómoda en el lugar en el que se encuentran.

Paso 3: se hace un ejercicio de 2 o 3 minutos de respiración sin incluir relajación. Todo ello, con la intención de disminuir niveles de dispersión y elevar los atencionales y emocionales. Se pide a los y las asistentes que sigan con los ejercicios durante los siguientes minutos.

Paso 4: al mismo tiempo, con la música de relajación y con los ejercicios de respiración, el facilitador o facilitadora inicia la lectura de una crónica de vida previamente diseñada por el equipo de facilitación (Ud. puede usar la anexa en la presente guía).

Nota: la lectura debe ser lenta, tener las pausas requeridas y debe introducirse de forma viva en los momentos críticos en ella.

Paso 5: al finalizar la lectura, se hace una reflexión relacionada con lo vivido por la persona ficticia, haciendo énfasis en que puede ser una historia propia.

Paso 6: responder las preguntas a manera de panel:

- ¿Qué considera Ud. que llevó al personaje a infectarse?
- ¿Cómo cree que pudo haber modificado su condición frente a la infección?
- ¿Cuál considera que puede ser la mejor manera de usar el testimonio de esta persona?
- ¿Por qué considera que el testimonio de una persona es importante para prevenir su propio caso?

Paso 7: el o la facilitadora debe cerrar la actividad haciendo énfasis en mensajes como:

- El VIH no discrimina edad, sexo, estrato, ni condición socioeconómica.
- El VIH puede infectar a cualquiera.
- El VIH solo necesita una oportunidad para infectarte.
- El VIH es un virus que no tiene cura, pero sí tiene tratamiento.
- La única forma de saber el estado frente a la infección, es realizándose la prueba de *ELISA* para VIH.
- El condón es el único método que previene la Infección por VIH por vía sexual.
- Es mejor preguntar que lamentar.
- El VIH no da posibilidad de equivocación.
- El VIH no se ve en la cara, ni en el cuerpo de las personas.

Actividad 4. En PAREJA dos

Objetivo: clarificar lúdicamente los conceptos básicos de la infección por VIH/Sida, por medio del juego de parejas.

Tiempo: 50 minutos a una hora.

Materiales/Equipos: tarjetas con conceptos y tarjetas con definiciones.

Descripción:

Paso 1: se colocan en el piso de 15 a 20 palabras en un papel.

Paso 2: se le pide a los y las asistentes que tomen una palabra que no contiene su definición y, posteriormente, quien tenga esa palabra deberá escribir lo que, consideren, sea la definición.

Ej.: “pastilla anticonceptiva: pequeño elemento con medicamento de administración oral”.

Paso 3: luego, se les pide rotar el papel con esa palabra y se solicita a la persona de la derecha que complemente la definición del concepto.

Paso 4: Posteriormente se les hace entrega al azar de las definiciones y, cada participante, debe buscar en el resto de personas cuál es el concepto correspondiente. Por ejemplo, una de las definiciones entregadas puede ser: “proviene de las iniciales de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos. El Sida no es consecuencia de un trastorno hereditario, sino resultado de la exposición a una infección por el VIH, que facilita el desarrollo de nuevas infecciones oportunistas, tumores y otros procesos¹”. En ese caso, el concepto que le corresponde es “Sida”.

Paso 5: se debe dar tiempo suficiente al grupo para el desarrollo de la actividad. El papel del facilitador debe

¹ <http://www.aciprensa.com/sida/definicion.htm>

concentrarse en evitar la mezcla excesiva entre definición y enunciado por parte de las personas participantes.

Paso 6: después de que las personas participantes hagan sus parejas, deben volver a sus lugares y —posteriormente— iniciar la actividad con los conceptos básicos. De esta manera se conduce el proceso atendiendo a los diferentes términos relacionados con la infección por VIH.

1. ELISA: ...
2. VIH: ...
3. Sida: ...
4. Ventana inmunológica: ...
5. Asesoría a prueba voluntaria
6. Preservativo: ...
7. *Western Blot*: ...
8. Privacidad: ...
9. Confidencialidad: ...
10. Persona viviendo con el virus que causa el Sida: ...
11. Infección por VIH: ...
12. Conductas de riesgo: ...
13. Poblaciones en situación de vulnerabilidad: ...

Paso 7: En plenaria y con la ayuda del facilitador se unen, posteriormente, las definiciones con sus correspondientes respuestas y se realizará una explicación sencilla de cada uno de los conceptos.

Actividad 5. La jenga

Objetivo: Identificar y proveer de herramientas individuales que permitan a los y las participantes apropiarse

de elementos teóricos que puedan aplicarse en la práctica y prevención la infección por VIH.

Tiempo: 50 minutos a una hora.

Materiales/Equipos: 3 jengas (juego de bloques que se arma en forma de torre), tarjetas con palabras y significados relacionados con información científica, pero con definiciones que pueden llevarse a la práctica.

Ej.: Sida, Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida: es el conjunto de síntomas que agrupados llevan a su diagnóstico por personal médico calificado. Es la fase final de la infección por VIH.

Se dice:

- Una persona no muere ni de VIH ni de Sida; posiblemente sea a causa de alguna infección o enfermedad oportunista, por falta o ausencia de defensas.
- La única forma de saber que tiene Sida es a través del diagnóstico médico.
- La única forma de detectar el VIH es con las pruebas sanguíneas que detectan, a su vez, los anticuerpos para VIH.

Descripción:

Paso 1: se divide al grupo en tres subgrupos en el espacio que se va a desarrollar la actividad.

Paso 2: se pide a cada grupo que arme la jenga y se cerciore que esta torre se encuentre en la posición inicial.

Paso 3: se inicia el juego, retirando bloque por bloque al igual que las reglas del juego original. Con cada palo que se retira, cada participante debe leer una de las tarjetas diseñadas previamente por el equipo facilitador.

Paso 4: cuando la jenga se cae, se debe hacer una explicación, en resumen, de todas las tarjetas que se leyeron.

Paso 5: la actividad concluye con una reflexión sobre la infección y la prevención del VIH/Sida.

Paso 6: puede hacer uso de las siguientes tarjetas para orientar la actividad. Si Ud. considera importante usar otras, necesitará —por lo menos— de 50 a 80 tarjetas por grupo de jenga.

- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
- Virus de inmunodeficiencia humana
- Asesoría a prueba voluntaria
- Ventana inmunológica
- Confidencialidad
- Infección por VIH
- Muertes por Sida
- Discriminación
- Prueba de *ELISA*
- Preservativo
- *Western blot*
- Privacidad
- Estigma y discriminación
- Laboratorio clínico
- Preservativo, condón
- Jóvenes
- Mujeres
- Fluidos infectantes
- Fluidos no infectantes
- Infecciones de transmisión sexual por bacterias o por virus

Paso 7: el o la facilitadora, al final de la actividad, deberá hacer una explicación con mucho dinamismo, de las palabras que les generaron mayor interés, colocando ejemplos y usando las ayudas didácticas necesarias.

Paso 8: se hace el cierre de la actividad, invitando a los y las participantes a informarse y a prevenir sus propios casos de infección.

Actividad 6. Haciendo mi propia historieta

Objetivo: usando la técnica artística del dibujo, identificar las posibles causas que pueden llevar a una persona a infectarse.

Tiempo: 50 minutos a una hora.

Materiales/Equipos: pinceles, acuarelas, vinilos, pinturas, vasos, agua, papel, pliegos de papel periódico.

Descripción:

Paso 1: se pide a los y las participantes, acomodarse en el lugar en el que se encuentran.

Paso 2: se hace entrega de medio pliego de papel periódico, pinceles, lápices, témperas, acuarelas, carboncillo o colores.

Paso 3: se pide a los y las participantes que que piensen en una historieta y que hagan uso de su imaginación y empiecen a dibujar cómo sería el espacio en el que, consideran, se pueden encontrar o topar con la infección por VIH.

Paso 4. terminados los dibujos, se hace una galería de la infección, en la cual se hace la exposición del dibujo argumentando la explicación sobre lo que se ha representado.

El facilitador o facilitadora deberá tener la habilidad para explicar, aportar o rechazar cualquiera de las situaciones que los y las participantes presenten, intentando mostrarles que la infección no elige lugar y que, posiblemente, una persona se pueda infectar en el lugar que menos lo imagine.

Paso 5: la actividad termina con una explicación breve sobre la infección, haciendo énfasis en que el virus sólo necesita una única oportunidad para ingresar al cuerpo.

Paso 6: la persona facilitadora debe hacer mención de todas las vías de transmisión de la infección por

VIH: sexual, parenteral (por elementos quirúrgicos infectados con VIH) y transmisión perinatal (antes, durante y post parto).

Mediante la historia o cómic, diseñar una actividad para por medio de la cual se finalice el encuentro mostrando cómo se pueden transformar los contextos de vulnerabilidad.

Actividad 7. Rumba

Objetivo: identificar las posibles situaciones en las que las personas pueden enfrentarse a uno de los contextos de vulnerabilidad social frente a la infección por VIH/Sida.

Tiempo: 50 minutos.

Materiales/Equipos: globos, serpentinas, guirnaldas, papel periódico.

Descripción:

Paso 1: pedirle al grupo que se divida en subgrupos y que imaginen que van a hacerle una fiesta sorpresa a alguno o alguna de las integrantes con carteles, globos, serpentinas y demás.

Paso 2: dar tiempo suficiente a cada grupo para que se imaginen cómo diseñar una fiesta. El facilitador o facilitadora debe incentivar a las personas participantes a diseñar elementos como vasos, botellas y demás.

En caso de que alguien desee disfrazarse, animar a hacerlo.

Paso 3: se debe animar a las y los jóvenes a disfrutar y a imaginarse una fiesta en todos sus momentos (inicio, la gran rumba, el alcohol...) y con todas las personas posibles (el borracho, el del show, las parejas.).

Paso 4: se sugiere colocar música juvenil —tipo fiesta— y hacer una fiesta simultánea entre todos y todas.

Paso 5: el facilitador o facilitadora incentiva a las personas jóvenes a disfrutar la fiesta y a imaginarse como si estuvieran en la fiesta del viernes tras salir de casa.

Paso 6: evitando usar más tiempo de lo debido (2 o máximo 3 canciones), el facilitador o facilitadora le pide a los y las asistentes que cierren y finalicen la fiesta. Se pide a algunas personas que narren “tipo chisme” lo que pasó en la fiesta al siguiente día.

Paso 7: identificar los contextos de vulnerabilidad por las que puede pasar una persona en una fiesta, reunión o rumba sin control; haciendo énfasis en la pérdida del control con el alcohol y las sustancias psicoactivas,

Paso 8: incluya la imposibilidad de negociación del condón.

Paso 9: incluya el riesgo frente a la infección por VIH.

Paso 10: cierre de la actividad con conclusiones relacionadas al riesgo y vulnerabilidad social.

Nota: incluya en las conclusiones las prácticas a las que se ven enfrentados los y las jóvenes por la sociedad y las condiciones culturales que los pueden colocar en una situación de vulnerabilidad:

- Tener relaciones sin condón es para machos.
- Conozca a su pareja para tener relaciones sin condón.
- Los hombres no sienten lo mismo con el condón.
- Las relaciones bajo los efectos del alcohol son mucho más placenteras y mejores.
- Han dicho que las relaciones sexuales bajo los efectos de SPA son agradables.
- Bajo los efectos del alcohol se pierden las posibilidades para negociar el uso del preservativo.

Actividad 8. Mímica

Objetivo: desarrollar habilidades individuales y sociales para identificar los principales elementos que hacen

parte y los que conforman los procesos de estigma y discriminación en la infección por VIH/Sida.

Tiempo: 50 minutos.

Materiales/Equipos: fichas con palabras ocultas.

Descripción:

Paso 1: se reparten papeles o fichas previamente diseñadas por el facilitador o facilitadora en las que se incluyen palabras relacionadas con términos o situaciones frente a la prevención del VIH/Sida.

Paso 2: se le pide a las y los asistentes que tomen la palabra o situación y, sin decírsela a ninguna otra persona, que se la coloque con una cita en la espalda de otra persona.

Nota: es importante que ninguna de las personas que participan hablen o lean en voz alta las palabras.

Paso 3: se sugiere que, por parejas, pasen al frente del resto de participantes sin hablar y, solo con mímica, una de las dos personas participantes debe hacer que la otra adivine la palabra en su espalda.

Paso 4: con elementos corporales y de expresión artística, cada participante debe hacer el mejor esfuerzo para que su compañero/a adivine la palabra oculta.

Palabras:

La siguiente lista debe ser usada por el facilitador o facilitadora para realizar la actividad. Sin embargo, se promueve el uso de otras palabras:

- Confianza
- Protección
- Infección por VIH
- Negociación del condón
- Autocuidado
- Decisiones
- Prueba en sangre para VIH
- Asesoría en prueba voluntaria para VIH

Paso 5: Se hace el cierre de la actividad con la lectura de las palabras y haciendo alusión a cómo estas pueden influenciar en los contextos de vulnerabilidad y en la conformación de los esquemas de estigma y discriminación.

Actividad 9. Opinómetro

Objetivo: identificar, mediante el ejercicio de la línea de valores, la vulnerabilidad individual y los contextos sociales que pueden afectar en la infección por VIH/Sida.

Tiempo: 45 minutos.

Materiales/Equipos: cinta, tiza y letreros.

Descripción:

Paso 1: se debe trazar una línea recta en el piso sobre la cual se debe ubicar tres letreros: uno en cada extremo y uno en el centro. El letrero del extremo debe decir “acuerdo”, el del centro debe decir “indeciso”, y el del otro extremo debe decir “desacuerdo”.

Paso 2: Explicará que esa línea es “la línea de los valores” y que deberá ser respetada, pues todas las personas tenemos diferentes tipos de valores; que, además, la línea puede ser dinámica; que una persona puede pensar hoy algo y luego cambiarse de lugar sin recibir penalidad o censura.

Paso 3: El facilitador o facilitadora indica las instrucciones de la línea de valores:

- Se enunciará una afirmación y cada participante, por cuenta propia y sin influencia de sus compañeros y compañeras, debe tomar una postura que podrá ser: acuerdo, desacuerdo o indeciso.
- Se le preguntará a los y las participantes la razón de su postura.
- Se preguntará a las personas indecisas las razones de estar allí.

Nota:

El facilitador o facilitadora siempre deberá resaltar la respuesta, evitando que alguna persona sea señalada por alguno o alguna de los asistentes, por su forma de pensar.

Paso 4: La persona facilitadora leerá las afirmaciones, sin dar explicaciones, y después de que el grupo haya tomado postura en su línea de los valores:

- Yo acepto la homosexualidad mientras no se metan conmigo.
- Los y las jóvenes estamos en mayor riesgo de infectarnos con el VIH/Sida.
- Las personas con VIH, muy en el fondo tienen sed de venganza y quieren infectar al resto.
- El Sida es un castigo por haberse portado mal (relaciones indiscriminadas).
- Acepto las relaciones sexuales anales para evitar perder la virginidad.
- Prefiero donar sangre en lugar de tomarme la prueba de VIH.
- Con el condón se siente lo mismo.

Paso 5: el facilitador o facilitadora debe terminar la actividad con una explicación clara y precisa sobre las razones que motivan las respuestas ambiguas por parte de las personas asistentes y, en caso de tener que explicar o profundizar en algún concepto o término, deberá hacerlo.

Actividad 10. Dibujando mi propia campaña de prevención

Objetivo: identificar, mediante un ejercicio práctico, las posibles condiciones en las que se pueda ser vulnerable a la infección por VIH y plasmarlas en un cartel para que se convierta en una campaña propia de prevención.

Tiempo: una hora.

Materiales/Equipos: Témperas, vinilos, pinceles, papel *kraft* o periódico.

Introducción: Se hace una breve explicación, con cifras, de la situación actual de la epidemia en el contexto internacional y nacional. Se habla de la importancia de retomar, constantemente, los compromisos para evitar la infección por VIH.

Paso 1: se entrega medio pliego de papel periódico o papel *kraft*, con témperas, pinceles, vinilos, vaso de agua y trapo.

Paso 2: se pide a los y las participantes que hagan un ejercicio de respiración y que reflexionen acerca de cómo pueden enviar un mensaje claro y conciso a sus compañeros y compañeras de escuela, barrio y otros lugares que frecuenten cotidianamente frente a la prevención de la infección por VIH/Sida.

Paso 3: realizar un dibujo en el que cada participante plasme su idea de una campaña propia de prevención.

Paso 4: puede apoyarse con música de fondo y dé tiempo suficiente para que los y las jóvenes desarrollen su propio dibujo.

Paso 5: se finaliza la actividad con una reflexión de cada propuesta y sobre la importancia de prevenir la infección por VIH/Sida.

Actividad 11. El mural de la prevención

Objetivo: apropiarse del propio proceso de información y educación relacionada con el VIH/Sida, mediante el ejercicio de murales.

Tiempo: 90 minutos.

Materiales/Equipos: mensajes o ideas para ser plasmadas.

Descripción:

Introducción: El facilitador o facilitadora hace una explicación breve de la razón por la cual va a realizar

esta actividad con el grupo y les invita hacer parte de los procesos personales de prevención del VIH/Sida.

Paso 1: se hace una introducción relacionada con los mensajes que circulan sobre este tema en la vida cotidiana. Puede leerse un documento, relato o similar; lo importante es hacer una reflexión sobre la cantidad de información y estar atento para apropiarse de la adecuada.

(Haga referencia a la información en Internet o a la información errada que haya escuchado).

Paso 2: Luego solicite a los y las asistentes que hagan grupos de tres o cuatro personas que, preferiblemente, quede mezclado entre hombres y mujeres.

Paso 3: entregue una hoja tamaño carta o un papel en blanco y un lápiz. El equipo de participantes, deberá realizar un boceto de un mural con un mensaje específico e invitar a sus compañeros y compañeras a incitar a otros jóvenes a informarse sobre temas relacionados con VIH/Sida.

Paso 4: Invite a todos los grupos a presentar su boceto y, entre todos los y las participantes, realice una votación —con criterio lógico— sobre cuál puede ser el mejor dibujo para ser plasmado en el mural.

El boceto que se decida realizar, deberá ser acompañado de las demás propuestas presentadas por los y las participantes, puede ser un mural que —al colocarlo en una pared— envíe por sí solo mensajes alusivos a la importancia de informarse acerca del VIH/Sida.

Conclusiones y frases que el facilitador o facilitadora puede arrojar durante el ejercicio de los bocetos:

- No siempre estamos preparados y preparadas para recibir información importante.
- Creemos que lo que dicen las personas adultas son mensajes aburridos.
- Perdemos la posibilidad de aprender cosas importantes por prestarle atención a cosas vanas.

- Los mensajes pierden su fuerza porque hay personas a quienes les da pena escuchar o hablar de temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.
- Haga referencia a que los mensajes relacionados con temas como el VIH/Sida siempre serán importantes, por lo que deben prestarle atención de forma seria.
- Hable de la importancia de entender las razones por las que es necesario mantenerse lejos del VIH, pero cerca de la persona infectada por VIH (promoción, prevención y por evitar el estigma y la discriminación).

Nota: evite que se hagan señalamientos y que existan malos tratos entre los y las jóvenes durante la actividad.

Actividad 12. Discriminador/a – discriminado/a

Objetivo: reconocer cuál es el sentimiento de las personas que son discriminadas e identificar cómo se perpetúa la discriminación contra las personas que viven con VIH.

Tiempo: 15 minutos.

Materiales/Equipos: lista de chequeo.

Descripción:

Paso 1: entrega de tarjetas, papel o impreso de la lista de chequeo.

Paso 2: en la siguiente tarjeta se encuentran preguntas que deben responderse con sinceridad y respeto; las respuestas pueden ser afirmativas o negativas. El resultado final le permitirá conocer su relación, actitud, y pensamiento frente a las personas que viven con VIH.

Nota: recuerde que los resultados deben ser personales; evite que sean divulgados o que sean tomados para lanzar juicios frente a la persona que lo responde.

Ejemplo de lista de chequeo²

- ¿Creo que las personas que viven con VIH tienen derecho a ser tratadas con el mismo respeto que merecen las demás?
- ¿Abrazo a una persona aun sabiendo que vive con VIH?
- ¿Invitaría a mi casa a una persona que vive con VIH?
- ¿Estoy dispuesto o dispuesta a escuchar a una persona que vive con VIH?
- ¿Respeto a las personas que tienen una orientación sexual distinta a la mía?
- ¿Enviaría a mis hijos o hijas al colegio donde sé que hay niños y niñas que viven con VIH?
- ¿Si un amigo o amiga me dice que vive con VIH, lo apoyo, respeto y soy solidario con él o ella?
- ¿Creo que todas las personas, independientemente de su sexo, género, raza u orientación sexual tienen los mismos derechos que yo?
- Si sé de alguien que tiene Sida en el trabajo, ¿estoy dispuesto o dispuesta a continuar compartiendo con él o ella el café, el baño o el almuerzo?
- ¿Creo que quienes viven con VIH tienen derecho a no revelar su condición en su lugar de trabajo o de estudio?

Valoración:

- 0-2 negativas: eres una persona que respeta y acepta los derechos de los demás sin importar que vivan con VIH y Sida.
- 3-5 negativas: eres una persona que respeta la condición de las demás personas, pero no interactúas mucho con ellas. Te sientes retraído o retraída.
- 6 negativas o más: debes revisar o chequear tu actitud frente a las personas que viven con VIH y Sida, ya que ellas tienen tanto derecho como tú.

Actividad 13. La historia inconclusa

Objetivo: Identificar, mediante la redacción de una historia, cómo se dan los procesos relacionales entre

² Tomado de la campaña de Onusida, Cruz Roja Colombiana, Mesa de organizaciones que trabajan en VIH-Sida. *¿Por qué sigue siendo tan difícil sentarme a tu lado? En vez de discriminarme, infórmate.*

jóvenes, cuáles son las prácticas, los contextos de vulnerabilidad y las situaciones que les afectan.

Tiempo: 45 minutos.

Materiales/Equipos: hojas en blanco y bolígrafos.

Descripción:

Introducción: se hace una introducción sobre el proceso que se está realizando y sobre la importancia de hablar de VIH/Sida con jóvenes.

Paso 1: “La historia inconclusa” es una historieta que se va construyendo de acuerdo con la persona por la cual va pasando. Se puede inventar y crear siguiendo la libre imaginación de quien la escribe.

Paso 2: se distribuye el grupo en subgrupos de tres personas y a cada grupo se le entrega una hoja en blanco. El grupo debe empezar a escribir la historia de un personaje desde su nacimiento y que —siendo joven— supo que vivía con VIH.

Paso 3: el facilitador o facilitadora debe incentivar a los y las participantes a que intenten describir su personaje y detallarlo con mucho cuidado.

Paso 4: después de un tiempo —6 renglones— se pide que cambien la hoja con otro de los grupos. La historia que se recibe del grupo anterior debe continuarse y circular constantemente hasta que se termina el tiempo después de haberla pasado entre los grupos.

Paso 5: luego se devuelven las hojas a sus autoras y autores originales que la leen detalladamente en voz alta.

Paso 6: se hace una reflexión frente a las historias. Es importante destacar cuáles son las condiciones y los contextos de vulnerabilidad de cada personaje de la historia; cómo se dan las relaciones y qué tan cercana puede ser la historia con la realidad.

Hay veces que los y las jóvenes pueden fantasear; aproveche la situación para hacer una reflexión directa

frente a la infección: “la infección no fantasea, infecta” o algo así como que “en las historias bellas fantásticas e irreales posiblemente no existan infecciones como el VIH pero en la realidad, hay que ponerle atención”.

Actividad 14. Roles de la ciudad

Objetivo: reconocer cuáles son las actitudes predominantes ante las personas que viven con VIH/Sida.

Tiempo: 45 minutos.

Materiales/Equipos: hojas en blanco y bolígrafos.

Descripción:

Paso 1: se pide al grupo de asistentes que tomen asiento, en forma de media luna, dejando en el centro de la luna una silla que da la espalda al facilitador o facilitadora y que se encuentra frente a las y los compañeros.

Paso 2: se pasa a la primera persona participante a la silla del frente y el facilitador o facilitadora muestra —a espaldas de la misma— un rol o una profesión que puede ser leída por el grupo, pero no por la persona que está en la silla.

Paso 3: se le pide al grupo que le dé pistas, sin decir el rol o profesión hasta que la persona pueda adivinarla.

Paso 4: después de que el grupo entienda y participe abiertamente adivinando diferentes profesiones, se le coloca el rótulo de “persona viviendo con VIH”.

Paso 5: deberá registrar y observar las posturas de las personas y lo que dice para que adivine.

Paso 6: debe seguir el juego hasta que la mayoría de asistentes pasen por la silla.

Rótulos:

- Camionero/a
- Vendedor/a de perros calientes
- La persona que cobra el peaje

- Panadero/a
- Bacteriólogo/a
- Vendedor/a
- Persona que vive con VIH
- Vigilante
- Empacador/a de mercado
- Administrador/a de empresas
- Asesor/a en salud sexual y reproductiva
- Joven
- Embarazada
- Trabajadora sexual
- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
- Mujer transexual
- Marica
- Arepera
- Prepago
- Indio
- Nero
- Delincuente
- HSH Pasivo
- Padre de familia afeminado
- Profesor con VIH

Paso 7: Cuando se termina la actividad, se hace un foro relacionado con los estigmas de los roles y con la forma en la que la sociedad, nosotros y nosotras mismas discriminamos.

Actividad 15. Qué sabemos sobre el Sida

Objetivo: aportar a las personas participantes información básica y suficiente sobre el VIH/Sida, que le permita desmitificar conceptos errados.

Tiempo: una hora.

Materiales/Equipos: lista de preguntas.

Descripción:

Paso 1: mediante un ejercicio tipo concurso de conocimientos, se pretende desmitificar información relacionada con el VIH/Sida.

Paso 2: previamente el facilitador o facilitadora, ha diseñado una actividad que tiene una pregunta con cuatro posibles respuestas. La intención es desmitificar los conocimientos relacionados con el VIH/Sida.

Paso 3: se pide a las personas participantes que se dividan en tres subgrupos y que cada grupo sea representado por tres personas.

Paso 4: se les hace entrega de tres ayudas:

1. Anular dos respuestas incorrectas,
2. Llamar a una persona experta y
3. Ayuda de las personas presentes.

Paso 5: turno por turno, se le pide a cada uno de los grupos que haga lectura completa de las preguntas y decidan cuál es la respuesta correcta y por qué.

Paso 6: Por cada pregunta, el facilitador o facilitadora hará una plenaria de cada una de las preguntas.

Preguntas:

1. Sida y VIH:
 - a. Es lo mismo VIH y Sida
 - b. VIH y Sida son diferentes
 - c. Las dos son enfermedades mortales
 - d. VIH es científico y Sida es popular
2. Asesoría a prueba voluntaria, APV:
 - a. Asesorar al que sale positivo
 - b. Asesorar antes de la prueba
 - c. Asesorar antes y después de la prueba
 - d. Asesorar después de la prueba
3. ¿Qué es la ventana inmunológica?
 - a. Es por donde infecta el VIH
 - b. Es por donde sale el VIH
 - c. Es el tiempo de espera para detectar el VIH
 - d. Es lo que demora en infectar el cuerpo

4. Las pruebas de VIH son confidenciales
 - a. Todo el mundo sabrá el resultado
 - b. La persona implicada, la familia y las amistades sabrán el resultado
 - c. La persona implicada y la familia sabrá el resultado
 - d. Solo la persona implicada sabrá el resultado
5. Las personas que viven con VIH se infectaron por:
 - a. Relaciones sexuales desprotegidas con una persona infectada
 - b. Contacto con material quirúrgico infectado
 - c. Contacto con la madre infectada en el embarazo, parto, lactancia
 - d. Todas las anteriores
6. **ELISA** es:
 - a. Nombre de la mujer que descubrió el virus
 - b. Nombre de la primera mujer que murió de Sida
 - c. Nombre del químico que detecta el VIH
 - d. Nombre de la prueba que detecta el VIH
7. La gente que se muere por Sida:
 - a. Les dio una infección oportunista
 - b. Se mueren porque tienen Sida
 - c. Son flacos y mueren por hambre
 - d. Son homosexuales
8. Las personas con VIH o Sida
 - a. Deben salir de su trabajo
 - b. No pueden tener descendencia
 - c. No pueden compartir comida
 - d. Pueden hacer de todo
9. El preservativo
 - a. No se siente lo mismo
 - b. Es para trabajadoras sexuales
 - c. Demuestra desconfianza
 - d. Previene infecciones y embarazos

Nota: Puede diseñar tarjetas con las preguntas por una cara y las respuestas explicadas por la otra.

Actividad 16. Urna de preguntas

Objetivo: identificar y aclarar a las dudas y preguntas que puedan tener las personas participantes en el

espacio de formación, en relación con la infección por VIH/Sida.

Tiempo: tiempo abierto.

Materiales/Equipos: urna de preguntas.

Descripción:

Paso 1: después de hacer una descripción de la epidemia del VIH/Sida a nivel nacional e internacional, se hace entrega a los y las participantes de trozos de papel cortados en cuartos.

Paso 2: el facilitador o facilitadora debe incentivar en los y las participantes la manifestación de todas las preguntas necesarias y las posibles dudas relacionadas con el VIH/Sida. También debe aclarar a las personas asistentes que nadie sabrá el tipo de preguntas escritas por otro y que —por favor— formulen preguntas sin tener en cuenta el nivel de complejidad de las mismas, incluyendo aquellas que “les ha dado miedo formular”.

Paso 3: cuando los y las jóvenes dejan de escribir sus preguntas, el facilitador o facilitadora debe pasar por los lugares en que se encuentran ubicados, para que introduzcan sus papeles dentro de una urna.

Paso 4: la persona facilitadora abre la urna y, sin leer el nombre de quien redactó cada pregunta, proporciona una respuesta a todas, dando el énfasis necesario a la prevención de la infección por VIH/Sida.

Nota:

puede hacer uso de ayudas audiovisuales o de ejercicios con los y las participantes como soporte para explicar sus respuestas.

Nota: es importante que las respuestas proporcionadas sean concretas, explicativas, dinámicas y, ante todo, interesantes.

Actividad 17. Logra llegar a la estrella

Objetivo: dar a conocer los principales mitos y creencias comunes en relación con la infección por VIH/Sida, para no caer en ellos y romper las prácticas que los perpetúan.

Tiempo: 1 hora.

Materiales/Equipos: estrellas y preguntas.

Descripción:

Paso 1: preparar una de las paredes o pantalla mágica donde se colocarán, con cinta pegante, estrellas con preguntas previamente diseñadas por el facilitador o facilitadora.

Paso 2: realizar una breve introducción frente a la infección por VIH.

Paso 3: se pide a cada participante que pase por turnos al frente y lea la pregunta oculta. Debe responder si es verdad o no y por qué.

Paso 4: posteriormente, el facilitador o facilitadora debe afirmar o desmentir la respuesta dada por el participante, y debe explicar al resto del público los elementos de la respuesta dada por el participante que son reales, así como los que no lo son. Puede ayudarse con estas preguntas, pero —por favor— diseñe preguntas relacionadas con los mitos de la comunidad con la que se trabaja.

- ¿Qué es el VIH?
- ¿Qué es el Sida?
- ¿Qué es ELISA?
- ¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH/Sida?
- ¿Cuál es la única forma de prevenir la infección del VIH/Sida por vía sexual?
- ¿Cuál es la estadística más importante en VIH?
- ¿Es verdad que la orina infecta?
- ¿La persona con VIH puede tener hijos e hijas?
- ¿Las personas con VIH pueden besar a sus parejas?
- ¿El VIH se transmite por el sudor?
- ¿El VIH traspasa el condón?

- ¿El VIH solo aparece en homosexuales y trabajadoras sexuales?

Nota: prepare de 30 a 40 preguntas. El material usado en esta actividad puede ser usado en otras similares, por lo cual resulta útil conservarlo.

Actividad 18. Convenciéndome

Objetivo: desarrollar y modelar diferentes técnicas y habilidades que posibiliten la negociación del uso del condón.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales/Equipos: preservativos.

Descripción:

Paso 1: se debe acomodar al grupo en círculo (o mesa redonda), dejando dos sillas vacías en su centro.

Paso 2: se debe pedir a dos personas que interpreten voluntariamente los papeles de hombre-mujer, hombre-hombre, mujer-mujer, haciendo uso de las sillas del centro del círculo.

Paso 3: las personas participantes deben imaginar que son una pareja estable que decide tener relaciones sexuales, pero deben hacer el ejercicio de negociar el uso del preservativo.

Paso 4: se le pide a dos o tres grupos de personas que lleven a cabo la misma puesta en escena, en la que el objetivo principal será convencer a la pareja de que es necesario el uso del preservativo.

Paso 5: la idea es que el grupo busque argumentos reales que puedan ser usados posteriormente, en el momento en que se haga pertinente el uso del condón.

Paso 6: el facilitador o facilitadora debe finalizar la sesión haciendo énfasis en las habilidades que se deben adquirir para negociar el uso del preservativo.

Nota: dentro de la actividad son válidos todos los tipos de argumentos: desconocimiento frente a la infección, proyecto de vida, pasado sexual, deseo de no infectarse, deseo de no tener hijos e hijas, entre otros.

Actividad 19. Actos simbólicos

Objetivo: sensibilizar a los y las participantes sobre las posturas personales que pueden ser lesivas para las personas que viven con VIH/Sida.

Tiempo: 40 minutos.

Materiales/Equipos: témperas, papel seda o mantequilla, palos de bareque o bambú previamente desastillados.

Descripción:

Paso 1: el facilitador o facilitadora explica a las personas participantes la razón por la cual se realizan actividades de formación relacionadas con el VIH/Sida.

Paso 2: se realiza una actividad enfocada en la realización de una cometa. Se explica que las cometas tuvieron origen en la antigua china y que proporcionan cientos de horas de juego, aunque su buen funcionamiento (es decir, su vuelo) depende de que esté construida con materiales livianos.

A continuación, se construirá una cometa casera con los siguientes materiales: hilo blanco, papel seda, tijeras, pegante y 2 varas de bambú.

Se inicia por recortar las dos varillas a la misma longitud, utilizando un cuchillo para evitar astillarse. Posteriormente, las dos varillas se colocan en forma de cruz (tal como se observa en la figura) y se atan con un nudo en el centro.

Luego se ata un trozo de hilo a uno de los brazos de la cruz, ubicándolo cerca de su extremo (es decir, alejándolo de la mitad de ésta). Se toma un trozo de hilo y se ata al otro brazo, dejando la misma distancia del centro

que en el paso anterior. Ahora se atan los extremos de los dos hilos, de forma que al estirarlos se forme un triángulo isósceles.

Con el papel seda se forma un rombo, de forma que la superficie del papel tape las varillas cuando la colocamos encima de éstas. Verter un poco de pegamento a lo largo de las varillas y pegarlas sobre el papel seda.

Finalmente, se toma el otro trozo de papel seda y se recortan tiras para confeccionar la cola de la cometa, cuya longitud debe ser el doble que el largo del rombo de papel. Se unen las tiras a la parte inferior de la cometa, usando pegamento.

http://www.dibujosparapintar.com/manualidades_cometa.html

Actividad 20. Yo me hago la prueba, ¿y tú?

Objetivo: inducir en las personas participantes el deseo de diagnosticarse frente al virus de inmunodeficiencia humana, realizándose la prueba.

Tiempo: 1 hora.

Materiales/Equipos: papel kraft, marcadores, vinilos, pinceles.

Descripción:

Paso 1: se realiza una presentación de las razones por las que es importante diagnosticarse:

- Porque tener el diagnóstico a tiempo es mucho mejor para el tratamiento.
- Porque es importante identificar contextos de vulnerabilidad frente a la infección.
- Porque se debe determinar cuál es el diagnóstico, entre otros.

Adicionalmente, se debe desmentir que en Colombia las pruebas se piden para trabajar (o para ser aceptado en un trabajo) o para retirarse el preservativo.

Paso 2: se hace entrega a las personas participantes de diferentes materiales, como papel kraft, periódico, vinilos, pinceles, etc.

Paso 3: se pide a las personas participantes que realicen una campaña que incentive a otras personas a realizarse la prueba para detección de VIH.

Paso 4: se hace énfasis en que las pruebas de VIH no se deben hacer en grupos de amigos y amigas, sino que —durante el examen— se debe garantizar la privacidad y la confidencialidad de la prueba, aún por encima de la amistad.

Paso 5: se pide a las personas participantes que tomen tiempo suficiente para realizar el trabajo.

Paso 6: posteriormente, cada grupo presenta su cartel, el cual será publicado en un lugar visible.

Nota: aunque realizar un cartel que incentive la demanda de las pruebas no es suficiente para estimular su realización, puede ser motivante para las personas que lo realizan. Es decir, las pruebas que se están incentivando son las del equipo que realiza la actividad.

Actividad 21. Servicios de asesorías

Objetivo: Posibilitar la prestación de los servicios de asesoría para incentivar la realización de la prueba de VIH/Sida, aprovechando los servicios que pueden ofrecerse en los espacios de la ONG.

Tiempo: 20 minutos, como mínimo.

Materiales/Equipos: cubículo de asesoría, modelos anatómicos, dibujos y fotografías.

Descripción:

Paso 1: se debe buscar un espacio adecuado que cumpla con las condiciones idóneas de privacidad y confidencialidad para realizar asesorías personalizadas, que

puedan ser canalizadas posteriormente a los servicios amigables para jóvenes.

Paso 2: se debe identificar el personal adecuado, capacitado y formado para realizar las asesorías en salud sexual y reproductiva.

En caso de ser necesario, se puede hacer uso del modelo y de los preservativos para enseñar el uso adecuado del mismo.

Paso 3: se debe incentivar a la toma de la muestra para el VIH desde las asesorías privadas. Igualmente, se deben identificar las razones asociadas con su realización o no realización, así como orientar frente a la importancia de diagnosticarse.

Paso 4: indicar cuáles son las condiciones mínimas para la toma de la muestra: asistir en ayunas, permanecer los tres días anteriores a la realización de la prueba sin consumir medicamentos, bebidas alcohólicas o SPA, y asistir sin padecer gripe o alguna otra infección o enfermedad.

Nota: en caso de necesitar ayuda, es preferible remitir a las personas participantes a los servicios amigables en las regiones. Por lo anterior, las y los facilitadores deben tener los datos de organizaciones regionales a las cuales sea posible remitir a las personas participantes, de acuerdo con las necesidades.

Actividad 22. Mi propio compromiso de vida

Objetivo: incentivar la formulación de diferentes compromisos de vida frente a la infección por VIH/Sida, mediante la realización de rituales de compromiso.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales/Equipos: papeles y lápiz

Descripción:

Paso 1: se comienza **con la** entrega de papeles y lápices a los y las participantes.

Paso 2: usando los materiales entregados, las personas participantes deberán escribir la que para ellas es la razón más importante para estar atentas a la prevención de la infección por VIH/Sida.

Paso 3: el papel puede ser doblado y luego guardado en el bolsillo de la camisa o en un lugar cercano al corazón.

Paso 4: es importante indicar frases importantes como:

- Tengo la información suficiente para prevenir la infección por VIH, y lo voy a hacer.
- El Sida llega hasta aquí, porque por aquí no va a pasar.
- Voy a detener el Sida; voy a mantener la promesa.
- Voy a diagnosticarme.

Posiblemente se pueda finalizar la actividad con rituales de compromiso (acompañados con velas), en los que los facilitadores y facilitadoras podrán incentivar en las personas participantes la realización de compromisos que permitan evitar la infección por VIH/Sida.

Actividad 23. La cadena de infección

Objetivo: identificar el mecanismo mediante el cual se generan las cadenas de infección por VIH/Sida, mediante un ejercicio lúdico y educativo.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales/Equipos: lanas y preservativos.

Descripción:

Paso 1: se realiza una reflexión inicial acerca de la importancia de hablar y trabajar sobre el tema del VIH en la población.

Paso 2: se hace entrega a todas las personas asistentes de un cuarto de papel tamaño carta y un lápiz. Tres de los papeles deben llevar previamente una marca visible como O o X.

Paso 3: se les pide a las personas participantes que dibujen en el papel un órgano genital (vulva o pene).

Paso 4: se les pide que se pongan de pie y que coloquen el dibujo en la silla, luego de lo cual tomarán asiento nuevamente.

Paso 5: con el lápiz en la mano, se les pide a los participantes que la persona que haya realizado las afirmaciones, se coloque de pie y que rote de silla, es decir, que abandone su silla y busque una nueva, dejando el dibujo en su lugar. No importa el lugar al que llegue, pero sí que rote.

Paso 6: cuando llega a su nuevo lugar, deberá escribir su nombre a un lado del dibujo que encontró. Las afirmaciones son:

Que cambie de silla la persona que:

- “Alguna vez le han colocado una inyección”.
- “Alguna vez ha tenido o piensa tener relaciones sexuales”.
- “Nació, lactó y/o estuvo en el vientre de una mujer”.

Paso 7: se pide a las personas participantes que vuelvan a sus sillas, recuperen su dibujo e identifiquen a las personas que escribieron sus nombres en el papel.

Paso 8: ahora se dice que imaginen que cada participante acaba de tener relaciones sexuales con esas personas. Adicionalmente, se le solicita a quienes tienen las tres marcas que se coloquen de pie y se acerquen al facilitador o facilitadora.

Paso 9: a continuación:

- Se dice a todos los participantes que las tres personas con la marca X en sus papeles fueron personas diagnosticadas con una infección de transmisión sexual y, por consiguiente, aquellas personas que se encuentran en sus papeles son quienes se encuentran infectadas.
- Se hace entrega de una lana a estas tres personas.

- Leerán los nombres de las personas a las que acaban de infectar, haciendo énfasis en que fue el facilitador o facilitadora quien infectó a estas tres personas. Con la pronunciación de los nombres de las personas se muestra —metafóricamente— cómo se comporta la epidemia.

Paso 10: la idea es que cada persona que sea llamada vaya tomando parte de las personas infectadas, y que vaya rotando la madeja de la lana.

Paso 11: el facilitador o facilitadora hace una reflexión relacionada con las cadenas de infección del VIH/Sida. Se termina la actividad con la reflexión sobre la importancia de usar preservativos. Es importante hacer énfasis en el uso del preservativo y las ventajas de hacerlo.

Nota: puede agregarle alguna marca al dibujo o alguna palabra como “condón” y, de esta manera, mostrar cómo la persona que siempre tuvo relaciones sexuales con condón, estuvo protegida de la infección por VIH / Sida. Recordar siempre (desde el inicio de la actividad) el uso adecuado del preservativo.

Actividad 24. Pongamos bien el condón

Objetivo: realizar la muestra y demostración de la colocación y uso adecuado del condón, mediante el aprendizaje por observación.

Tiempo: 45 minutos.

Materiales/Equipos: modelo, condones, imagen en una cartelera, venda para los ojos.

Descripción:

Introducción: mediante un ejercicio muy respetuoso, dinámico y agradable, invitar a los y las participantes a colocarle el condón al modelo anatómico.

Paso 1: la persona facilitadora dividirá al grupo general en grupos de cuatro personas, entregando a cada uno cuatro preservativos y un modelo anatómico.

Paso 2: se pedirá a los participantes que se enumeren (1, 2, 3 y 4), con el fin de que cada participante tenga un turno por grupo.

Paso 3: ahora, se le pedirá al número 1 que coloque el preservativo al modelo, tal como crea que se hace correctamente.

Paso 4: luego, el facilitador o facilitadora explicará el uso adecuado del condón, recordando todas las instrucciones precisas y adecuadas para ello.

Paso 5: después de haber recibido las instrucciones, se le pide al participante número 2 que lo coloque, explicándole al resto los pasos que se deben seguir.

Paso 6: tras el segundo preservativo, se le pide a la tercera persona que se tape los ojos y lo coloque, tal como si estuviera intentando colocarlo con la luz apagada.

Nota. recuerde que muchas de las relaciones sexuales se dan con la luz apagada. Este ejercicio puede incentivar la práctica adecuada de colocación del condón en este tipo de situaciones.

Paso 7: con el número 4, el facilitador o facilitadora hace una explicación clara y sencilla de cómo se hacen las barreras de látex con los preservativos masculinos, usadas para la realización del sexo oral (ver explicación).

<http://acns.pbworks.com/w/page/1331243/Safer-Sex>

Este tipo de entrenamiento debe realizarse en todas las intervenciones que se desarrollen.

Cuestiones previas

- Usar un preservativo nuevo en cada relación sexual.
- Ten los preservativos a mano; cuantos más, mejor.
- Controla la fecha de caducidad de los preservativos.
- Compra sólo preservativos homologados por las autoridades sanitarias.
- Guarda el condón en un lugar fresco, seco y donde no reciba luz.

Instrucciones para el uso del condón masculino

1



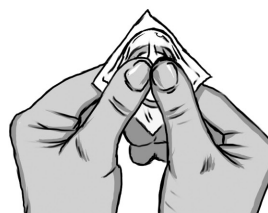
No usar si la fecha ha expirado, o si el empaque está roto ó dañado.



2

3

El paquete podría tener burbujas de aire.



4



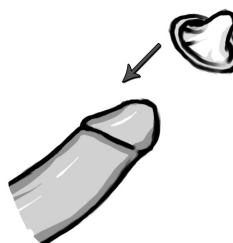
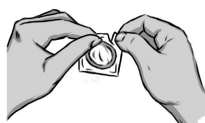
5

6

7

8

Si no lo han circuncidado, corra el prepucio hacia atrás.



9

10

11

12

Sujete el condón de la punta.



Desenróllelo completamente.



Luego de usarlo sáquelo lejos de su pareja.



Retírelo y deseche el condón.



Instrucciones para el uso del condón femenino

1	2 Verifique la fecha de vencimiento en el empaque. Absténgase de usarlo si ya ha expirado.	3 Antes de abrirlo, esparza el lubricante frotando el empaque con las manos.	4 Para abrir el empaque, con sus manos rasgue por la ranura del borde.
5 Anillo interno Anillo externo		6 Busque la posición mas cómoda para insertarlo.	
7 Con los dedos índice y pulgar, apriete el anillo interno hasta juntar los laterales y separe los labios externos de la vagina.	8 Inserte el condón en la vagina.	9 Deslice el dedo índice o medio hacia dentro del condón y empujelo dentro de la vagina tan profundo como sea posible. Asegúrese de que el condón no esté trenzado y que se ajuste suavemente contra la pared de la vagina.	
11 Sostenga el anillo exterior al rededor de sus labios externos mientras guía el pene de su pareja hacia dentro del condón.	12 Si durante la relación sexual el pene entra entre el condón y la pared de la vagina, pare y reintroduzca el pene dentro del condón. Si el pene empuja el anillo exterior hacia dentro de la vagina se debe usar un nuevo condón.	13 Pare retirar, acostada, tome el condón por los extremos del anillo exterior y gírelo para mantener el semen dentro. Retire el condón suavemente.	14 Envuelva el condón en un papel y arrójealo a la basura.

ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN

Actividad 1. El puesto en la feria “stand”

Objetivo: realizar una sensibilización abierta para proporcionar información relacionada con la prevención del VIH/Sida.

Tiempo: De 1/2 día a 1 día completo.

Materiales/Equipos: materiales impresos de prevención, afiches, postales, pósters, preservativos.

Descripción:

Paso 1: se debe identificar cuál es el espacio o lugar donde se colocará el stand y el objetivo de éste.

Paso 2: el stand debe contar con los y las facilitadoras suficientes para la atención de personas.

Paso 3: se hace un stand llamativo, que pueda ser colocado en un lugar visible de una institución educativa o en una feria.

Paso 4: se le debe entregar información respecto a la prevención del VIH a todas las personas que se acerquen en busca de información.

Paso 5: alguno de los facilitadores o facilitadoras podrá reunir durante el día a un grupo de personas, para hacerles la demostración del uso adecuado del preservativo.

Paso 6:

el stand puede tener música que convoque a los y las jóvenes a acercarse a él.

Nota: el stand puede ser complementado con diferentes campañas o acciones relacionadas con el VIH/Sida, como:

- La vacuna contra el estigma y la discriminación.
- La profesora que no regaña, sino que enseña.

Actividad 2. Concierto de música

Objetivo: sensibilización de los y las participantes a través de un concierto de música a través del cual se transmitan mensajes relacionados con la prevención de la infección por VIH/Sida.

Tiempo: tiempo destinado para el concierto.

Materiales/Equipos: frases claves para los y las artistas.

Descripción:

Paso 1: aprovechando los conciertos que se realizan en la región, se pretende buscar y gestionar —ya sea por medio de convenios o contratos— la divulgación de mensajes alusivos a la prevención del VIH/Sida.

Paso 2: se hace un llamado constante de artistas para que divulguen información relacionada con la prevención VIH/Sida, con tips y datos relevantes.

Paso 3: capacitar a los y las artistas y a maestros y maestras de ceremonia en el tema de prevención de VIH.

Frases para los libretos (parrillas):

- “Sabía Ud. ¿que la infección por VIH no es una infección mortal?”
- “Sabía Ud. que ¿el condón es el único método para prevenir la infección por VIH por vía sexual?”

- “Sabía Ud. ¿que el VIH se detecta únicamente mediante la prueba de laboratorio *ELISA*, que es en sangre?”
- “Sabía Ud. ¿que las pruebas de VIH son voluntarias?”
- “Sabía Ud. ¿que la persona que tiene a su lado puede tener VIH y puede no saberlo?”

Actividad 3. Puesta en escena

Objetivo: sensibilizar masivamente a jóvenes y personas adultas frente a los temas de estigma y discriminación.

Tiempo: tiempo predestinado del montaje.

Materiales/Equipos: materiales necesarios tipo vestuario, maquillaje, escenografía etc.

Descripción:

Paso 1: previamente con la formación de un grupo de personas jóvenes multiplicadoras, sensibles y formadas en salud sexual y reproductiva se propone una puesta en escena artístico-teatral, en la que se hace un montaje con escenografía y posibles personajes que hagan alusión al tema de prevención y visibilización del estigma y la discriminación de personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana.

Paso 2: se ubica el lugar (parque, calle, andén, centros comerciales, centros educativos, etc.) y se piden los permisos en caso de ser necesario.

Paso 3: se hace la puesta en escena, que puede involucrar o no a transeúntes.

Paso 4: algunas de las personas facilitadoras, pueden entregar volantes o mensajes durante la presentación.

Actividad 4. Sueños de libertad

Objetivo: permitir un espacio de reflexión en el que, a partir de actividades lúdico-educativas relacionadas con el crecimiento personal, se pueda reflexionar frente a la infección por el VIH/Sida.

Tiempo: una hora.

Materiales/Equipos: globos o papeles para diseñar aviones.

Descripción:

Paso 1: se hace un ejercicio de relajación en el que se hace énfasis en el cuerpo y en las zonas donde cada participante considere que el virus puede ingresar al cuerpo.

Paso 2: por medio de un ejercicio —con música de fondo pero sin conversación alguna entre los participantes— se le entrega a cada persona materiales como témperas, papeles, pegante, cintas, etc.

Paso 3: se solicita al/la participante que dibuje su silueta en la hoja y que indique sobre ella una zona que le produzca incertidumbre en lo referente a su sexualidad.

Paso 4: al tiempo, con música, se le pide que exprese lo que siente con trazos cada vez más largos y fuertes, mostrando cómo se transmiten esas sensaciones al resto del cuerpo.

Paso 5: se le pide a los y las participantes, al finalizar sus dibujos, que expresen sentimientos relacionados con las sensaciones que hay en el cuerpo que, consideran, tienen que ver con la infección por VIH y cómo estas se pueden solucionar.

Paso 6: se abre el espacio para resolver dudas y preguntas relacionadas con la infección.

Paso 7: el facilitador o facilitadora debe estar en condiciones de responder cualquier pregunta que resulte del proceso de sensibilización.

Paso 8: se les indica a las personas asistentes que tomen su papel y lo conviertan en un avión de papel que pueda ser lanzado por la ventana o por algún lugar que permita verlos volar.

Paso 9: la persona facilitadora puede colocarlos en globos llenos de helio y entregarlos a cada participante para que los haga volar.

Actividad 5. Campañas de prevención

Objetivo: sensibilizar a la población general sobre las situaciones que pueden generar el estigma y discriminación en relación con el VIH/Sida.

Tiempo: dos horas.

Materiales/Equipos: plegables informativos y preservativos.

Descripción:

Paso 1: se elige una zona de espacio público y se delimita claramente el área en la que se entregará información persona a persona.

Paso 2: con el personal previamente sensibilizado, se hace entrega de información y preservativos en un espacio público.

Paso 3: se abordará a toda la población que pase por el lugar diciendo “Señor o Señora, permítame y le entrego esta información de interés para usted o para algún familiar”.

Paso 4: con la mano estirada, se ofrece el volante o papel informativo y los preservativos.

Paso 5: algunas personas lo recibirán y otras no. Sin embargo, son muchas personas las que lo reciben cuando se entrega la información de manera respetuosa.

Paso 6: en caso de que la persona se detenga y prefiera pedir más información, puede ser remitida a una persona que pueda entregar información cara a cara.

Paso 7: Las personas pueden ser remitidas a talleres o a servicios amigables de salud sexual y reproductiva.

Actividad 6. Video al parque

Objetivo: sensibilizar a la población general en relación con los contextos de vulnerabilidad ante diferentes situaciones.

Tiempo: 120 min.

Materiales/Equipos: videos, plegables informativos y preservativos, video beam y reproductor (amplificador) de sonido.

Descripción:

Paso 1: en un espacio abierto o cerrado se puede hacer una proyección de una película que puede ser analizada, posteriormente, por las personas asistentes y facilitadoras.

Paso 2: se puede iniciar haciendo una pequeña introducción relacionada con la infección por VIH/Sida, y se puede hacer una breve reseña sobre la dirección del filme y de su recorrido en el mundo del cine.

Paso 3: se hace una revisión de las reglas para poder disfrutar la película, hacer silencio y respetar la concentración de otras personas.

Paso 4: se recomienda el uso de películas habladas en español.

Paso 5: al finalizar la película o documental, se hace una reflexión o foro enfocado a la problemática de las y los protagonistas y sobre cómo logran salir o no adelante ante contextos adversos.

Actividad 7. Un “chico” por la prevención

Objetivo: sensibilizar a la población general en relación con la inserción de personas que viven o desconocen que viven con VIH en una comunidad específica.

Tiempo: dos horas.

Materiales/Equipos: plegables informativos, preservativos, amplificador de sonido. Árbitro y balón del deporte que se convoca.

Descripción:

Paso 1: en un espacio abierto en la comunidad, realizar una actividad deportiva que permita convocar a las y los diferentes actores que viven en ella.

Paso 2: previamente se ha realizado una convocatoria para un torneo de micro-fútbol, básquet, y/o fútbol.

Paso 3: para el día del encuentro, se pueden gestionar diferentes elementos con la Junta de acción Comunal (JAC) para la participación en el mismo espacio deportivo. Gestionar con diferentes empresas privadas, aporte de bebidas y la logística para ese día.

Paso 4: aprovechar el espacio, como pretexto para enviar diferentes mensajes preventivos ante la infección por VIH/Sida usando el apoyo de toda la comunidad para la apertura al cambio de los contextos de vulnerabilidad.

Paso 5: al finalizar el torneo, se puede hacer una breve premiación con elementos significativos que han sido gestionados con otras empresas privadas. Ej.: camisetas, uniformes balones y demás.

Paso 6: Para este espacio es importante destacar la oportunidad para hacer una actividad de sensibilización con toda la comunidad en pro de los y las jóvenes.

BANCO DE RECURSOS Y DATOS

Centro interamericano para el desarrollo del conocimiento y de la formación profesional:

<http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro22/i.htm>

Definición de enfoque diferencial:

<http://www.mincultura.gov.co/index.php?idcategoria=26023>, el 05 de Octubre 2010.

Ley 375 del 4 de Julio de 1997.

Ley 599 de 2000, por la cual se expide el Código Penal. Las penas para este delito son aumentadas por el artículo 14 de la ley 890 de 2004 a partir del 1° de enero de 2005.

Código de Infancia y adolescencia: <http://www.unicef.org.co/Ley/2.htm>

Ministerio de Educación Nacional, *Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía.*

<http://www.mincultura.gov.co/index.php?idcategoria=26023>

http://www.onusida.org.co/der_sex_rep.htm

http://www.eclac.cl/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/37142/OIJ-CE-LADEBono_dem.pdf

INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y MONITOREO PARA EL DESARROLLO DE LAS ACCIONES PREVENTIVAS

Toda acción de prevención debe estar precedida por procesos de seguimiento y monitoreo que permitan tener información respecto a las acciones claves que se adelantan en los diferentes grupos de población para reducir la transmisión del VIH por mecanismo sexual, que es el más frecuente en el país.

Dentro de la prevención interesa particularmente hacer monitoreo al acceso y uso de condones, al acceso a la prueba voluntaria en VIH, aspectos sobre estigma y discriminación; para lo cual se han empleado algunos indicadores internacionales que permitan dar cuenta de los mismos, los cuales se presentan más adelante.

En particular en el contexto de estas guías de prevención se sugiere incluir de manera concurrente con el desarrollo de actividades de prevención, la aplicación de instrumentos sencillos a cada una de las poblaciones (véase anexo), para tener información que permita de manera rápida tomar decisiones frente a estos tres aspectos centrales en los temas de prevención. Estas aproximaciones en campo dan información que de otra forma los servicios de salud de manera cotidiana no provee o que puede ser muy costosa la obtención de los mismos como, por ejemplo, las encuestas de segunda generación, que vinculan la estimación de prevalencias de VIH a encuestas sobre comportamiento sexual¹.

Los instrumentos que se sugieren para cada población fueron revisados y ajustados con la participación de las organizaciones de la sociedad civil y por personas pertenecientes a cada grupo de población.

¹ Ministerio de la Protección Social - Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA- *Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales*. Colombia. 2009

Bajo este contexto, se proponen un grupo de indicadores que permiten evaluar las acciones preventivas dirigidas a las poblaciones en contextos de vulnerabilidad, así como otras acciones para el fortalecimiento de la oferta de asesoría y prueba voluntaria adelantada en las instituciones de salud.

Se proponen las siguientes categorías para seguimiento a los indicadores de prevención²:

- Porcentaje de personas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.
- Porcentaje de personas que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.

Indicadores que permitan establecer el conocimiento de la infección como:

- Porcentaje de personas que identifican correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH y rechazan las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.

Indicadores que permitan establecer el comportamiento frente a la prevención de la infección de VIH:

- Porcentaje de personas que usaron el preservativo en su última relación sexual.

Indicadores de asesoría y prueba voluntaria:

- Porcentaje de personas que se realizaron la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conocen los resultados.
- Porcentaje de personas en situación de vulnerabilidad al que llegan los programas de prevención del VIH.

Indicadores que permitan establecer Estigma y Discriminación frente al VIH:

- Porcentaje de personas que han sido víctimas de algún tipo de rechazo o maltrato (físico, verbal, expresiones de discriminación, ridiculización, burlas, intimidaciones, amenazas, rechazo, entre otros) en los servicios de salud por ser trans, HSH, MTS, joven o mujer en contexto de vulnerabilidad.
- Porcentaje de personas a quienes alguna vez le han negado servicios en las instituciones de salud, juzgados, notarías, religiosos y/u otros establecimientos públicos por ser mujeres trans.
- Porcentaje de personas rechazadas por parte de la familia por su identidad de género (tener que cambiar de lugar de residencia, retiro del colegio, retiro del sistema de seguridad social en salud entre otros).
- Porcentaje de personas que cuando reciben servicios médicos, tiene algún temor de que quede registrado en su historia clínica su práctica sexual o su identidad de género.
- Porcentaje de personas que han sido discriminadas por que viven con el virus del VIH.

Los resultados de estos indicadores permitirán aproximarnos a la situación de las acciones preventivas dirigidas a las poblaciones en contextos de vulnerabilidad, así como otras acciones para el fortalecimiento de la oferta de asesoría y prueba voluntaria adelantada con instituciones de salud, con el fin de revisarlas y fortalecerlas.

Por lo tanto se recomienda implementar estos indicadores de forma sistemática y en todas las acciones de prevención y abordaje a las acciones frente al VIH.

FICHAS TÉCNICAS DE INDICADORES PARA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

PREVENCIÓN DEL VIH INDICADOR 01:

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas que identifican correctamente las formas de prevenir la

² ONUSIDA. *Directrices para el desarrollo de indicadores básicos*. Ginebra. Suiza. 2009.

transmisión sexual del VIH y rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del virus.

- Área Prevención.
- Objetivo: Evaluar los progresos realizados hacia el conocimiento de los hechos básicos sobre la transmisión del VIH.
- Numerador: Número de entrevistados que contestó correctamente a las 5 preguntas.
- Denominador: Número de entrevistados que contestó correcta e incorrectamente a las 5 preguntas.
- Constante: 100.
- Definición operativa: Identificar el grado de conocimiento de las formas de prevención de la transmisión sexual del VIH.
- Preguntas que evalúan el indicador:
 - 1). ¿Pueden las personas protegerse a sí mismas del VIH al tener una pareja fiel que no esté infectada?
 - 2). ¿Pueden las personas protegerse así mismas del VIH, el virus que causa el Sida, utilizando un condón de manera correcta cada vez que se tengan relaciones sexuales?
 - 3). ¿Piensa que una persona que se ve saludable puede estar infectada con VIH, el virus que ocasiona el Sida?
 - 4). ¿Puede una persona infectarse de VIH por picaduras de mosquito?
 - 5). ¿Puede una persona infectarse del VIH al compartir una comida con alguien que está infectado?

INDICADOR 02:

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.
- Área: Comportamiento.

- Objetivo: Evaluar los progresos realizados en la reducción del porcentaje de personas que tienen relaciones sexuales de alto riesgo.
- Numerador: Número de entrevistados que ha tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses.
- Denominador: Número total de entrevistados
- Constante: 100.
- Definición operativa: Identificar los progresos en la reducción de personas que tienen relaciones sexuales de alto riesgo.
- Interpretación: Ofrece una visión de los niveles de relaciones sexuales de alto riesgo.
- Preguntas que evalúan el indicador:
 1. En el último mes, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales?

INDICADOR 03

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años.
- Área: Comportamiento.
- Objetivo: Evaluar los progresos realizados para aumentar la edad en la que las mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad tienen su primera relación sexual.
- Numerador: Número de entrevistados (de 15 a 24 años) que declara haber tenido su primera relación sexual antes de los 15 años de edad.
- Denominador: Número total de entrevistados de 15 a 24 años de edad.

- Constante: 100.
- Definición operativa: Comparar el comportamiento frente al inicio de las relaciones sexuales.
- Preguntas que evalúan el indicador:
 1. ¿A que edad tuvo su primera relación sexual?

INDICADOR 04:

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas que tuvieron más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.
- Área: Comportamiento.
- Objetivo: Evaluar los progresos realizados para prevenir la exposición al VIH a través de las relaciones sexuales sin protección con parejas no habituales.
- Numerador: Número de entrevistados que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que también declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual.
- Denominador: Número de entrevistados que declara haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses.
- Constante: 100.
- Definición operativa: Mostrar el grado de uso del preservativo de las personas con probabilidades de tener relaciones sexuales de alto riesgo (p. ej., que cambian de pareja habitualmente).
- Interpretación: Mide el grado de uso del preservativo de las personas que tuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses y que hayan tenido más de una pareja. Los niveles y tendencias deben interpretarse con cautela usando los datos obtenidos

sobre los porcentajes de personas que tuvieron más de una pareja sexual durante el último año.

- Preguntas que evalúan el indicador:
 1. ¿En el último mes con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales penetrativas?
 2. ¿La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas, usted o sus parejas utilizaron un condón?

INDICADOR 05:

- Nombre del indicador: Porcentaje de profesionales del sexo y los otros grupos vulnerables que declaran haber usado un preservativo con su último cliente.
- Área: Comportamiento.
- Objetivo: Evaluar los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH entre profesionales del sexo a través de las relaciones sexuales sin protección con sus clientes.
- Numerador: Número de entrevistados que declara haber usado un preservativo con su cliente más reciente.
- Denominador: Número de entrevistados que declara haber mantenido relaciones sexuales remuneradas en los últimos 12 meses.
- Constante: 100.
- Definición operativa: Establecer la persistencia en el uso del condón en las relaciones sexuales comerciales.
- Preguntas que evalúan el indicador:
 1. La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas a cambio de dinero ¿usted o su pareja utilizaron un condón?

INDICADOR 06:

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas que se realizaron la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados.
- Área: Programática.
- Objetivo: Evaluar los progresos realizados en asesoría y las pruebas voluntarias de VIH.
- Numerador: Número de encuestados que se han realizado la prueba de VIH durante los últimos 12 meses y conoce los resultados.
- Denominador: Número de todos los encuestados.
- Constante: 100.
- Definición operativa: Establecer el uso de la prueba voluntaria de VIH y el reclamo de los resultados.
- Preguntas que evalúan el indicador:
 1. No quiero saber los resultados, pero ¿le han hecho la prueba del VIH en los últimos 12 meses?
 2. ¿Usted se hizo voluntariamente la prueba de VIH o se le solicitó hacerla?
 3. No me diga el resultado pero, ¿averiguó usted el resultado de su prueba?

INDICADOR 07:

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas en situación de vulnerabilidad al que llegan los programas de prevención del VIH.
- Área: Programática.
- Objetivo: Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los

programas de prevención del VIH en las poblaciones vulnerables.

- Numerador: Número de entrevistados de la población más expuesta que ha respondido “sí” a ambas preguntas.
- Denominador: Número total de encuestados.
- Constante: 100.
- Definición operativa: El indicador permite ofrecer una idea del alcance de los servicios de pruebas de VIH voluntarias en población vulnerable.
- Preguntas que evalúan el indicador
 1. ¿Sabe a dónde tiene que dirigirse si desea realizarse la prueba del VIH?
 2. ¿Le han suministrado preservativos en los últimos doce meses (p. ej., a través de un servicio de divulgación, centro de consulta o en los servicios de salud sexual y reproductiva)?

INDICADOR 08:

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas en condición de vulnerabilidad que conocen que a la prueba de VIH antecede una asesoría?
- Área: Asesoría Prueba Voluntaria - APV.
- Objetivo: Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH en las poblaciones vulnerables.
- Numerador: Número de entrevistados de la población más expuesta que ha respondido “sí” a la pregunta realizada.
- Denominador: Número total de entrevistados.

- Constante: 100.
 - Definición operativa: El indicador permite ofrecer una idea del alcance de la asesoría previa a la toma de prueba de VIH voluntaria en población vulnerable.
 - Preguntas que evalúan el indicador:
1. La última vez que se hizo la prueba de VIH ¿recibió algún tipo de asesoría o consejería?

INDICADOR 09:

- Nombre del indicador: Porcentaje de personas en condición de vulnerabilidad que conocen que para la entrega del resultado de la prueba de VIH se debe brindar asesoría pos test.
- Área: Asesoría Prueba Voluntaria - APV.

- Objetivo: Evaluar los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH en las poblaciones vulnerables.
 - Numerador: Número de entrevistados de la población más expuesta que ha respondido “sí” a la pregunta realizada.
 - Denominador: Número total de entrevistados.
 - Constante: 100.
 - Definición operativa: El indicador permite ofrecer una idea del alcance de la asesoría previa a la toma de prueba de VIH voluntaria en población vulnerable.
 - Preguntas que evalúan el indicador:
1. ¿Recibió asesoría o consejería cuando le entregaron los resultados de la prueba de VIH?

ANEXO**ENCUESTA*****Conocimientos, prácticas y asesoría en prueba voluntaria para VIH en jóvenes de 15 a 24 años***

A continuación encontrará una serie de preguntas sobre su vida y sobre lo que conoce sobre el VIH/Sida. Esta encuesta es confidencial por lo que no es necesario que registre su nombre en ninguna parte. Sus respuestas son de gran importancia para evaluar las intervenciones de prevención del VIH/Sida.

Número de la encuesta: _____

Nombre de la institución u ONG que aplica la encuesta: _____

Ciudad: _____

Fecha: _____

I. GENERALIDADES

1. Edad _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ¿Cuál? _____

2. Municipio en el que vive _____

Zona: ☐ Urbana ☐ Rural

3. ¿Cual es su estrato socioeconómico?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

4. Tipo de seguridad social en salud a la que pertenece (**carné de salud**):

☐ Contributivo ☐ Subsidiado ☐ No asegurado ☐ Especial
☐ Sisbén ☐ No sé ☐ No tengo ☐ No responde

5. ¿Cual es su nivel de educación?

- | | |
|--|--|
| ☐ Primaria incompleta | ☐ Primaria completa |
| ☐ Secundaria incompleta | ☐ Secundaria completa |
| ☐ Tecnológico | ☐ Técnico |
| ☐ Universitario | ☐ Postgrado |
| ☐ Ninguno | |

6. ¿Actualmente esta trabajando?

- ☐ Sí ☐ No ¿En qué? _____

7. En términos de género ¿usted con cual género se identifica?

- ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ¿Cuál? _____

8. En términos de orientación sexual ¿usted con cual orientación sexual se identifica?

- ☐ Homosexual ☐ Heterosexual ☐ Bisexual

9. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual, entendida como penetración sexual anal, oral o vaginal con o sin su consentimiento? _____

- ☐ No sabe ☐ No responde

10. ¿Esa primera relación sexual fue con?

- ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro ¿Cuál? _____

11. En esa primera relación sexual ¿usaron condón?

- ☐ Sí ☐ No

II. INFORMACIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE VIH/Sida

Con las preguntas que a continuación se presentan se quiere saber lo que usted cree y conoce acerca de la prevención del VIH/Sida, por lo que no hay respuestas correctas e incorrectas, solamente se busca conocer su opinión”.

1. ¿Ha oído hablar sobre el VIH o el Sida?

☐ Sí ☐ No

2. La información que usted tiene sobre VIH, Sida o infecciones de transmisión sexual, la obtuvo por:

☐ Televisión ☐ Radio o prensa ☐ Familia ☐ Instituciones de salud
☐ Amigos ☐ Establecimiento educativo ☐ Campañas ☐ ONG/Fundación
☐ Agencias de cooperación ☐ Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Ha participado en los **últimos 12 meses contados hasta ayer**, en actividades de información o educación sobre VIH/Sida?

☐ Sí ☐ No

4. ¿Qué entidad(es) le han brindado las actividades de información o educación sobre VIH/Sida?

☐ Hospital / Centro de salud ☐ Clínica/Medicina prepagada ☐ ONG/Fundación
☐ Iglesias ☐ Establecimiento educativo ☐ Otro ¿Cuál? _____

5. ¿El VIH se puede prevenir utilizando el condón de manera correcta y desde el principio hasta el final de cada una y en todas las relaciones sexuales?

☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

6. ¿El VIH se puede prevenir teniendo una sola pareja sexual es decir, **no tener múltiples parejas sexuales?** y que no viva con el virus.

☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

7. ¿El VIH se puede transmitir por la picadura de un zancudo o mosquito?

☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

8. ¿El VIH se puede transmitir por compartir una comida con alguien que está infectado/a?

☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

9. ¿Cree que una persona que **se ve sana** puede estar infectada con el VIH?

☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

III. INFORMACIÓN SOBRE COMPORTAMIENTO

1. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales penetrativas anal, oral o vaginal, en el **último mes** contado hasta ayer? n.º de personas _____

2. La última vez que tuvo relaciones sexuales penetrativas, ¿usted, su pareja o sus parejas utilizaron condón?

☐ Sí ☐ No

3. Si no utilizó condón ¿cuales fueron las razones?

- | | |
|---|--|
| ☐ A la pareja no le gusta | ☐ Son caros |
| ☐ A usted no le gusta | ☐ Cree que disminuye lo que siente |
| ☐ Siente vergüenza de pedir el condón | ☐ Confía en la fidelidad de su pareja |
| ☐ Son difíciles de conseguir | ☐ No consiguió en ese momento |
| ☐ Estaba bajo los efectos de las drogas | ☐ Estaba muy excitado |
| ☐ La pareja estaba bajo los efectos de alcohol | ☐ No lo vió necesario |
| ☐ Otro, ¿Cuál? _____ | |

4. Qué lugares conoce para conseguir o comprar condones:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Ninguno | ☐ Tienda | ☐ Farmacia/droguería |
| ☐ Supermercado | ☐ Centro salud/hospital | ☐ Centro nocturno/reservado |
| ☐ Clínica privada/consultorio | ☐ Tienda de artículos para sexo | |
| ☐ Otro, ¿Cuál? _____ | | |

5. ¿Cuanto pagó por cada condón la última vez que compró? \$ _____

6. ¿En donde consiguió condones **la última vez**?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Tienda | ☐ Farmacia/droguería | ☐ Supermercado |
| ☐ Centro salud/hospital | ☐ Centro nocturno/reservado | ☐ Clínica privada/consultorio |
| ☐ ONG/Fundación | ☐ Tienda de artículos para sexo | |
| ☐ Servicios amigables | ☐ Dispensadores de condones | |

7. ¿Con cuántas personas aproximadamente ha tenido relaciones sexuales penetrativas, en el **último mes** contado hasta ayer?

N. ° de parejas _____ ☐ Ninguna

8. ¿Con quién tuvo la última relación sexual penetrativa?

☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Otro, ¿Cuál? _____

9. ¿Alguna vez en su vida **ha recibido dinero** a cambio de tener relaciones sexuales?

☐ Sí ☐ No

Si no ha recibido dinero a cambio de tener relaciones sexuales, pase a las preguntas relacionadas con la información sobre la prueba del VIH.

10. Si ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero, ¿aproximadamente qué edad tenía la primera vez que recibió dinero a cambio de tener relaciones sexuales? Edad _____

11. La última vez que tuvo relaciones sexuales **a cambio de dinero** ¿usaron condón?

☐ Sí

☐ No

IV. INFORMACIÓN SOBRE LA PRUEBA DE VIH

1. ¿En los últimos 12 meses contados hasta ayer ¿se ha hecho la prueba para detectar el VIH?

☐ Sí

☐ No

Si no se hizo la prueba pase a la pregunta 7.

2. Cuando usted se hizo la prueba fue:

☐ Por su propia iniciativa

☐ Por solicitud de trabajo

☐ Por donación de sangre

☐ En alguna campaña

☐ En estudio de investigación

☐ La solicitó el personal de salud

☐ Alguien lo convenció

☐ Una de sus parejas sexuales vive con el VIH

☐ Un conocido o familiar murió por VIH

☐ Otro, ¿Cuál? _____

3. ¿Conoció los resultados de la última vez que se hizo la prueba de VIH?

☐ Sí

☐ No

4. La última vez que se hizo la prueba del VIH, ¿Dónde se la hizo?

☐ Centro de Salud

☐ Hospital

☐ Clínica

☐ ONG/fundación

☐ Banco Sangre

☐ En una campaña

☐ Laboratorio particular

☐ Otra, ¿Cuál? _____

5. La última vez que se hizo la prueba de VIH ¿recibió algún tipo de asesoría o consejería antes de tomarle la muestra de sangre?

☐ Sí ☐ No

6. ¿Recibió asesoría o consejería cuando le entregaron los resultados de la prueba de VIH?

☐ Sí ☐ No

7. ¿Usted sabe a dónde debe dirigirse si desea hacerse la prueba de VIH?

☐ Sí ☐ No

8. ¿Le han suministrado condones en el último año en el servicio de salud al que usted asiste?

☐ Sí ☐ No

V. ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

1. Cuando recibe servicios médicos, ¿considera necesario ocultar sus prácticas sexuales?

☐ Sí ☐ No

2. ¿Alguna vez ha sido víctima de maltrato en los servicios de salud por ser joven?

☐ Sí ☐ No

VI. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

1. En el último año ¿ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?

☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

Si la respuesta es **sí**, mencione ¿Cuál? _____

Si la respuesta es **sí**, mencione cuál _____

¿Tiene alguna recomendación para fortalecer la prevención en VIH? escríbala en este espacio.

GRACIAS

GLOSARIO

Adherencia

Estricto seguimiento de un régimen de tratamiento recetado. Exige que una persona que vive con VIH tome la dosis correcta de un medicamento en el momento preciso; exactamente como se ha recetado.

Anticuerpo

Parte del sistema inmunitario que se encarga de reconocer y luchar contra la presencia de organismos infecciosos y otras sustancias extrañas que entran al organismo. Cada anticuerpo es específico de una parte del organismo infeccioso o de otra sustancia extraña particular. Los anticuerpos se producen después de la primera exposición a una sustancia.

Antirretroviral (ARV)

Medicamento que inhibe la capacidad de multiplicación de un retrovirus (como el VIH).

Asintomático(a)

Sin señales ni síntomas obvios de enfermedad.

Cierre conceptual

Es el momento en el que la persona facilitadora retoma los aspectos conceptuales y teóricos, surgidos como producto del trabajo en el taller. Señala las conclusiones y puede servir de punto de partida a otras actividades.

Coinfección

Infección por más de un virus, una bacteria o cualquier otro microorganismo en un momento determinado. Por ejemplo, una persona infectada por el

VIH puede presentar coinfección por el virus de la hepatitis C (VHC) o el bacilo de la tuberculosis (TB).

Contagioso(a)

Que se transmite fácilmente por contacto diario normal entre las personas. Por ejemplo, la varicela es una enfermedad infecciosa (causante de infección) y contagiosa. En cambio, el VIH es un ejemplo de una enfermedad infecciosa pero no contagiosa (es decir, no se transmite de una persona a otra por medio del contacto casual).

Infección de transmisión sexual (ITS)

Cualquier infección propagada por la transmisión de microorganismos de una persona a otra durante el contacto sexual.

Enfoque

Hace referencia a la concentración de la mirada sobre un punto específico. En esta guía se usa para enfatizar en el reconocimiento de las diferencias de determinados grupos de poblaciones y sus contextos de vulnerabilidad.

Epidemia

Enfermedad que se propaga con rapidez en un segmento de la población humana de una zona geográfica determinada.

Epidemiología

Rama de la medicina que estudia la incidencia, la distribución y el control de una enfermedad en una población.

Estereotipos

Son aquellas ideas fijas que se tienen sobre las personas; encasillándolas en modelos determinados y que, generalmente, crean acciones de discriminación hacia ellas. Por ejemplo, la idea de que todos los hombres gay son promiscuos, o que todas las mujeres trabajadoras sexuales tienen Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Exigibilidad

Es una cualidad inherente a cada derecho, que permite el gozo por parte de todos los ciudadanos y ciudadanas, en condiciones de igualdad, libertad y dignidad.

Exposición ocupacional

Exposición a material potencialmente infeccioso, como sangre, tejido, fluidos corporales, equipo o suministros médicos, en el ambiente de trabajo. La exposición podría ocurrir por medio de un pinchazo con una aguja, una cortada con un objeto, contacto con una membrana mucosa o contacto con la piel que no esté intacta.

Género

Es una categoría de análisis que hace referencia al significado otorgado socialmente al hecho biológico de ser mujer y hombre. Es decir, es una definición específica cultural asignada socialmente a, lo que se espera, correspondería a la forma de ser mujer (feminidad) o de ser hombre (masculinidad) y que, por tanto, varía en el tiempo y en el espacio¹. Por ser una construcción sociocultural, cambia a lo largo de la historia y es diferente en unas culturas y en otras; incluso pueden coexistir, dentro de una misma sociedad, diferentes sistemas de género relacionados con la diversidad cultural que exista.

Identidad de género

Se define como la forma en que cada persona se identifica a sí misma como hombre o mujer, teniendo esto relación directa con lo que significa serlo en cada cultura.

Imaginarios

Ideas socialmente construidas sobre diversas personas, que crean “verdades absolutas”; saberes populares que se legitiman a través de prácticas sociales.

Incidencia

La proporción de casos nuevos de una enfermedad; en particular, en determinada población.

Infección

Implantación y desarrollo de un microorganismo infeccioso en un cuerpo biológico.

Inmunidad

Protección o resistencia a las enfermedades.

Inmunitario

Sistema que defiende el cuerpo contra la infección y la enfermedad.

Inmunocompetente

Capacidad de presentar una respuesta inmunitaria normal.

Inmunodeficiencia

Incapacidad de producir cantidades normales de anticuerpos o células inmunitarias, o ambos.

¹ PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD): *Estrategia de Equidad de Género*. Colombia. 2007- 2008.

Inmunodeficiente

Incapacidad de presentar una respuesta inmunitaria normal debido al deterioro del sistema inmunitario.

Inmunodepresión

Incapacidad del sistema inmunitario de funcionar normalmente. Puede ser provocada por medicamentos (por ejemplo, la quimioterapia) o ser el resultado de ciertas enfermedades (como la infección por el VIH).

Intervención

En medicina, un tratamiento o una acción tomada para prevenir o tratar una enfermedad o para mejorar la salud de otras formas.

Orientación Sexual

Hace referencia a la atracción erótica y afectiva hacia una persona. En la orientación sexual entran en juego la excitabilidad sexual de la persona en relación con otro u otra, sus afectos, sus emociones e ideas de placer y de pareja. Existen tres grandes categorías de orientación sexual: Bisexual (atracción hacia hombres y mujeres), Homosexual (hombres que sienten atracción por hombres, mujeres que sienten atracción por mujeres), Heterosexual (hombres que sienten atracción hacia mujeres y mujeres que sienten atracción hacia hombres).

Pandemia

Brote de una enfermedad infecciosa como el VIH, que afecta a la gente o a los animales en una extensa zona geográfica. Llamada también epidemia mundial.

Pareja Serodiscordante

Pareja sexual que mantiene una relación a largo plazo, en la que una persona tiene una infección de transmisión sexual (como el VIH) y la otra, no.

Parenteral

Cualquier vía de administración, por ejemplo, de un medicamento en el cuerpo, distinta del aparato digestivo. Por ejemplo, las venas (intravenosa), los músculos (intramuscular) o la piel (subcutánea).

Perinatal

Período inmediatamente anterior y posterior al nacimiento.

Personas Trans

Esta categoría se usa para mencionar a las personas que han decidido realizar un tránsito en su identidad de género, no correspondiendo con lo

que se espera según su dotación biológica. (Para mayor información sobre este aspecto diríjase a la guía para Mujeres Trans).

Perspectiva

Lugar ideológico desde donde se posiciona una persona para realizar interpretaciones, explicaciones, intervenciones, entre otras.

Posnatal

Período después del nacimiento (se refiere al recién nacido o nacida).

Prenatal

También conocido como “antenatal”. Es el período comprendido entre la concepción y el comienzo del trabajo de parto.

Prevalencia

El número de casos acumulados de un evento o infección en una población en un momento dado.

Transmisión Perinatal

Transmisión del VIH de una madre infectada a su hija o hijo durante la gestación, el parto y/o la lactancia.

Profilaxis

Tratamiento para evitar la aparición de una enfermedad o infección particular o prevenir recaídas de los síntomas de una infección ya controlada.

Prueba rápida

Tipo de prueba para la detección de anticuerpos del VIH en la sangre que se realiza en menos de 30 minutos con más de 99% de sensibilidad y especificidad.

Prueba Western Blot

Es una técnica de laboratorio que se utiliza para confirmar los resultados de la prueba conocida como ELISA.

Rol

Según la Real Academia Española, se define como el papel o función que alguien o algo cumple; es frecuentemente utilizada esta expresión en el contexto de los estudios feministas y de género para expresar como sinónimo de las tareas asignadas para hombres y mujeres de acuerdo con el sexo de nacimiento “roles de género”.

Sexo

Hace referencia a las características estrictamente biológicas que funda-

mentan diferencias específicas entre hombres y mujeres y que no suelen determinar las conductas.

Sexualidad

Constituye una amplia dimensión de las personas en donde se incluye su manera de ser, actuar y pensar en relación con las demás personas; en esta categoría se hace referencia al reconocimiento de otras, como la identidad de género y la orientación sexual.

Síndrome

Conjunto de síntomas o trastornos que ocurren juntos e indican la presencia de cierta enfermedad o una mayor posibilidad de que se presente.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Enfermedad del sistema inmunitario causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El Sida se caracteriza por dejar el cuerpo vulnerable a afecciones potencialmente mortales.

Sistema patriarcal

Sistema social que tiene su centro en el poder masculino. Define la masculinidad desde el poder, el control, el valor, el dominio de la razón, la posesión del conocimiento, el gobierno de lo público y la independencia individual, que configuran la identidad del varón. En este sistema de valores lo femenino es inferior, y debe supeditarse a la autoridad y mando de quienes lo encarnan.

Virus de la hepatitis B (VHB)

Virus causal de la hepatitis B, inflamación del hígado que puede ocasionar lesión y cáncer de ese órgano. Se propaga por contacto con la sangre de una persona infectada, por medio de las relaciones sexuales, o de la madre al niño durante el parto. Existe una vacuna para prevenir la infección por este virus; adicionalmente la hepatitis B puede tratarse con varios medicamentos.

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Virus que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

BIBLIOGRAFÍA

ACIPRENSA. *Definición del Sida* [documento en línea] <http://www.aciprensa.com/sida/definicion.htm>

ALARCÓN, L., et al. "Pensamiento, lenguaje y comportamiento adolescente". *Psicología y pedagogía*, Revista en línea de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL, año III, n.º 10, Junio, 2002. En <http://www.salvador.edu.ar/psic/ua1-9pub03-10-05.htm>

ANTEZANA, J. Educación en población para jóvenes rurales en América latina [documento en línea] <http://www.fao.org/docrep/X5633S/X5633S00.htm>

Código de Infancia y adolescencia: <http://www.unicef.org.co/Ley/2.htm> y Ley 375 del 4 de Julio de 1997.

CONSEJO LOCAL DE LA JUVENTUD DE VALLADOLID. *Campaña de prevención del Sida; guía para la prevención del VIH para mediadores y mediadoras*, [documento en línea] www.cljv.org/descargas/guia.pdf

COOK, R. DICKENS, B. & FATHALLA, M.; *Salud Reproductiva y Derechos Humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Profamilia, Bogotá, 2005.

DOUGLAS, M., *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Paidós Studio, Barcelona, 1996.

FLOREZ, C. & SOTO, V.: *Fecundidad adolescente y pobreza: diagnóstico y lineamientos de política*. Departamento nacional de planeación, 2007.

Ley 599 de 2000

Ley 1098 de 2006, por la cual se expide el *Código de infancia y adolescencia*.

MARTÍNEZ, J. *Tribus urbanas en nuestra sociedad*, [documento en línea] <http://www.pdf-engine.net/view.php?bt=TITULO-DEL-PROYECTO--Tribus-urbanas--en-nuestra-sociedad--...-&lj=http://www.medellin.edu.co/sites/Educativo/Docentes/feriaexplora/Ciencias%20Sociales%20y%20del%20Comportamiento/Tribus%20urbanas%20en%20nuestra%20sociedad.pdf&k=tribus-urbanas-en-colombia>

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS: *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*, Bogotá, 2009.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Programa de educación para la sexualidad y construcción de ciudadanía*, 2008, [documento en línea]: <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-172105.html>

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Servicios amigables para adolescentes y jóvenes*. 2007, [documento en línea] www.unfpacolombia.org/documentos/modelosamigables2.pdf

MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. *Técnica para la detección temprana de alteraciones del desarrollo del joven* [documento en línea] http://www.hospitalraulorejuelabuenoese.gov.co/soporte_magnetico_de_normas_2009/subdireccion_cientifica/Resolucion_412_de_2000/Normas_Tecnicas/DeteccionTempranadelasAlteracionesdelDesarrollodelJoven-de10a29anos.pdf

ONUSIDA. *HIV/AIDS and young people: hope for tomorrow*. UNAIDS-United Nations Department of Public Information, Switzerland, 2003.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *VIH, adolescentes y jóvenes: la OMS interviene*, [documento en línea] www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-VIH.noviembre.pdf

ONUSIDA, CRUZ ROJA COLOMBIANA, MESA DE ORGANIZACIONES QUE TRABAJAN EN VIH-Sida. *¿Por qué sigue siendo tan difícil sentarme a tu lado? En vez de discriminarme, infórmate*.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, UNICEF, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *La única oportunidad: seguridad humana para el desarrollo de las mujeres y los niños del Perú. Resultados y lecciones aprendidas del proyecto* [documento en línea]

www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/OPS-UNICEF-UNFPA-Seguridad_Humana.pdf

PAPALIA, D.: *Desarrollo humano*, McGraw–Hill, México.

PARKER, R. y AGGLETON,

PROFAMILIA, FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL & USAID: *Encuesta nacional de demografía y salud*, (ENDS), 2010.

SAAD, P., et al. *Juventud y bono demográfico en Iberoamérica*, [documento en línea] http://www.eclac.cl/celade/noticias/documentosdetrabajo/2/37142/OIJ-CELADEBono_dem.pdf

SALAZAR, M. *Adolescentes y sexualidad en América latina y Colombia*. Universidad Pedagógica Nacional [documento en línea] en: www.pedagogica.edu.co/storage/rce/articulos/rce22-23_10infor.pdf, 2004.

SECRETARÍA DE SALUD DE CHAPULTEC MORALES. *Prevención del embarazo no planeado en los adolescentes*, Dirección General de Salud Reproductiva México, D.F. [documento en línea] www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7201.pdf

Taller de formación ONG, Convenio 620-Adición VIH, “mesa de Jóvenes”. 12 al 15 de Octubre de 2010.

Sitios web

CENTRO INTERAMERICANO PARA EL DESARROLLO DEL CONOCIMIENTO Y DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL.

<http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/doc/not/libro22/i.htm>

