

Ministerio de Salud Pública del Ecuador/Programa de
Violencia
Development Connections y ONU Mujeres
Curso virtual “Empoderamiento, VIH y violencia contra las
mujeres”

Informe final

Del 7 de Febrero al 17 de mayo de 2011
Informe elaborado por: Diny Luciano (DVCN)

Mayo de 2011

Tabla de contenido

1. Descripción general del curso	4
1.1. Objetivos	4
1.2. Competencias y perfil de las y los participantes	4
1.3. Enfoque pedagógico	5
1.4. Recursos de aprendizaje	6
2. Módulos: Contenidos, recursos de aprendizaje y temas clave	7
2.1. Marco conceptual sobre los vínculos entre el VIH y la VCM	7
2.2. Prevención	12
2.3. Tratamiento, cuidado y apoyo	18
2.4. Consideraciones sobre poblaciones específicas	28
3. Trabajo final	31
4. Calificaciones	33

Introducción

El VIH y la violencia contra las mujeres (VCM) son dos problemas importantes de desarrollo, Derechos Humanos y salud pública que afectan la vida de millones de mujeres a nivel mundial. Se vinculan a través de distintas vías y comparten una compleja red de determinantes estructurales e intermedios así como consecuencias para las mujeres, las familias y las comunidades. Las especificidades contextuales determinan las formas en que las dos epidemias interactúan y las respuestas sociales y comunitarias para enfrentarlas.

El Ministerio de Salud del Ecuador (MSP), Development Connections (DVCN) y ONU Mujeres aunaron esfuerzos para implementar un curso virtual dirigido al personal del MSP y otras organizaciones, focalizado en desarrollar competencias para integrar adecuadamente las intervenciones institucionales.

Este informe describe el diseño instruccional del curso, los módulos, recursos de aprendizaje y contenidos de cada uno; así como los temas de interés presentados por las y los participantes y en los que reflejan sus experiencias y percepciones sobre los aspectos abordados.

Coordinación del curso

Mercy López - Líder Programa Violencia del MSP. merletlopez@yahoo.com

Av. República del Salvador 36-64 y Suecia. Telf. (593) (2) 3814-400. Quito – Ecuador. Página web: <http://www.msp.gov.ec>

Dinys Luciano (Development Connections/DVCN). lucianod@dvcn.org
1629 K Street NW Suite 300 Washington DC 20006. Tel. (202) 466-0978. Página Web:
www.dvcn.org Comunidad de Prácticas: www.dvcn.aulaweb.org

1. Descripción general del curso

1.1. Objetivos del curso¹

El objetivo general de esta propuesta formativa es desarrollar competencias de los recursos humanos que trabajan en instancias gubernamentales y no gubernamentales para integrar VIH y la violencia contra las mujeres (VCM) en las intervenciones relativas a la prevención, atención y tratamiento, así como para responder a problemas de políticas públicas emergentes relativos a ambos temas.

Objetivos específicos

- a. Analizar las intersecciones entre el VIH y la VCM y la aplicación del enfoque de empoderamiento en el abordaje de ambos problemas.
- b. Examinar las implicaciones estratégicas y prácticas para la integración de intervenciones en prevención, cuidado y tratamiento del VIH y la VCM.
- c. Manejar herramientas para llevar a cabo procesos de integración de intervenciones de VIH y VCM en los niveles institucional e intersectorial.

1.2. Competencias y perfil de los y las participantes

El curso estuvo dirigido a desarrollar conocimientos, habilidades y actitudes sobre el VIH y la VCM que faciliten un desempeño adecuado y oportuno de las y los participantes para integrar intervenciones sobre ambos temas en diversos contextos sociales e institucionales.

Datos sobre el Ecuador

Características generales del país (1)

Población (en miles, 2009) 13.625

Población urbana: 66.3% (2009)

Esperanza de vida al nacer (años): Mujeres (78,3) Hombres (72,4) (2009)

Población urbana de 15 años y mas sin ingresos propios (2007): Mujeres (33.1%) Hombres (9.9%)

Situación del VIH (2009) (2)

Número de personas que viven con el VIH: 37,000 [28,000 - 50,000]

Prevalencia en adultos de entre 15 y 49 años: 0.4% [0.3% - 0.6%]

Personas adultas de al menos 15 años que viven con el VIH: 36,000 [27,000 - 49,000]

Mujeres de al menos 15 años que viven con el VIH: 11,000 [8,400 - 15,000]

Situación de la violencia contra las mujeres (3)

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil (2004), a nivel nacional, un 28 por ciento de mujeres ecuatorianas relataron haber recibido maltrato físico y 25 por ciento reportó que había recibido maltrato psicológico cuando tenían menos de 15 años de edad. El 9.6 por ciento reportó alguna violencia sexual en el transcurso de la vida. El 41 por ciento de mujeres alguna vez casadas o acompañadas reportó que alguna vez en su vida ha recibido maltratos verbales o psicológicos, el 31 por ciento violencia física, y el 12 por ciento violencia sexual por alguna pareja o ex-pareja.

Fuentes: 1) OPS/OMS. Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores básicos 2009. 2) ONUSIDA. Ecuador: ESTIMACIONES SOBRE EL VIH Y EL SIDA (2009).

<http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/ecuador/> 3) Violencia contra la mujer.

http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo06/vio

¹ Esta constituye la sexta edición del curso. Este programa de desarrollo de capacidades para la integración de políticas y programas de VIH y VCM se ha implementado desde el 2007 con participantes a nivel mundial. Mas información sobre el curso en: http://spanish.dvnc.org/content/vih_violencia_contra_mujeres

Las competencias seleccionadas se clasifican en dos: transversales y centrales. Las primeras están incorporadas en cada módulo e incluyen el trabajo en equipo, la ética; y el enfoque de género y empoderamiento. Los aspectos éticos integran consideraciones como el reconocimiento de los derechos de las personas afectadas por el VIH y la VCM; así como de sus implicaciones para el desarrollo humano. También incorpora las responsabilidades y los límites de los recursos humanos involucrados en el desarrollo de políticas y programas; y la necesidad de una revisión permanente de valores personales frente a ambos temas.

Las competencias centrales son tres:

- a. Capacidad para analizar los vínculos entre VIH y VCM y aplicar los principios del enfoque de empoderamiento a intervenciones programáticas y de políticas públicas (leyes, planes nacionales u otros).
- b. Conocimiento de las mejores prácticas en prevención, atención y tratamiento del VIH y la VCM y habilidad para desarrollar propuestas de integración adaptadas a su contexto social e institucional basadas en lecciones aprendidas de dichas prácticas.
- c. Conocimiento sobre las necesidades específicas de distintos grupos de población relativas a las intersecciones sobre VIH y VCM; y capacidad para desarrollar programas y políticas públicas que atiendan a dichas necesidades.

Perfil de participantes

Cantidad: 42

Sexo: Mujeres: 79% (33/42) Hombres: 21% (9/42)

Pertenencia institucional: MSP y ONGs

Provincias: Azuay, Carchi, Esmeraldas, Cotopaxi, Galápagos, Guayaquil, Guayas, Loja, Orellana, Pichincha, Santa Elena y Sucumbios.

1.3. Enfoque pedagógico

El diseño del curso enfatiza en cuatro componentes para asegurar el logro de las competencias establecidas: a) contenidos adaptados a diversas necesidades de formación e intereses, b) recursos de apoyo diversos para que las participantes seleccionen los más congruentes con sus necesidades de formación, c) interactividad a través de distintos espacios como foros y grupos de trabajo; y e) sistema de apoyo tecnológico que facilite la interactividad y el uso de los recursos de aprendizaje. El desarrollo de las actividades previstas intentó responder, en la medida de lo posible, a las necesidades individuales de las y los participantes; y que las experiencias y conocimientos que cada una (o) trae consigo, constituya un recurso de aprendizaje para el resto del grupo. Los foros, las guías de trabajo y el proyecto de intervención (trabajo final) diseñado apuntaron a facilitar el desarrollo del pensamiento creativo, la habilidad

para resolver problemas, la comprensión conceptual, mantenimiento del interés y la articulación entre la teoría y la práctica.

El seguimiento a la participación de las y los participantes se realizó a través de mensajería individual vía correo electrónico y boletines electrónicos al inicio de cada módulo a través de Constant Contact.

1.4. Recursos de aprendizaje

El Aula Virtual incluyó los siguientes recursos:

- a. **Foros:** Fueron conducidos por facilitadoras (es) especialistas en los temas seleccionados.
- b. **Bibliografía básica:** Selección de lecturas que fueron utilizadas como base para sustentar el diálogo.
- c. **Bibliografía complementaria:** Incluye los materiales adicionales de consulta para el desarrollo del trabajo final y apoyo al diálogo en los foros.

Además de los recursos de aprendizaje correspondientes a cada módulo, el Campus Virtual incorporó los siguientes:

- a. **Listserve (listas de envío)** que diseminan documentos, eventos y noticias de interés sobre VIH y VCM, y a los que las y los participantes podrían suscribirse.
- b. **Listado de recursos audiovisuales** sobre VIH y VCM (spots de TV y videos)
- c. **Anuncios públicos (spots de TV):** Anuncios Públicos para Prevenir la Violencia Contra las Mujeres y la Propagación del VIH/SIDA producidos por UNIFEM, el Art Center College of Design en Pasadena, California, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
 - **Un mundo mejor**
 - **Protección**
 - **Todo lo que ella desea**

Todos están disponibles en:

http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=31&lang=spn

En manos de las mujeres –Intercambios. <http://www.alianzaintercombios.org/>

Disponible en

<http://www.youtube.com/watch?v=UIETXHQIic&mode=related&search=>

- d. **Campañas** nacionales e internacionales sobre VIH y VCM.

Video Campaña las mujeres no esperamos. Violencia y SIDA.

Parte 1: <http://www.youtube.com/watch?v=hH3M4SPiwP4>

Parte 2: <http://www.youtube.com/watch?v=eKOrn-Z3dBQ>

e. **Sección de novedades** - Eventos y noticias a nivel mundial.

2. Módulos: Contenidos, recursos de aprendizaje y temas clave

2.1. Módulo 1: Marco conceptual sobre empoderamiento, VIH y violencia contra las mujeres

Facilitadora: Diny Luciano, psicóloga, máster en género y desarrollo y fellow en salud internacional

2.1.1. Presentación del Módulo: La VCM y el VIH constituyen graves problemas de desarrollo y salud pública en América Latina y el Caribe y la evidencia producida en distintas culturas apunta hacia una vinculación entre ambos problemas. Suzane Maman et al (2000) plantearon cuatro posibles vías a través de las cuales se puede analizar la vinculación entre VCM y VIH: a) el sexo forzado, b) la VCM como factor limitante para negociar sexo protegido, c) la violencia en la niñez y su asociación con las conductas sexuales de alto riesgo en la adolescencia y adultez; y d) el VIH como factor desencadenante de VCM. Otr@s autores han abordado la relación entre la VCM y la adherencia al tratamiento antirretroviral. También se ha analizado la contribución de la VCM a la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH enfatizando en: a) la falta de poder en relación con las decisiones sobre las conductas e interacciones sexuales, b) la percepción de riesgo, c) uso de los servicios de prevención y atención, d) el miedo de mujeres embarazadas de utilizar los servicios de prueba y consejería de VIH por temor a la violencia; y por último, e) la conducta sexual de los hombres que ejercen violencia contra la pareja. El factor subyacente en las vinculaciones entre el VIH y la VCM es la falta de poder de las mujeres sobre sus vidas, su salud y sexualidad.

En este foro se analizó la evidencia científica sobre las intersecciones entre el VIH y la VCM, y sus implicaciones para el empoderamiento en la estructura de oportunidades y en la agencia de las mujeres.

2.1.2. Lecturas básicas y conferencia grabada

a. Luciano, Diny. (2009). Integrando políticas y programas de VIH y violencia contra las mujeres. Development Connections y UNIFEM. Washington D.C. **Páginas 5-18**

Disponible en: http://spanish.dvcn.org/uploads/client_76/files/ManualVIHVCMSp.pdf

b. Niza Picasso. Reinterpretando la violencia desde la perspectiva de las mujeres viviendo con el VIH. En: Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Development Connections, UNIFEM, OPS/OMS, CIM/OEA; y Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Washington DC. 2009. **Páginas 17-21.**
Disponible en: http://spanish.dvcn.org/uploads/client_76/files/VIHVCMES09.pdf

c. MariJo Vázquez (Salamander Trust). Conferencia grabada en Elluminate sobre "Violencia contra las mujeres que viven con VIH". Disponible en:
<https://sas.illuminate.com/p.jnlp?psid=2011-02-17.0628.M.2DD2F5468818ACF401D20DDBBA6353.vcr&sid=voffice>

2.1.3. Contenidos²

→ **Determinantes sociales del VIH y la violencia contra las mujeres**

El VIH y la VCM comparten una red compleja de factores estructurales e intermediarios, así como consecuencias personales, sociales y económicas que tienen como base común las desigualdades de género, articuladas con otras fuentes de discriminación como la etnia, la edad, la educación, el estatus socioeconómico, la zona de residencia, la orientación sexual, entre otras. Estos condicionantes se combinan entre sí a través de múltiples vías y en diversos contextos, acrecentando la vulnerabilidad y los riesgos de las mujeres frente a ambos problemas. (Luciano, Dinys; 2009).

- **Factores intermediarios**

Los factores intermediarios son aquellos a través de los cuales se tornan operativas las consideraciones de género en los distintos niveles sociales e incluyen las leyes, normas, valores y prácticas, niveles diferenciados de exposición a riesgos y vulnerabilidades, sesgos en los sistemas de atención y en la investigación sobre ambos temas.

- Leyes, normas, valores y prácticas relacionadas con el VIH y la VCM
- Exposición, riesgos y vulnerabilidades frente al VIH y la violencia
- Sesgos en los sistemas de atención (salud, justicia u otros)
- Sesgos en la investigación sobre VIH y VCM. (Luciano, Dinys; 2009).

- **Consecuencias sociales, económicas y de salud**

² Tomados de la bibliografía básica provista por la facilitadora y autora del material. Luciano, Dinys. (2009). Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres. Development Connections y UNIFEM. Washington DC.

- El VIH tiene un severo impacto en las personas viviendo con el virus, sus cuidadores, las familias y las comunidades, al tiempo que aumenta la demanda de servicios sociales, reduce la productividad y aumenta los niveles de dependencia. (Luciano, Dinys; 2009).
- Las consecuencias del VIH en las mujeres se han producido a ritmos diferenciados, aunque con elementos comunes como deterioro en las condiciones de salud, aumento de la exclusión social que se manifiesta a través de la reducción de la interacción social con familiares y vecinos, compañeros de trabajo, amigos, falta de acceso a recursos como vivienda, uso de medios de transporte, pérdida de negocios y medios de vida, y baja autoestima.³ (Luciano, Dinys; 2009).

Temas de interés para las y los participantes – Intercambio en el foro

- El rol de los factores culturales en un país multiétnico como el Ecuador.
- Los determinantes sociales como el nivel socioeconómico, la pertenencia étnica, la edad, residencia urbano/rural, influyen en las formas en que el VIH y la VCM se vinculan.
- Las políticas estatales deben ser reforzadas para eliminar las desigualdades de género y enfrentar de manera articulada las causas y consecuencias del VIH y la VCM. Las mujeres enfrentan obstáculos para protegerse frente a ambas epidemias debido a la existencia de marcos jurídicos discriminatorios e inadecuadas respuestas sectoriales (salud, policía, justicia, etc.)
- Las normas de género prevalecientes en las familias y comunidades refuerzan los riesgos y vulnerabilidades de las mujeres frente al VIH y la VCM.
- En el ámbito laboral persisten prácticas discriminatorias contra las personas viviendo con VIH.
- En el Ecuador se registra una alta incidencia de relaciones sexuales no consensuadas que coloca a las mujeres en riesgo frente al VIH.
- La respuesta integral al VIH y la VCM debe incluir: i) Movilización de líderes en todos los niveles, ii) aumentar la base de evidencia científica y producir datos que muestren los vínculos entre ambas problemáticas, iii) educación a nivel comunitario sobre el VIH y la VCM, incluyendo el marco jurídico, iv) protección integral, v) transformación de patrones socioculturales.
- Importancia de relacionar el VIH y la VCM con otros problemas de salud sexual y reproductiva.
- Rol de las familias, las organizaciones religiosas, las comunidades en el reforzamiento de los factores asociados al VIH y la VCM.

³ ICRW. Disentangling HIV and AIDS Stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia. Washington D.C. 2003.

→ Instrumentos internacionales sobre VIH y VCM

De manera creciente, diversas organizaciones a nivel mundial y en las Américas reconocen la necesidad de articular políticas y programas de VIH y violencia contra las mujeres y/o temas conexos a través de declaraciones, llamados a la acción y planes regionales que sustentan los procesos integración en los niveles regional, nacional y local. Los más relevantes son:

- Llamado a la Acción en la Planificación familiar y VIH/SIDA para Mujeres y Niños. disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/glion_cal_to_action.pdf
- Llamado al Compromiso de Nueva York: Vínculo del VIH/SIDA y la Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/pdfs/pub_pdfs/nyctc_en.pdf
- Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006 – 2015 de la OPS/OMS. OPS/OMS. 2005. Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2006-2015. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/HIV_Regional_Plan_2006-2015_SPANISH.pdf
- Declaración de San Salvador sobre Género, Violencia y VIH/SIDA de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM). CIM/OEA. 2007. Declaración de San Salvador sobre Género, Violencia y VIH/SIDA. <http://www.oas.org/cim/VII%20Asamblea%20Extraordinaria%20de%20Delegadas/CIM-DEC.4.esp.doc>

Temas de interés para las y los participantes – Intercambio en el foro

- La Constitución Ecuatoriana está basada en principios de aplicación de derechos, y la promoción de la igualdad y no discriminación para todos (as) las y los ecuatorianos sin distinción personal o colectiva.
- Otras leyes y reglamentos a nivel país son necesarios para viabilizar la ejecución de las políticas pública sobre VIH y VCM.
- Muchos de los decisores de políticas públicas no conocen o no tienen muy claro la importancia de los compromisos internacionales. Éstos en algunas ocasiones, no se utilizan a la hora de definir e implementar los programas para enfrentar estas problemáticas específicas. La adopción de instrumentos internacionales sobre VIH y VCM requiere del compromiso de todos los sectores involucrados.

→ **Empoderamiento, VIH y VCM**⁴

Dado que los vínculos entre el VIH y la VCM están basados fundamentalmente en el desequilibrio de poder, las políticas y programas que aborden estas intersecciones deben aplicar un enfoque de empoderamiento, basado en la promoción de los derechos humanos y la equidad de género, que permita enfrentar ambas epidemias mediante acciones dirigidas a incrementar *“La expansión de los bienes y capacidades de las personas de participar, negociar, influir, controlar y mantener procesos de rendición de cuentas en las instituciones que afectan sus vidas.”*⁵ Desde la perspectiva de género implica generar cambios en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, entendiendo el poder como el acceso, uso y control de recursos tanto físicos como ideológicos, en una relación social. Margaret Schuler (1997) define el empoderamiento como *“un proceso mediante el cual las mujeres incrementan su capacidad de configurar sus propias vidas y su entorno, una evolución en la concientización de las mujeres sobre sí mismas, en su estatus y en su eficacia en las interacciones sociales.”*⁶

⁴ Basado en: Luciano, Diny. Explorando las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. http://spanish.dvcn.org/uploads/client_76/files/InterseccionesVIHVCM2.pdf

⁵ Narayan, Deepa. 2004. Conceptual framework and methodological challenges. In *“Measuring empowerment: Cross-disciplinary perspectives*. Edited by Deepa Narayan. The World Bank. Washington DC.

⁶ De León, Magdalena. 1997. Poder y empoderamiento de las mujeres. Bogotá. *Región y Sociedad*, Vol.XI No. 18. 1999. http://lanic.utexas.edu/project/etext/colson/18/18_8.pdf

Temas de interés para las y los participantes – Intercambio en el foro

Oportunidades para promover el empoderamiento de las mujeres

- Respaldo político de autoridades locales en las provincias, ONGs y el MSP.
- Leyes aprobadas en el Ecuador que promueven la igualdad de género.
- Existencia de las Clínicas de SIDA y Salas de Primera Acogida para Víctimas de Violencia impulsadas por el MSP.
- Organización consolidada de las mujeres, de las trabajadoras sexuales, de las PVVS.

Barreras al empoderamiento de las mujeres

- Discriminación de género aunada a otros trazadores de exclusión como la pertenencia étnica, edad, estatus socioeconómico, etc.
- Estigma asociado al VIH y la VCM y que limita el acceso a información y servicios, medidas de prevención.
- Dependencia emocional y económica en que viven las mujeres.
- Persistencia de educación desde el hogar basadas en normas de género.
- Falta de sensibilidad de algunas autoridades.

2.2. Módulo 2: Prevención del VIH y la violencia contra las mujeres

Facilitadora: Diny Luciano, psicóloga, máster en género y desarrollo y fellow en salud internacional

2.2.1. Presentación del Módulo: Según el ONUSIDA (2006), el crecimiento constante de la epidemia de VIH se sustenta, más que en las deficiencias de las estrategias de prevención, en la incapacidad para aplicar los instrumentos altamente eficaces de que se dispone con miras a contener la propagación del VIH. La prevención del VIH no había llegado a la mayoría de las personas expuestas a un elevado riesgo de contraer el virus debido a que muchos de los responsables de formular políticas e intervenciones se niegan a poner en marcha medidas cuya eficacia ha quedado demostrada. Por su parte, las estrategias de prevención de la VCM han enfatizado en cambios importantes en el nivel de conocimiento sobre el problema, cuestionamiento de normas de género que la sustentan, modificación del marco legal y el uso por parte de las víctimas sobrevivientes de los servicios de atención existentes. A pesar de estos avances, la VCM sigue siendo una práctica ampliamente aceptada en muchas sociedades, particularmente cuando se trata de preservar los roles de género tradicionalmente asignados a las mujeres.

Tradicionalmente en muchos países, las intervenciones dirigidas a enfrentar el VIH y la VCM han enfatizado en los aspectos de atención y la inversión de recursos financieros, humanos y técnicos en estrategias de prevención primaria ha sido exigua. Aunque los vínculos entre el VIH y la VCM han sido paulatinamente reconocidos por las organizaciones que trabajan sobre ambos problemas, contamos con muy pocas experiencias de prevención primaria en América Latina que consideren estos vínculos. El enfoque de salud pública constituye una herramienta clave para diseñar programas exitosos de prevención ya que asume que los distintos niveles de prevención (primario, secundario y terciario) están íntimamente conectados y se refuerzan mutuamente; y por lo tanto deben ser articulados en cualquier estrategia de prevención. Por ejemplo, sabemos que el diagnóstico precoz del VIH y la VCM pueden ayudar a detener el ciclo de la violencia y ofrecer la atención necesaria frente a ambos problemas, como los tratamientos para evitar la muerte o paliar sus efectos pueden evitar nuevas infecciones de VIH y nuevos casos de violencia. Un elemento que me gustaría enfatizar que, aunque muchos de los esfuerzos para prevenir el VIH y la VCM se centran en diseminar información para aumentar el nivel de conocimiento sobre qué es el problema en cuestión (VIH o VCM), donde buscar ayuda, qué hacer para “evitarlo”; estas fallan en abordar las causas que hacen que estas dos epidemias existan. Tal como ha sido reiterado por varios estudios, el conocimiento no es condición suficiente para producir cambios de comportamientos sostenibles ni en los factores determinantes.

2.2.2. Lecturas básicas y enlaces a mejores prácticas en prevención del VIH y la VCM

a. Luciano, Diny. (2009). Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres. Development Connections y UNIFEM. Washington DC. **Páginas 32-36** Disponible en: http://spanish.dvcn.org/uploads/client_76/files/ManualVIHVCMSp.pdf

b. ONU Mujeres. Promover la prevención primaria. Disponible en: <http://www.endvawnow.org/es/articles/318-promoting-primary-prevention-.html>

Disponible en: http://spanish.dvcn.org/uploads/client_76/files/ManualVIHVCMSp.pdf

Buenas prácticas

- "Somos Diferentes, Somos Iguales" (Nicaragua). La evaluación de SDSI esta disponible en: http://www.puntos.org.ni/sidoc/descargas/marketing/materiales/investigaciones/evaluacion_impacto_SDSI.pdf
- Intervención con microfinanciamiento para el SIDA y la igualdad entre los sexos", en la provincia de Limpopo (Sudáfrica). http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1184-stopviolence_es.pdf

- Stepping Stones ("Escalones"). de: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1184-stopviolence_es.pdf
- Programa H: Involucrando a los hombres jóvenes en la promoción de la igualdad de género y la salud. http://www.promundo.org.br/wp-content/uploads/2011/01/OPAS_ESPAHOLweb.pdf

2.2.3. Contenidos⁷

→ **Prevención del VIH en las mujeres**

Las opciones de prevención del VIH para las mujeres son todavía muy limitadas. Una estrategia integral de prevención del VIH en las mujeres requiere incorporar diversas estrategias que aborden factores estructurales, intervenciones biomédicas (condones femeninos y masculinos, microbicidas, tratamiento antirretroviral para el VIH y antirretroviral para las ITS), cambios de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el VIH/ITS, el empoderamiento de las mujeres y la eliminación de la VCM, el fortalecimiento de la justicia social y el ejercicio de los derechos humanos. (Luciano, Dinys; 2009)

→ **Prevención de la VCM:** las estrategias de prevención pueden ser más eficaces si son de carácter multinivel, incorporando intervenciones en los niveles individual, interpersonal y comunitario para cambiar pautas culturales, a la vez que se mejoran las leyes que sancionan la violencia, protegen a las mujeres y aumentan su acceso a la justicia. Igualmente eficaces pueden ser los programas centrados en el empoderamiento de las mujeres, la oferta de servicios para prevenir nuevos episodios de violencia y reparar los daños producidos por experiencias previas de violencia, así como la dotación de recursos de seguridad y apoyo para las víctimas.⁸ (Luciano, Dinys; 2009)

⁷ Tomados de la bibliografía básica provista por la facilitadora y autora del material. Luciano, Dinys. (2009). Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres. Development Connections y UNIFEM. Washington DC.

⁸ Hyman, I., Guruge, S., Stewart, D., and Ahmad, F. Primary Prevention of Violence against Women. Jacobs Institute of Women's Health. Women's Health Issues Vol.10 No. 6 November/December 2000.

Temas de interés para las y los participantes – Intercambio en el foro

Factores de riesgos que exponen las mujeres al VIH y la violencia

- Inadecuada información y/o bajo acceso a la información disponible sobre ambos problemas.
- Falta de sensibilización social y comunitaria sobre los derechos de las mujeres.
- Vulnerabilidad social de las niñas y mujeres por las normas de género predominantes.
- Desprotección social (falta de recursos de seguridad y de apoyo para las víctimas). Ineficiencia legal al abuso sexual (falta de acceso a la justicia). Falta de seguimiento y respuesta inmediata a las denuncias presentadas.
- Estigmatización y la revictimización de la afectada.
- Miedo a realizarse la prueba del VIH o sus parejas le prohíben que se la realicen.

Factores protectores

- Las leyes dictadas, las agrupaciones de las mujeres, el Consejo Nacional de las Mujeres para defender los Derechos de la mujeres y los Derechos Humanos, y además las políticas de Estado para la erradicación de la Violencia de Género.
- Algunas iniciativas están produciendo cambios en los niveles de sensibilización y actitudes con respecto a la violencia y el VIH entre los profesionales de la salud.

Potenciales intervenciones para prevenir la VCM y el VIH de manera integrada en distintos niveles

- **Nivel sectorial:** Articulación de los Planes Nacionales de Erradicación de la Violencia hacia Mujeres NNA y del Programa Nacional de Prevención y Atención en VIH vigentes.
- **Nivel comunitario:** Intervenciones de prevención primaria que apunten a incidir en los patrones socio-culturales que incrementan la vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH y a la VCM. Esta estrategia (prevención selectiva) de intervención en VIH y violencia deben tener un enfoque estructural que incidan para el cambio de los factores determinantes (políticos, sociales y económicos), pero que también incida en los cambios de comportamientos sociales e individuales que son los que reducen las vulnerabilidades frente a estas problemáticas.

→ **Buenas prácticas en prevención de la VCM y el VIH**

- **Programa H: Involucrando a los hombres jóvenes en la promoción de la igualdad de género y la salud.** La piedra angular del Programa H es un conjunto de actividades educativas en grupo, diseñadas para ser llevado a cabo con personas del mismo sexo, y generalmente con facilitadores de sexo masculino que puede servir como modelo de equidad de género. Las actividades se basan en un manual, e incluyen juegos de rol, intercambio de ideas, y otros ejercicios de participación para ayudar a los hombres jóvenes a reflexionar sobre cómo los niños y los hombres son socializados, para considerar los aspectos positivos y negativos de esta socialización, y de ponderar los beneficios de cambiar ciertos comportamientos. El manual incluye actividades sobre la salud sexual y reproductiva, prevención de la violencia, paternidad y cuidado familiar y el VIH y el sida, entre otras cuestiones conexas.
- **"Somos Diferentes, Somos Iguales".** Es una estrategia de comunicación para el cambio social, cuyo objetivo es prevenir futuras infecciones por VIH en Nicaragua mediante acciones con medios de comunicación masiva que incluyen programas de entretenimiento educativo, fortalecimiento de la capacidad local y el desarrollo de vínculos, coordinación y alianzas dentro de las comunidades. La estrategia SDSI se ejecutó entre 2002 y 2005, y se centró en el abordaje de los temas sociales y culturales que crean barreras para la prevención del VIH. Las actividades de intervención del proyecto se diseñaron para que se reforzaran entre sí e incluyeron: una telenovela social a nivel nacional, un programa radial nocturno de llamadas para jóvenes, la elaboración y distribución de materiales metodológicos para su uso por parte de grupos locales y varias actividades basadas en la comunidad, como talleres de capacitación para jóvenes involucrados en trabajo de comunicación, campamentos de liderazgo juvenil y coordinación con organizaciones locales sin fines de lucro y con proveedores de servicios sociales y de salud. La serie televisiva semanal Sexto Sentido fue el componente mayor de la estrategia y se transmitió no sólo en Nicaragua, sino también en Costa Rica, Guatemala, Honduras, México, y Estados Unidos.
- **Stepping Stones ("Escalones")** llevados a cabo en 29 países –principalmente de África, pero cada vez con mayor presencia en Asia y Europa– han contribuido a reducir la aceptación y la prevalencia de la violencia y a promover el debate y la sensibilización sobre el VIH. A través del cambio de actitudes y comportamientos relacionados con la violencia contra las mujeres y mediante la lucha contra el estigma y la discriminación en la comunidad, estos programas trabajan con el fin de reducir la vulnerabilidad de las mujeres al VIH.

- **IMAGE. La Intervención con microfinanciamiento para el SIDA y la igualdad entre los sexos**, en la provincia de Limpopo (Sudáfrica), imparte formación sobre violencia y prevención del VIH en sus programas de microfinanciamiento para las mujeres de entornos rurales. El objetivo es proporcionar pequeños créditos a las mujeres para que puedan abrir un negocio y obtener una mayor independencia económica. Combinando esto con enseñanza sobre prevención del VIH, el programa dota a las mujeres de capacidad para oponerse a la violencia, mantenerse alejadas del VIH y cambiar la forma en que son percibidas por sus familias y sus comunidades.

Temas de interés para las y los participantes – Intercambio en el foro

- Las estrategias de prevención con adolescentes han utilizado medios de comunicación como series televisivas, novelas, etc. y muestran ser una excelente herramienta de ejecución. Es muy importante trabajar con jóvenes creando espacios de información, juego de roles; e integrando a varones ya sean niños o adolescente a espacios de reflexión y aprendizaje.
- Aunque existen hombres generadores de violencia también hay otros con ideas nuevas que van a aportar de manera significativa a la equidad de género. La igualdad de género se construye conjuntamente entre mujeres y hombres.
- Las estrategias de prevención analizadas muestran intervenciones integrales para luchar contra el VIH y la VCM. La prevención basada en el cambio de roles y estereotipos es realmente válida, ya que solo cuando hombre y mujeres seamos sujetos de derechos en igualdad de condiciones empezaremos a poner fin a la violencia. La posibilidad de brindar a las mujeres opciones de financiamiento a fin de que logren independencia económica es fundamental ya que es bien sabido que la falta de autonomía financiera hace que las mujeres no puedan salir del ciclo de la violencia.

2.3. Módulo 3: Atención y tratamiento al VIH y la VCM

2.3.1. Prueba de VIH, consejería, transmisión perinatal del VIH y la violencia contra las mujeres

Facilitadora: Dinys Luciano, psicóloga, máster en género y desarrollo y fellow en salud internacional

2.3.1.1. Presentación del Módulo: Los programas de Prevención de la Transmisión del VIH Madre-Hij@ (PTMH) deben incorporar estrategias de detección, primeros auxilios, atención y referencia para mujeres sobrevivientes de violencia. Estudios realizados en África y Asia muestran que las mujeres que han experimentado violencia tienen mayor riesgo de infectarse con el VIH. Según los resultados del estudio de la OMS sobre violencia contra las mujeres y salud (2005), entre las mujeres que habían estado embarazadas al menos una vez, el 8 por ciento en São Paulo y el 11 por ciento de Pernambuco afirmaron haber sufrido violencia física durante un embarazo. Cerca de la mitad de las mujeres de ambos lugares también habían sido golpeadas antes del embarazo, y un tercio de ellas afirmó que la situación empeoró durante el embarazo. En este sentido, es necesario abordar los problemas y riesgos de informar el resultado de la prueba a la pareja, esposo o compañero. Asimismo, se debe tomar en consideración que si la prueba de VIH se hace obligatoria durante atención prenatal, habrá mujeres que no querrán asistir a estos servicios. Estudios han encontrado que un porcentaje de mujeres no le cuentan a su pareja que han tenido la prueba por temor a la violencia. Se ha observado en varios países, que si la embarazada resulta positiva, en casos en que el esposo o compañero no se testeó o no le informó a la mujer el resultado positivo del testeó, éste tiene una reacción violenta hacia la mujer, acusándola de infidelidad y de traer el VIH a la pareja y la familia. Esta situación también trae como consecuencia que el resto de la familia margine y discrimine a la embarazada que vive con el VIH.

2.3.1.2. Lecturas básicas

a. Luciano, Dinys. (2009). Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres. Development Connections y UNIFEM. Washington DC. **Páginas 36-46**. Disponible en: http://spanish.dvcn.org/uploads/client_76/files/ManualVIHVCMSP.pdf

b. OPS/OMS. Validación de la Guía de Género para la Prueba y Consejería de la OMS. Páginas 3-8. Disponible en: <http://www.ops-oms.org/English/ad/ge/Outline-GuiaOMS-Feb06.pdf>

Bibliografía recomendada (No obligatoria)

a. Center for Reproductive Rights, Mujeres Embarazadas que viven con VIH/SIDA: ¿Cómo proteger los derechos humanos en los programas para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo?, 2006. http://www.reproductiverights.org/pdf/pub_bp_PMCT_span.pdf

b. The Well Project. El VIH y la revelación del status serológico.

http://www.thewellproject.org/es_US/Womens_Center/HIV_and_Disclosure.jsp;jsessionid=Fv2bX0n1v6GW1nD9328wlhY1lmbkhv9TF1LxwYjFbJpHv1XP7Dgh!845820185

c. FHI. 2005. Herramientas para PVC.

<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/erxkvod3zwktt5ktjoagmqp77xieh6cjyolva2wqbmudp5jyxrku6kgi75v23xk6sbyp6kyjg34n/ManualdePVC1.pdf>

d. "Normalizando el testeo, normalizando el SIDA" por E. Cameron, Revista DeSIDAmos, Año XIV, N°1, Julio 2006.

http://www.feim.org.ar/pdf/Desidamos_anoXIV_n1_julio2006.pdf

2.3.1.3. Contenidos⁹

- **Prueba de VIH, Consejería y VCM:** La OMS (2003) ha señalado que la notificación a la pareja sexual sobre los resultados de la prueba de VIH puede producir un aumento en las conductas preventivas, incluyendo el uso del condón. Información proveniente de varios países indica que, además de que la violencia actúa como una barrera al acceso, también limita que las mujeres notifiquen los resultados de la prueba de VIH a sus parejas. La OMS (2003) indica que la tasa de notificación de resultados de la prueba a las parejas sexuales entre mujeres en países desarrollados es en promedio del 71%, mientras que en países en vías de desarrollo es el 52%. Entre las barreras a la notificación del estado serológico se encuentran el miedo al abandono, al rechazo o a la discriminación, miedo a la violencia, miedo de enfadar a la familia y temor a ser acusada de infidelidad.¹⁰ Dada la magnitud de las diversas formas de VCM, la indagación sobre estas experiencias en los servicios de consejería previa y posterior a la prueba puede ser un medio idóneo para dar el apoyo que necesitan. El estigma social que rodea la violencia y el VIH hace que muchas mujeres rechacen hablar de estos temas o no sepan cómo y dónde buscar ayuda. (Luciano, Dinys; 2009).
- **La VCM y la prevención de la transmisión del VIH madre-Hij@:** La violencia es un tema de crucial importancia para los programas de prevención de la transmisión perinatal, en tanto puede constituir una barrera de acceso a los servicios y puede también producir resultados que afecten la salud y el bienestar de la madre y el feto. La violencia durante el embarazo afecta a una importante proporción de mujeres a nivel mundial. Algunos estudios indican que la violencia o el miedo a la misma pueden impedir que las mujeres

⁹ Tomados de la bibliografía básica provista por la facilitadora y autora del material. Luciano, Dinys. (2009). Integrando programas y servicios de VIH y violencia contra las mujeres. Development Connections y UNIFEM. Washington DC.

¹⁰ WHO. 2003. Gender Dimensions of HIV Disclosure to Sexual Partners: Rates Barriers and Outcomes. Geneve.

accedan a la prueba de VIH y/o al condón en los servicios de atención prenatal. Las intervenciones de prevención de la transmisión perinatal pueden constituir oportunidades para abordar el tema de la violencia, particularmente en intervenciones como la consejería, actividades de apoyo a la reducción del estigma y la discriminación en la comunidad, nutrición y atención postnatal. (Luciano, Dinys; 2009).

Temas de interés para las y los participantes – Intercambio en el foro

¿Cuáles son los componentes prioritarios sobre violencia contra las mujeres que deben ser integrados en los programas de prueba y consejería de VIH?

- Detección de casos de VCM – experiencias actuales y pasadas.
- Examen conjuntamente con la usuaria de sus conocimientos, creencias y actitudes sobre el VIH y la VCM.
- Aspectos psicosociales de la consejería.
- Empoderamiento a las usuarias para exigir a los servidores de servicios de salud la integración y aplicación de las normas y protocolos de los dos programas, teniendo siempre en cuenta el proceso de control y seguimiento de los resultados.
- Abordar la prueba como instrumento de prevención del VIH.
- Intervención multidisciplinaria.
- Capacitación a los servidores de servicios de salud sobre la consejería desde la perspectiva de género y prevención de la VCM.
- Concientización y sensibilización de las autoridades de los centros de atención donde se ejecutan las pruebas de VIH... La prueba de VIH sin consejería y sin evaluación de riesgo puede ser catastrófica.

¿Qué aspectos relativos a la violencia contra las mujeres deberían ser incorporados en los programas de prevención de la transmisión madre-hij@?

- Información sobre la VCM (riesgos, causas y consecuencias) y recursos existentes.
- Seguimientos de casos para evitar complicaciones de riesgos en los prenatales.
- Información sobre la planificación familiar, negociación de sexo seguro para evitar embarazos no deseados y riesgo de abortos.
- Evaluar su estado nutricional y la relación con la VIH y VCM.
- Atender las necesidades de embarazos producto de violencia sexual, prevención de ITS, VIH y la transmisión perinatal.
- Promover la integración de la pareja en la salud materna, el uso de condón como medio de doble protección.
- Acciones sobre salud materna, VIH y VCM en los diferentes: niveles, individual, interpersonal y comunitario. Acciones dirigidas a cambiar los patrones culturales.
- Acciones dirigidas a que los servicios de salud evalúen y corrijan las acciones discriminatorias y atentatorias a los derechos de las mujeres.
- Sensibilización a los familiares y la comunidad.
- Gratuidad y oportunidad de la atención al VIH y la VCM en mujeres embarazadas aseguradas.

2.3.2. Profilaxis post exposición en casos de violencia sexual

Facilitador: Carlos Chuluyan, Médico infectólogo del Hospital Alvarez de la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

2.3.2.1. Presentación del tema¹¹: La violencia contra la integridad sexual es un fenómeno que no diferencia edades, culturas, estratos sociales o sexos. Las víctimas de dichos delitos, no sólo se ven afectadas en el aspecto físico y psicológico, sino que también se afecta a quienes las rodean: familia y amigos. Es por esto que la víctima de violación debe ser asistida en programas de tratamiento y asesoramiento, en un contexto integrado en que se reconozcan los traumas físicos, psíquicos y sociales. El abordaje de la problemática requiere el accionar de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario que atienda los aspectos médicos, psicológicos, sociales y jurídicos. La profilaxis post exposición ocupacional (PPENO), ha sido recomendada y es utilizada en la actualidad.

La PPENO es sólo uno de los aspectos de la asistencia a las víctimas de violencia sexual. Sin embargo, en los casos de PPENO, no existen datos definitivos que avalen la efectividad de los esquemas antirretrovirales ya que los resultados de la PPENO, no podrían ser extrapolables por las diferentes situaciones a que se ven expuestos los pacientes (Ej: posibilidad de acceso precoz a la medicación y conocimiento de la fuente).

2.3.2.2. Lectura básica: [Juan Carlos Chuluyan. PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL \(PPENO\)](#)

2.3.2.3. Contenidos: Conductas infectológicas frente a una víctima de violencia sexual: i) Asesoramiento Recomendar el uso de métodos de barrera para los contactos sexuales durante el período de seguimiento, ii) Solicitar consentimiento informado sobre todos los procedimientos a realizar, iii) Indicar estudios para descartar embarazo, iv) Profilaxis de ETS, v) Inmunizaciones.

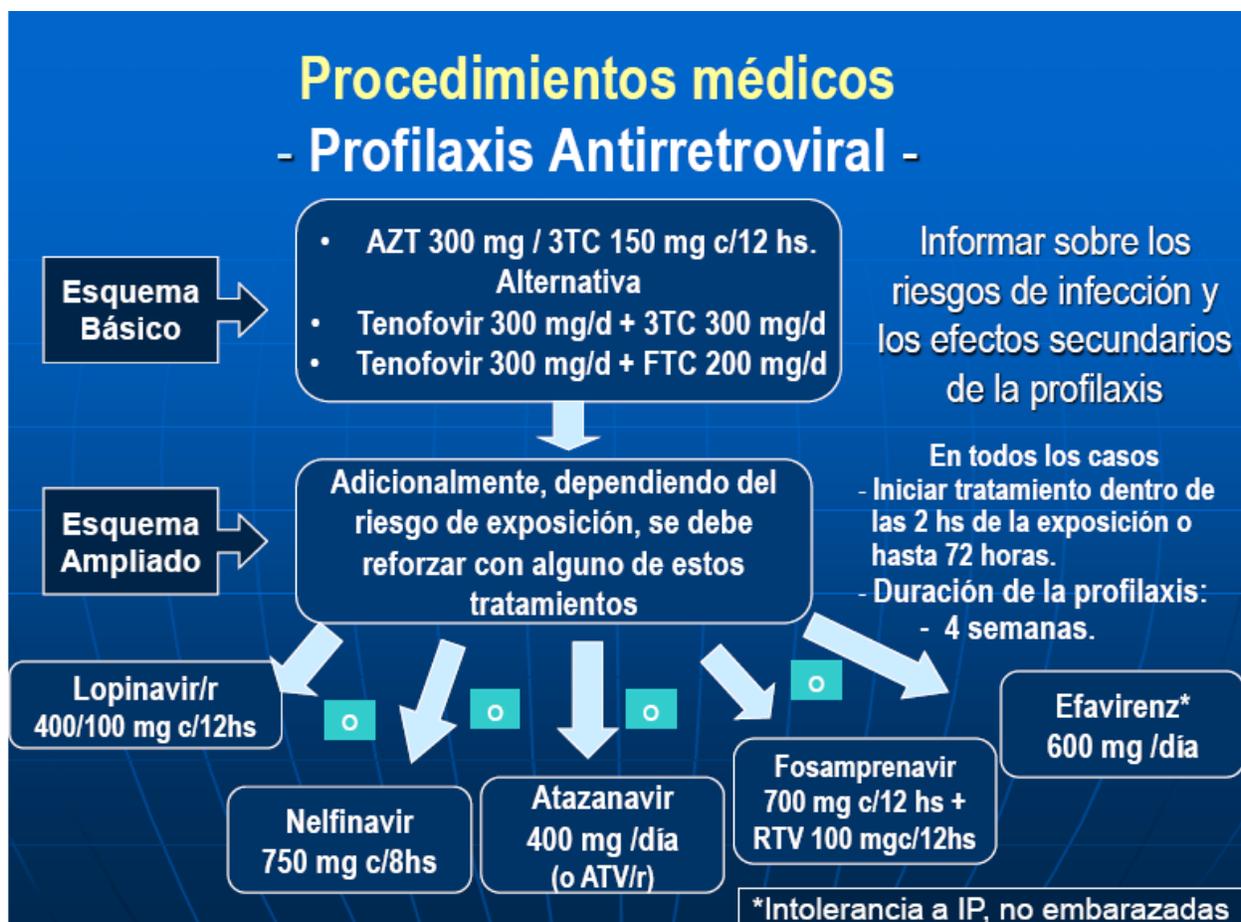
En relación con el VIH: explicar cuáles son los factores que influyen en la potencial eficacia de la PPENO, la probabilidad que la fuente sea VIH positiva. Posibilidad de transmisión, depende de varios factores:

- Uso de preservativos: El riesgo es 20 veces mayor sin preservativo
- Tratamiento antirretroviral

¹¹ Tomado del facilitador y autor de la lectura básica: [Juan Carlos Chuluyan. PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN NO OCUPACIONAL \(PPENO\)](#)

Cada reducción de 10log en la carga viral reduce la probabilidad de transmisión en 2,5 veces. Con cargas virales < 50 copias/ml el riesgo de transmisión es muy bajo, pero no se elimina. En la infección aguda, donde la carga viral es alta, el riesgo es mayor.

- Si hubo penetración y/o eyaculación
- Relación traumática, que provoca laceraciones y heridas que aumentan la posibilidad de contagio.
- Intervalo de tiempo entre la exposición y el comienzo de la terapia y duración de la misma. La recomendación es iniciar la PPENO lo antes posible y no tendría indicación en personas que llegan a la consulta luego de las 72 hs. La duración del tratamiento es de 28 días.



Temas de interés para las y los participantes – Intercambio en el foro

Adherencia al tratamiento post exposición en casos de violencia sexual

- Es necesario desarrollar actividades de capacitación sobre violencia y VIH integrada y con un equipo multidisciplinario, la difusión de los mecanismos a seguir que debe de realizar el usuario (a) y enfatizando la profilaxis como medio para la prevención del VIH/ITS y embarazos no deseados.
- Uno de los elementos clave para asegurar la adherencia es la comunicación con el/la paciente, explicándole la importancia de cada una de las conductas médicas. El tiempo destinado al/la paciente es muy importante ya que muchas veces por todas las actividades que realizamos en forma simultánea, no le dedicamos al paciente todo el tiempo que requiere. No sabemos escucharlos y pensamos que sólo con un interrogatorio dirigido es suficiente para conocer toda su vida y sus necesidades. Es importante adecuar el tratamiento al paciente y no el paciente al tratamiento.
- El consentimiento informado es mucho más que un papel legal. El consentimiento informado, es el ámbito propicio para comenzar a establecer un contacto estrecho con la paciente. La relación médico (incluyendo a todo el personal de equipo)/paciente es la base la adherencia. Saber que siempre van a tener alguien que las (os) escucha y las (os) ayuda a caminar a lo largo de todo el seguimiento.
- La adherencia implica varios factores que influyen en la/el paciente, no solamente depende de él/ella sino de su entorno familiar y sociedad. Todavía se sigue estigmatizando al/la paciente con VIH. Muchas veces es la/el propio paciente que se aísla porque no se le ha explicado claramente lo que es convivir con VIH.
- El estigma y discriminación que sienten las víctimas de violencia sexual o inclusive las personas que sufren accidentes laborales en los hospitales (PPEO) está asociado a: i) la falta de información, o información distorsionada sobre el VIH, ii) al rechazo social, familiar inclusive laboral al verse expuesta y peor aun de saberse si a sido infectada o no de VIH o alguna ITS, lo cual lleva a callar durante incluso años al abuso sufrido. Por eso es tan importante que los mensajes de prevención de la violencia sexual estén complementados también con información sobre VIH. Un trabajo en prevención y educación que se debe realizar con equidad de género, tanto en comunidades urbanas como en sectores rurales.

2.3.3. Autocuidado de prestadoras (es) de servicios de VIH y VCM

Facilitadora: Teresa Ojeda Parra, psicóloga con maestría en sexualidad humana.
Encargada de Monitoreo y Evaluación de Care. Perú.

2.3.3.1. Presentación del tema: Este foro ha sido pensado para reflexionar acerca de la importancia de vuestra labor como cuidadores (as) de otros (as) que acuden a sus servicios buscando atención, sea en relación al VIH y/o eventos de violencia. Esta enorme responsabilidad constituye uno de los grandes esfuerzos para enfrentar la VCM y el VIH. Y sea cual fuere la atención brindada (asistencia de emergencia, consulta médica, psicológica, evaluación de riesgos, orientación, referencia, asistencia social, etc.), es importante reconocer que el desempeño de sus funciones implica, además, experiencias adicionales como:

- Escuchar historias gráficas pero a la vez crueles de violencia.
- Escuchar relatos dolorosos referidos a VIH/SIDA que lindan entre la vida y la muerte.
- Convertirse en testigos/as indirectos/as de tragedias y traumas ajenos.
- Guardar confidencialidad / silencio sobre cada caso atendido.
- Silenciar y/o bloquear la expresión de los propios sentimientos y emociones.
- Sentir sobrecarga emocional, temores e inseguridad.
- Evocar y/o remover las propias experiencias referidas a violencia y/o VIH/SIDA.
- Reconocerse vulnerable ante la violencia y/o VIH/SIDA y temer que algo similar le ocurra a sí mismo/a y/o a sus familiares.
- Conservar y evocar imágenes dolorosas y crueles de gran impacto.
- Sentir impotencia por ser testigo/a de acontecimientos traumáticos que no se pueden detener y/o sentir culpar por creer que no está haciendo lo suficiente.
- Tener sobrecarga de trabajo y brindar la atención en espacios poco apropiados.

Estas situaciones van generando un estado de tensión que puede ir repercutiendo en el bienestar general y en la atención brindada.

2.3.3.2. Lectura básica: Teresa Ojeda Parra (2011). El autocuidado y su importancia en la integración de programas de VIH y violencia contra la mujer. Development Connections. Washington D.C.

[http://spanish.dvcn.org/uploads/client_76/files/Autocuidado%20\(T_%20Ojeda,%202011\).pdf](http://spanish.dvcn.org/uploads/client_76/files/Autocuidado%20(T_%20Ojeda,%202011).pdf)

Lecturas complementarias (No obligatorias)

a. Claramunt, Ma. Cecilia. *Ayudándonos para ayudar a otros: Guía para el autocuidado de quienes trabajan en el campo de la violencia intrafamiliar*. OPS. San José, Costa Rica, 1999. Disponible en la web: <

http://www.nodo50.org/mujeresred/violencia_guia_autocuidado.doc >

b. Torres, Carmen *¿Estrés o burnout?* Agenda Salud Nº 24, 2001. Disponible en la web:

< <http://www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm#> >

c. Arón, A.M. y Llanos, M.T. (2004) Cuidar a los que cuidan: Desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas Familiares*, año 20- n°1-2, p 5-15. Disponible en la web: < http://www.buentrato.cl/pdf/est_inv/desgas/dpa_aron2.pdf >

d. MacDonald, Jessica (2004) *Salud mental y violencia intrafamiliar. Ruptura con el paradigma tradicional de salud mental y propuesta de autocuidado para las personas que atienden situaciones de violencia intrafamiliar*. Ministerio de Salud de Costa Rica – Organización Panamericana de la Salud – Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. San José, Costa Rica, Diciembre 2004. Disponible en la web: < <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/Saludmental.pdf> >

2.3.3.3. Contenidos¹²

- **Implicancias de la labor de prestatario (a) que atiende a personas afectadas por violencia y VIH:** Dentro de la dinámica de atención que los y las cuidadores (as) enfrentan constantemente situaciones –internas y/o externas- que les originan estados elevados de tensión (10, 14, 15, 16) Si estas condiciones se producen continuamente, pueden ocasionar serias repercusiones en su salud, indistintamente si experimentan/ron o no, episodios referidos a violencia y/o VIH. Ser testigos (as) de estas serias consecuencias de las personas afectadas por violencia y/o VIH, y más allá de sentirse vulnerables frente a ambas pandemias y enfrentar prolongados estados de tensión, muy probablemente va a conllevar a que los y las cuidadores (as) desarrollen formas de repercusión en su propia salud, como: el síndrome de *burnout*, la traumatización vicaria (TV), y/o la movilización de las propias experiencias referidas a violencia y/o VIH. (11, 12, 13, 14, 17, 18). **Síndrome de *burnout***¹³: es la “reducción de la respuesta funcional del organismo a las demandas de la vida cotidiana como consecuencia de usar toda nuestra energía, aún la de reserva, sin conservar la necesaria para nosotros (as) mismos (as) Es una respuesta crónica a la tensión emocional constante y no la reacción a una crisis ocasional.” (12)

El *burnout* viene a ser la consecuencia de eventos estresantes de índole laboral que disponen al individuo a padecerlo (Garcés de los Fayos, s/f, citado por 38); este aspecto es medular en la definición del *burnout* dado que se refiere al **rol específico de atención al/la otro (a) que sufre**. (19) El *burnout* se desarrolla cuando existe una persistencia crónica de

¹² Tomado de la facilitadora y autora del texto: **Teresa Ojeda Parra (2011)**. El autocuidado y su importancia en la integración de programas de VIH y violencia contra la mujer. Development Connections. Washington D.C.

¹³ En la literatura revisada se ha encontrado que como equivalentes al término *burnout* se utilizaron las siguientes denominaciones: *quemado*, *síndrome de quemarse por el trabajo*, *síndrome de estar quemado*, *desgaste profesional*, *síndrome de agotamiento profesional*, *estrés crónico*, *estado de extenuación emocional*, entre otros.

la situación estresante y el organismo tiene escasa o ninguna posibilidad de recuperarse, llegando a desgastar su capacidad para seguir funcionando adecuadamente (20, 21); es decir, su sistema inmunológico se debilita y su vulnerabilidad biológica se incrementa, lo que conlleva a que su predisposición a la enfermedad sea mayor y, por ende, su salud está en mayor riesgo. (12, 22, 23)

- **Fases del burnout**

a. Agotamiento emocional: surge al fracasar frente al intento de cambiar las situaciones que le originan estrés. Se presenta desgaste emocional, agotamiento, fatiga, irritabilidad, pérdida de energía y del disfrute de las tareas, insatisfacción laboral.

b. Despersonalización o deshumanización: parte medular del *burnout*; se origina en el fracaso ocurrido en la fase anterior. La persona busca protegerse frente a la indefensión, impotencia y desesperanza emocional. Se presenta distanciamiento afectivo, estados de depresión, actitudes negativas, insensibilidad, trato impersonal e indiferente hacia los/as demás (incluidos los/as usuarios/as, familiares, compañeros/as de trabajo, etc.).

c. Abandono de la realización personal: La persona autoevalúa negativamente su propio trabajo, siente que ha perdido el significado y valor que tenía; aparecen sentimientos de fracaso, inadecuación e insatisfacción respecto a sus logros, llegando a apartarse de actividades familiares, sociales y recreativas.

Dado que el síndrome de *burnout* se instala progresivamente en la persona (Maslach y Jackson, 1982, citadas por 24; Garcés de los Fayos, s/f, citado por 25; 22), es posible que sea tratado oportunamente. No tomar las precauciones apropiadas puede desencadenar la aparición de depresión, lo que estaría facilitando que el *burnout* continúe instalándose. (20)

Temas de interés para las y los participantes – Intercambio en el foro

- En ocasiones los proveedores de salud nos podemos sentir impotentes, ansiosos y / o frustrados cuando manejamos estas situaciones, tener un sentido, una tendencia natural a distanciarse emocionalmente de estas pacientes o bien a culpar a la víctima logrando así revictimizar a la/el paciente.
- **Factores relacionados con el burnout en la atención a la VCM y el VIH:** i) Desgaste emocional a causa de la atención cotidiana a víctimas y afectados por ambos problemas, ii) Estado de estrés permanente, iii) Falta de apoyo y contención emocional, iv) Desarrollo de patrones disfuncionales en su conducta a causa del manejo cotidiano de la primera crisis del evento traumático de las víctimas y PVVS con que les toca lidiar, v) Sentimiento de frustración, como producto de la creencia de poder mejorar y controlar todas las problemáticas atendidas, vi) Recursos psicológicos deficientes, vii) Sobrecarga laboral, viii) Incapacidad de reconocer sus emociones y de expresarlas, ix) Inadecuada resolución de contratransferencias en la labor realizada con las usuarias, x) Revictimización por parte de l@s prestatarios-as a las usuarias, a través de actitudes de compasión o rechazo abierto; y xi) Deficiencia en los niveles de comunicación interna y externa (institucional e interinstitucional).
- Promocionar el autocuidado nos ayudará a estar bien con nosotros mismos y poder desarrollar nuestras labores en un medio armónico y saludable.
- Es necesario recalcar la responsabilidad de instituciones públicas y el Estado en el cuidado y protección de los prestadores (as) (ámbito de bioseguridad y salud laboral). Incorporar consideraciones éticas y derechos humanos e integrar medidas legales para preservar la seguridad de los prestadores (as) (ámbito de justicia y seguridad).

2.4. Módulo 4: Consideraciones sobre poblaciones específicas

Facilitadora: Jenny López, Psicóloga especialista en consejería y adicciones con estudios de maestría en violencia familiar de la Universidad de Barcelona. Su experiencia laboral de 13 años se ha enfocado en el trabajo con mujeres y niñas migrantes víctimas de violencia de género en Estados Unidos y recientemente en España. Actualmente hace parte del equipo de investigación sobre la Calidad de vida de la Universidad de Girona.

2.4.1. Lecturas básicas

a. Las múltiples caras de las intersecciones entre el VIH y la violencia contra las mujeres. Development Connections, UNIFEM, OPS/OMS, CIM/OEA; y Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Washington DC. 2009. **Páginas 25-44 y 47-52.** Disponible en: http://spanish.dvcn.org/uploads/client_76/files/VIHVCMES09.pdf

b. Migrantes: páginas 60-64

<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/7/31407/Niunamas.pdf> Y

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/pressrelease/2011/20110121_UNAIDSIOMp_es.pdf

c. Trabajadoras sexuales: páginas 7-9 <http://www.redtralsex.org.ar/carpeta-espanol.pdf>

2.4.2. Contenidos

- **Adolescentes:** A nivel mundial, los y las adolescentes y jóvenes representan casi una cuarta parte de todas las personas que viven con VIH y la mitad de todos los nuevos casosⁱ. Según datos del ONUSIDA, el aumento del VIH es aún mayor entre las niñas y las adolescentes, y las mujeres jóvenes constituyen aproximadamente el 60% de todas las personas entre 15 y 24 años que viven con VIH. Las jóvenes tienen 1.6 veces más probabilidades de infectarse que los hombres de su misma edad. La evidencia disponible indica que la edad es un determinante social de la transmisión del VIH en mujeres en todas las regiones del mundo. Las intersecciones entre violencia y VIH en niñas y adolescentes son múltiples. En todo el mundo las niñas y adolescentes son víctimas de violencia sexual, violencia familiar, violencia durante el noviazgo, trata y explotación sexual, violaciones en conflictos armados, así como de prácticas culturales nocivas como la mutilación genital, que aumentan su vulnerabilidad al virus. Debido a su condición de mujeres y jóvenes, sus voces no son escuchadas, sufriendo los efectos de una doble discriminación que amenaza sus vidas. (Florencia Aranda. Intersecciones entre el VIH y la violencia contra las adolescentes y jóvenes. DVCN. 2009)

- **Migrantes:** Las mujeres constituyen el 49.6 % de los inmigrantes mundiales, según el reporte de la ONU del 2005.¹⁴ Generalmente enfrentan una doble discriminación, como inmigrantes y como mujeres. La vulnerabilidad de la mujer inmigrante la expone a múltiples abusos y maltratos de tipo físico y psicológico, así mismo tiene más riesgo de contraer el VIH o de ser discriminada si ya es VIH positiva. Los riesgos a los que se exponen las mujeres inmigrantes, asociados con el vínculo entre violencia contra la mujer (VCM) y VIH, se ven reflejados en el tráfico y la explotación sexual (prostitución), en los campamentos de refugiados donde los más fuertes se aprovechan de las circunstancias, en las cárceles de los servicios de inmigración donde se discrimina e ignoran las necesidades del inmigrante, en los cruces de fronteras, donde los traficantes toman ventaja del deseo de las mujeres por buscar una mejor vida, en los sitios de trabajo donde jefes acosan sexualmente a las empleadas inmigrantes, amenazándolas con deportarlas y en las relaciones con ciudadanos de los países de destino, en donde las mujeres se vuelven víctimas de la violencia, a cambio de obtener un estatus legal. (Jenny López. LA MIGRACION MUNDIAL Y SU IMPACTO SOBRE EL VIH Y LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. DVCN, 2008)
- **Trabajadoras sexuales:** Sufren violencia institucional por parte de la policía y de las distintas instituciones del Estado, desde el poder judicial hasta el sistema de salud. Violan sus derechos a la identidad cuando las nombran de manera que se sienten excluidas, y cuando los gobiernos las discriminan y estigmatizan, sin reconocerles sus derechos. (REDTraSex)
- **Indígenas y afrodescendientes:** Las mujeres indígenas enfrentan diversas formas de violencia en la familia, las comunidades y en su interacción con otras poblaciones. Debido a las condiciones de pobreza que enfrentan las comunidades indígenas, muchas mujeres se insertan en el mercado laboral en oficios que están expuestas a la violencia. Según Survival International (2007), la epidemia del VIH se está extendiendo en las comunidades indígenas a nivel mundial. “El empobrecimiento, la discriminación de género, étnica y racial incrementan los riesgos de miles y miles de mujeres que no tienen acceso a una educación y a una salud de calidad que incorpore una estrategia para la prevención y tratamiento del VIH.”¹⁵

¹⁴ “Estimados globales de las Naciones Unidas” Reporte de tendencias en inmigración. Naciones Unidas. Nueva York. 2005

¹⁵ Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales(FLACSO).2003 Encuentro Regional de Mujeres Líderes. Los Desafíos del Desarrollo y la Integración desde la perspectiva de las mujeres. 25-26 y 27 de Abril 2003. Disponible en: [www.flacso.or.cr/fileadmin/documento/FLACSO/ARCHIVOS_FLACSO/Encuentro_Mujeres/La Etnicidad desde la acci n Regional Alta Hooker.doc](http://www.flacso.or.cr/fileadmin/documento/FLACSO/ARCHIVOS_FLACSO/Encuentro_Mujeres/La_Etnicidad_desde_la_acci_n_Regional_Alta_Hooker.doc)

Temas de interés para las y los participantes – Intercambio en el foro

- Las múltiples desigualdades que viven determinados grupos sociales, considerados vulnerables, hacen que las personas estén expuestas a enfrentar problemas como la violencia y aunque no sea de manera exclusiva para este grupo, la falta de recursos económicos, su situación legal y su escasa educación hacen que muchas de las veces se crea erróneamente que no tienen el poder de alzar su voz de protesta y romper con un círculo de violencia.
- En cuanto a las mujeres indígenas, de lo poco que conozco me llama mucho la atención las relaciones hombre mujer dentro de la sociedad conyugal. La mujer indígena cuando se casa para ser totalmente dependiente de su esposo en todos los aspectos y durante toda su vida, el hombre ejerce autoridad y control directo sobre ella. La violencia física, psicológico y sexual en todas las manifestaciones es parte de la vida diaria y de su cultura.
- Además, la mujer indígena o cualquier otra mujer que migra a las ciudades en busca de trabajo, tiene miedo a enfrentarse con otro mundo, con otra gente, con otras costumbres, su autoestima baja, sin formación académica, sin familia, etc. La sociedad en general la discrimina, la explota, la veja, siendo objeto de abusos sexuales poniéndola en riesgo de infectarse de ITS, VIH, además su condición de migrante la vuelve vulnerable ante cualquier agresión, por no saber el idioma de las autoridades, están indocumentadas, sin una red de apoyo, sin atención jurídica.
- En diversas situaciones y lugares las mujeres indígenas y afroamericanas han recibido un trato discriminatorio por ser de otra cultura étnica y social, por su bajo o nulo conocimiento académico y sus escasas posibilidades económicas. Aunque en los últimos años se ha dado apertura a su participación en muchos espacios legal, político, educativo etc., la falta de conocimiento ha hecho que aún tengan que vivir situaciones penosas de violencia física o verbal que conlleva a diferentes secuelas de por vida.
- Los programas de apoyo a las trabajadoras sexuales deben incorporar: i) Fortalecimiento de su organización, ii) Reconocimiento y defensa de sus derechos, de su familia y de sus compañeras, iii) Espacios para hacerse escuchar, proponer y participar, iv) Acceso a la seguridad, justicia y protección, v) Acceso a atención integral de salud, vi) Cuidado y valoración de su vida y de las demás, v) Espacios formativos y productivos alternativos, vi) Real preocupación y acción de gobernantes, autoridades sanitarias, educativas, laborales, de justicia, otras y representantes de la sociedad civil.
- Algunos de los obstáculos para que algunos jóvenes no tengan todavía acceso a una adecuada educación sexual en los colegios, es que no existen verdaderas políticas de Estado, para la exigibilidad de los mismos o si lo hay no se cumplen. Es muy común en las adolescentes tener relaciones sexuales, se protegen solo cuando su pareja lo hace, es decir utiliza el preservativo, ya que ellas no deciden eso.

3. Proyecto de intervención - Trabajo final

Como parte del proceso de aprendizaje colaborativo, el curso incluyó el desarrollo de un proyecto de intervención que pudiese ser implementado, una vez concluido el curso.

Al/la participante se le ofreció la opción de seleccionar una de las cuatro alternativas que se presentan a continuación:

- i) **Desarrollo de una propuesta de integración de programas o servicios de VIH y VCM.**
Los pasos a implementar serían los siguientes:
 - a. Seleccionar un programa, área de trabajo o intervención dentro de una organización para desarrollar una propuesta de integración de VIH y VCM.
 - b. Realizar un análisis de necesidades y evaluar las implicaciones estratégicas y prácticas en caso de que acciones sobre VIH y VCM se integran en el programa, área de trabajo o intervención seleccionado/a.
 - c. Elaborar una propuesta de integración que incluya: descripción de situación y contexto, objetivos, población meta, actividades, monitoreo y evaluación; y presupuesto.

- ii) **Diseño de políticas públicas (leyes, planes y/o programas nacionales o regionales).**
Puede seleccionar una política pública sobre VIH y/o VCM y proponer los componentes clave para su rediseño: bases técnicas y conceptuales, medidas específicas, sistema de monitoreo y mecanismos para su implementación

- iii) **Gestión del conocimiento.** Puede desarrollar una de las siguientes propuestas:
 - a. Elaborar un protocolo de investigación en una población específica, considera como prioritaria en un país o área geográfica determinada.
 - b. Realizar un análisis de la evidencia científica producida en el país que reside, que se relacione con los aspectos a través de los cuales se vinculan el VIH y la VCM.
 - c. Elaborar una propuesta de indicadores clave para la vigilancia de las intersecciones entre VIH y VCM en fuentes de información continua (registros administrativos) o por intervalos regulares (encuestas demográficas y de salud, encuestas de hogares, encuestas de violencia contra la mujer u otras).

- iv) **Desarrollo de recursos humanos.** Puede desarrollar una propuesta de un programa de formación de recursos humanos o de un programa de autocuidado para recursos humanos que trabajan en VIH y VCM.

Las/os participantes podían proponer otras opciones/temas para su trabajo final.

Los proyectos de intervención elaborados a la fecha son los siguientes:

1. Tatiana Ortiz Tarria, Anabel Arévalo, Virginia Mariví Crespo. Desarrollo DESARROLLO DE UNA PROPUESTA DE INTEGRACIÓN DE VIH Y VCM EN EL AREA DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES, NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES DEL CENTRO ECUATORIANO DE PROMOCIÓN Y ACCIÓN DE LA MUJER-CEPAM GUAYAQUIL.
2. Silvia Hidalgo Satín. “Integración de los Programas VIH/SIDA y VCM para la Atención y Prevención de las mujeres Usuarias del Área de Salud 3, de la ciudad de Loja”
3. Eva Cevallos Reyna, Nidia Vargas Ludeña, y Edward Fernández. Promoción y Protección de la Salud Mental de los Equipos de Salud que trabajan en Salas de Primera Acogida de VCM y Clínicas del SIDA, de 4 unidades hospitalarias del MSP, en la ciudad de Guayaquil.
4. Patricia Argudo. Reducción del alto índice de violencia contra la mujer en la parroquia San Juan del cantón Gualaceo provincia del Azuay.
5. Lourdes Avelino. CENTRO DE ATENCION A MUJERES LUCHADORAS.
6. Carmen Abad. Adolescentes, VIH y VCM.
7. Alicia Hurtado, Martha Montoya y Miriam Alvarado. INTEGRACION EN ATENCION Y PREVENCIÓN DE VCM y VIH EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE TRANSMISION PERINATAL.
8. FERNANDA COELLO y DANIELA SOLÓRZANO. Promoción de factores protectores frente al VIH y la VCM en niñas y niños
9. Luz América Toaquiza y Elsa Carrión Vargas. PROYECTO PARA LA INTEGRACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA CONSEJERÍA EN VIH Y VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES, EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VIH/SIDA E ITS, DEL CENTRO DE SALUD DE SAQUISILÍ, DEL NIVEL UNO DE ATENCIÓN PRIMARIA.
10. Jessica Torres Caicedo. Autocuidado del personal de salud que trabaja en VIH y VCM
11. Amparo Garzón. Atención diferenciada a pacientes víctimas de violencia y VIH, en la Consulta Externa y Emergencia del Hospital Provincial General de Latacunga, con prioridad a las emigrantes de las áreas rurales hacia la ciudad.

4. Calificaciones

La matrícula del curso fue de 42 participantes, establecida a partir de cantidad de participantes que se integran en el primer módulo. El 45% (19/42) aprobó el curso con excelencia, es decir, obtuvo 90 puntos o más, el 19% (8/42) tiene pendiente el trabajo final o una tarea de un módulo; y el 36% (15/42) no completó el curso. Esta tasa de deserción se ubica dentro del rango esperable ya que en cursos virtuales la misma fluctúa entre un 20-50%. (Karen Frankola)¹⁶

En el siguiente cuadro se presenta la lista de participantes y calificación obtenida.

Nombre(s) y Apellido (s)	Calificación
1. Alberto Guillermo Delgado Guerrero	95- Aprobado con excelencia
2. Juan Pablo Masón Ávila	Incompleto -Trabajo final pendiente
3. María Fernanda Coello Nieto	96 – Aprobado con excelencia
4. Daniela Janneth Solórzano Vicuña	97 – Aprobado con excelencia
5. Alicia Hurtado Cárdenas	95- Aprobado con excelencia
6. Martha Montoya Romero.	93- Aprobado con excelencia
7. Patricia Argudo Rivadeneira.	94 – Aprobado con excelencia
8. Carmen Guadalupe Abad Alvarado	96 – Aprobado con excelencia
9. Marian Alvarado	98 – Aprobado con excelencia
10. Mayra Alexandra Chuga Cadena	Incompleto
11. Amparo de las Mercedes Garzón López	95 – Aprobado con excelencia
12. Pablo Navarrete	Incompleto
13. Luz América Toaquiza Toapanta	90- Aprobado con excelencia
14. Elsa Lucila Carrión Vargas	97 – Aprobado con excelencia

¹⁶ Karen Frankola. Why Online Learners Drop Out?

http://www.kfrankola.com/Documents/Why%20online%20learners%20drop%20out_Workforce.pdf

15. Esther Eugenia Ibarra Simisterra	Incompleto – Trabajo final pendiente
16. Tatiana Naveda Jinez	Incompleto
17. Elena Muela Ronquillo	Incompleto
18. Anabel Arévalo	Incompleto – Realizó Trabajo final, tareas de 2 módulos aun pendientes.
19. Eva Cevallos	98 – Aprobado con excelencia
20. Silvia Hidalgo Santín	Incompleto- Trabajo final pendiente
21. Jorge Yaruqui	Incompleto
22. Ángel Andagana Alulima	Incompleto – Proyecto de intervención pendiente
23. Mercedes Trejo Márquez	Incompleto – Trabajo final pendiente
24. Jessica Torres Caicedo	96 – Aprobado con excelencia
25. Silvana Gordòn	Incompleto- Trabajo final pendiente
26. Rafael Marcos Chau Soque	Incompleto
27. Silvia Maritza Montenegro Parrales	84 - Aprobado
28. Lourdes Avelino Tomalà	92 – Aprobado con excelencia
29. Angela Ubaldina Yance Tosalema	Incompleto
30. Edward Fernández Ligua	94 – Aprobado con excelencia
31. Tatiana Isabel Ortiz Tarira	98 – Aprobado con excelencia
32. Virginia Mariví Crespo	85- Aprobado
33. Vilma Consuelo Pilco Laguna	Incompleto
34. Franklin Pinto Villamarin	Incompleto – Trabajo final pendiente
35. Ana Teresa Robalino Ibarra	Incompleto
36. Nidia Mercedes Vargas Ludena	97- Aprobado con excelencia
37. Bélgica Vásquez	Incompleto
38. Vilma Consuelo Pilco Laguna	Incompleto
39. Nicolás Jaramillo Campusano	Incompleto
40. Mayra Chuga Cadema	Incompleto
41. Karla García	Incompleto
42. Verónica Vizcaino Aldas	Incompleto
