

Guía de Orientación para la Promoción de la Salud en la Prevención del VIH en hombres Gay, otros HSH, personas Trans y Trabajadoras Sexuales a través de agentes comunitarios.

Módulo 1

Trazando la Cancha para el trabajo con Promotores-as

Corporación Kimirina
CRAT-Centro Regional de Asistencia
Técnica para Latinoamérica
Vía Libre International HIV/AIDS Alliance
2013



Guía de Orientación para la Promoción de la Salud en la Prevención del VIH en poblaciones PEMAR (Gays, bisexuales, HSH, Trans femeninas y Mujeres Trabajadoras Sexuales)

Trazando la cancha para el trabajo con promotores

REVISIÓN TÉCNICA

Corporación Kimirina

Amira Herdoiza – Directora Ejecutiva

León Sierra – Director Adjunto

María Elena Acosta – Directora Programática

Consuelo Herrera – Coordinadora R9FM

**Centro Regional de Asistencia Técnica – CRAT
Vía Libre – International HIV/AIDS Alliance
14-2013 CRAT-VL**

Miguel Martínez Aponte – Coordinador

COMPILACIÓN, ADAPTACIÓN Y REDACCIÓN

Orlando Montoya Herrera - Consultor

ILLUSTRACIÓN

Roger Icaza

ADAPTACIÓN GRÁFICA Y DIAGRAMACIÓN

Julio Guevara

Noviembre 2013

Quito, Ecuador



Guía de Orientación para la Promoción de la Salud en la Prevención del VIH en poblaciones PEMAR (Gays, bisexuales, HSH, Trans femeninas y Mujeres Trabajadoras Sexuales)

Módulo 1

Trazando la Cancha para el trabajo con
Promotores-as

Corporación Kimirina
CRAT-Centro Regional de Asistencia Técnica para
Latinoamérica
Vía Libre International HIV/AIDS Alliance
2013

ABREVIATURAS UTILIZADAS

ARV	Antirretrovirales
CEPAR	Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social
CRAT	Centro Regional de Asistencia Técnica
CC	Cambio de comportamiento
EM	Entrevista Motivacional
HGB	Hombres gay y bisexuales
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
HaM	Hombre a Mujer
TF	Trans femininas
MTS	Mujeres Trabajadoras Sexuales
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
ONUSIDA	Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el SIDA
PEMAR	Población en mayor riesgo
PEP	Promotores Educadores de Pares
PVH	Persona Viviendo con VIH
R9FM	Ronda 9 del Fondo Mundial
REDTRASEX	Red de Trabajadoras Sexuales
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TSM	Trabajadores Sexuales Masculinos
USFQ	Universidad San Francisco de Quito



CONTENIDOS

Abreviaturas utilizadas	4
SECCIÓN I	7
1.1. Introducción	7
1.2. Antecedentes y Justificación de la guía de directrices	8
SECCIÓN II	8
¿QUIENES SON LAS POBLACIONES EN MAYOR RIESGO Y CUÁL ES SU SITUACIÓN FRENTE AL VIH e ITS?	8
2.1. ¿Quiénes son los HGB/HSB?	8
a) Determinantes sociales y Riesgo Sexual	9
b) Determinantes sociales y género	10
c) Situación epidemiológica frente al VIH e ITS	11
2.2. ¿Quiénes son las Trans femeninas (H-a-M)	12
a) Determinantes sociales y de género	14
b) Situación epidemiológica frente al VIH e ITS	14
2.3. ¿Quiénes son las Mujeres Trabajadoras Sexuales?	15
a) Determinantes sociales y de género	16
b) Situación epidemiológica frente al VIH e ITS	17
SECCIÓN III	18
a) Fines de la Guía de Orientación	18
b) Objetivos de la Guía de Orientación	18
c) Resultados Esperados	18
3.1. Base conceptual y metodológica para el trabajo con PEMAR	18
a) Fundamentos	18
b) Armando la Estrategia de Cambio de Comportamiento	22
c) Proceso paso-a-paso del desarrollo de estrategias de cambio de comportamiento	22
d) Ejemplo de formulación de las estrategias de cambio de comportamiento	24
3.2. La promoción de comportamientos saludables	24
3.3. La educación entre iguales o pares	25
3.4. Utilización de varios modelos para la educación entre iguales (pares) y la prevención del VIH en HSB, TF y MTS	27
Resumen	31
SECCIÓN IV	31
4.1. PUNTO DE PARTIDA	31
a) La evaluación de necesidades	31
b) El trazado de los objetivos	32
c) De la teoría a la práctica en la aplicación de las teorías y enfoques metodológicos de cambio de conducta por la organización	32

4.2. PROMOTORES-AS EDUCADORES-AS DE PARES (PEP)	33
a) Algunos Criterios de Selección para los-as PEP	33
b) Elementos claves para la capacitación de los-as promotores-as	33
c) Aspectos a considerar antes de la capacitación de los-as PEP del Programa de Prevención	35
d) ¿Cómo determinar si los-as PEP tienen los conocimientos y aptitudes para el desarrollo de su trabajo? – Evaluación y seguimiento	36
e) Funciones básicas de los-as promotores-as educadores de pares (PEP)	36
f) Algunas actividades que los-as PEP en sus tareas de alcance a pares/iguales pueden implementar	36
g) El campo de las intervenciones de los-as PEP en la promoción de los comportamientos claves	37
4.3. Categorías de las intervenciones de prevención	38
SECCIÓN V	38
5.1 INTERVENCIONES INNOVADORAS PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH EN HGB/HSH y TRANS FEMENINAS (TF)	38
a) Uso de Incentivos	38
b) Elementos básicos de la intervención	39
c) ¿Cómo se monitorea y evalúa la intervención basada en incentivos?	40
d) La entrevista motivacional (EM)	40
e) Elementos claves de la intervención en la EM	40
f) Etapas de cambio y tareas del-la educador-a de Pares[PEP]	41
g) Entrevistas Individuales (EXPLORAR)	42
h) Explorar busca los siguientes objetivos	42
i) La intervención se sustenta en:	42
j) Intervención, Líderes de Opinión Popular (LOP)	42
k) Elementos del LOP	42
l) EMPOWERMENT / El Proyecto de Apoderamiento	43
SECCIÓN VI	44
6.1 EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN	42
a) ¿Qué herramientas utilizar para el monitoreo y la evaluación?	43
b) La recolección y análisis de los datos	46
SECCIÓN VII	46
7.1. ASPECTOS BÁSICOS DE LA INFECCIÓN POR EL VIH QUE EL-LA PROMOTOR-A DEBE MANEJAR	46
7.2. Conocimientos de refuerzo o ideas fuerza complementarias de apropiación y manejo por parte de los-as PEP:	50
SECCIÓN VIII	51
RECURSOS	51
GLOSARIO	80
BIBLIOGRAFÍA	83

SECCIÓN I

1.1. Introducción

La presente guía tiene como propósito brindar algunas directrices, desde el Receptor Principal del Proyecto Ronda 9 del Fondo Mundial para los sub-receptores de la Sociedad Civil en el Ecuador, en aras de orientar a las organizaciones en la implementación del conjunto de actividades comunitarias de alcance a iguales, basado en el modelo de Comunicación para el Cambio de Comportamiento, el mismo que combina una diversidad de experiencias de trabajo y con ello alinear metodológicamente el proceso de la intervención con poblaciones altamente expuestas a la infección por el VIH como son las poblaciones de hombres gay, bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres (HGB/HSH), trans femeninas (TF) y mujeres trabajadoras sexuales (MTS), subpoblaciones consideradas como prioritarias y poblaciones clave de la intervención.

Desde los primeros años de trabajo con poblaciones HGB/HSH, TF y MTS, se ha observado que las intervenciones educativas-preventivas operan a distintos niveles, según sus propias metodologías y bajo circunstancias específicas, procesos que emergieron desde la misma movilización de las comunidades afectadas desde el inicio de la epidemia del VIH y que interactúan sinérgicamente, como son: la provisión de información, la facilitación de destrezas y habilidades individuales, las intervenciones socio-culturales y la transformación social¹, elementos claves que son abordados desde el modelo de la Comunicación para el cambio de comportamiento.

La educación entre pares a través de promotores comunitarios, es una de las líneas de acción que se considera como una de las herramientas claves en la prevención del VIH en las acciones de promoción del autocuidado de la salud lo que exige además de la capacitación que los agentes comunitarios como promotores y/o animadores, un compromiso personal relacionado a un aprendizaje auto-gestionado y a la transmisión del conocimiento de manera individual y en ocasiones grupal, se encuentren debidamente fortalecidos para un trabajo planificado orientado al alcance de aquellas poblaciones de difícil acceso como son algunos sectores de la población de HSH que no se autoidentifican como tales ni tienen interés de forma parte de tejidos asociativos de índole comunitaria o social.

La presente guía de Orientación se pone a disposición de las organizaciones sub-receptoras que implementarán el trabajo de campo basado en la ampliación de la cobertura con subpoblaciones de HGB/HSH, TF y MTS, incluye la base conceptual y términos que permitirán el desarrollo de un trabajo articulado entre los diversos sub receptores y actores institucionales bajo un modelo de intervención flexible para con ello promover el cambio de comportamiento hacia el auto-cuidado de la salud con relación al VIH y las ITS, la prevención, el diagnóstico oportuno del VIH así como a su tratamiento, así como también el monitoreo y la evaluación de las intervenciones ejecutadas.

¹ Cáceres, et al. SIDA y Sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción – Perspectivas y Reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. UPCH/ONUSIDA, 2002; 143



1.2. Antecedentes y Justificación de la guía de directrices

La propuesta Fase II del Proyecto VIH/SIDA Novena Ronda del Fondo Mundial componente Sociedad Civil se sustenta esencialmente en la ampliación de la cobertura y focalizada en el componente de las poblaciones en mayor riesgo –PEMAR- como son los hombres gay/bisexuales, hombres que tienen sexo con hombres, Trans Femeninas, Mujeres Trabajadoras Sexuales y Personas viviendo con VIH, siendo los objetivos para el componente de sociedad civil, los siguientes:

1. Disminuir los niveles de exposición y vulnerabilidad de las poblaciones claves (más expuestas y vulnerables).
2. Mejorar la calidad de vida de PVH respondiendo a especificidades de género y de ciclos de vida.

Para la ampliación de la cobertura, la Estrategia Nacional de VIH/SIDA-ITS del Ministerio de Salud Pública realizó un ejercicio para estimar la talla poblacional de las poblaciones HSH como población clave (PC) a ser destinataria de las acciones de prevención y tratamiento como partes del componente del objetivo 1, estimando un total nacional de 86.751 HSH y estableciendo de este universo un alcance del 80% correspondiendo a 69.000 HSH, hasta el 2015 en un período de ejecución del proyecto de dos años.

La ampliación de la cobertura en HSH, TS y Trans propone a la Corporación Kimirina como Receptora Principal, delinear una serie de estrategias de intervención comprobadas y adecuadas para el alcance de mayor envergadura de las poblaciones claves y adecuadas a las características de las subpoblaciones de hombres gay, bisexuales y HSH.

La educación entre pares realizada en la primera fase del proyecto continuará en la segunda fase.

El programa ofrecerá un paquete de prevención que consiste en:

- Informar sobre prevención del VIH y promoción de la salud.
- Entrega de insumos de prevención (condones).
- Promoción de la prueba de VIH.
- Referencia a servicios de atención y tratamiento de VIH.
- Referencia a servicios de atención y tratamiento de ITS.

Las intervenciones se desarrollarán en el marco de los modelos de cambio de comportamiento y serán implementadas a través de promotores educadores de pares, animadores, el uso de la tecnología virtual, y la movilización comunitaria.

SECCIÓN II

¿QUIÉNES SON LAS POBLACIONES EN MAYOR RIESGO Y CUÁL ES SU SITUACIÓN FRENTE AL VIH e ITS?

2.1 ¿Quiénes son los HGB/HSH?

La categoría Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres –HSH- obedece a un patrón epidemiológico de comportamiento y se refiere al grupo de hombres que, dentro de sus prácticas sexuales, realizan sexo con otros hombres o contemplan tal posibilidad [teniendo muchos de ellos también relaciones sexuales con mujeres y con personas transgéneros]. Por ello, esta categoría [genéricamente] cubre a hombres gay, bisexuales y a otros hombres [de diferente orienta-



ción sexual como la heterosexual] que en algunos contextos o determinadas situaciones tienen relaciones sexuales con otros hombres².

Dentro del contexto de los sistemas de vigilancia epidemiológica, el término HSH indica las conductas que transmiten la infección por el VIH [por ejemplo, las penetración anal insertiva y receptiva, el sexo oral] y no la manera en que las personas se autodefinen en relación con su sexualidad³.

Tener una comprensión clara de dicha categoría se convierte en un factor fundamental del éxito del programa y en el aseguramiento que las intervenciones van a alcanzar a las diversas subpoblaciones de HSH. Esta aclaración es necesaria debido a que erróneamente se ha utilizado el término HSH como una categoría de identidad relacionada con la orientación sexual de ahí que muchas de las intervenciones se implementaron bajo la creencia que el término HSH es una nomenclatura exclusiva de aquellos que se identifican a sí mismos como hombres gay y bisexuales o que visiblemente son identificados como tales, dejando por fuera a un sinnúmero de hombres que sin identificarse, reconocerse o sin ser de orientación sexual homosexual, mantienen prácticas sexuales de ese tipo tanto con hombres, como con mujeres y personas transgénero, siendo muchos de ellos, como se indicó previamente, de orientación sexual heterosexual y que constituyen las subpoblaciones de hombres más difícil de alcanzar por los programas de prevención del VIH y las ITS.

En la categoría HSH se incluye una serie de interacciones entre las diversas subpoblaciones de hombres independientemente de su orientación sexual homosexual, bisexual u heterosexual.

Algunos hombres homosexuales prefieren tener relaciones con hombres cuya identidad no es homosexual, sino que prefieren hacerlo con personas que se identifican a sí mismas como heterosexuales e incluso, en algunos casos, como bisexuales. Hombres con identidad heterosexual igualmente se relaciona genitualmente con homosexuales, bisexuales e incluso con personas cuya identidad es igualmente heterosexual.

Con ello se está afirmando que el hecho de que una persona desee a otra persona de su mismo sexo, afectiva, erótica y sexualmente no implica que necesariamente posea una identidad de orientación sexual homosexual, sino que puede ser heterosexual⁴, en la actualidad a este tipo de hombres se les categoriza como heteroflexibles.

Tanto las organizaciones y sus PEP, deben en su diagnóstico de caracterización de las PC, tomar en cuenta dicha diferenciación, ya que de ello depende el tipo de abordaje, los mensajes a comunicar, el tipo de servicios a ofrecer y de un abordaje culturalmente competente.

a) Determinantes sociales y Riesgo Sexual

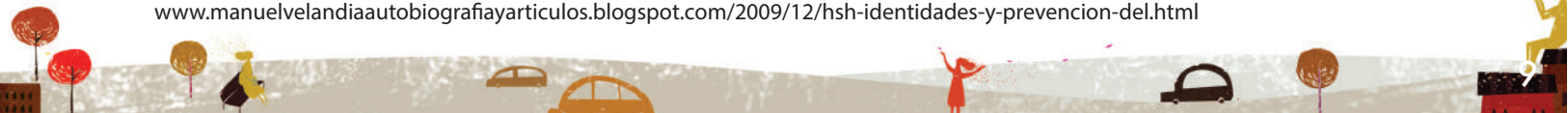
En el trabajo de la prevención del VIH con HGB/HSH, la organización y los promotores educadores de pares, deben tener en cuenta los siguientes aspectos en su intervención y en la promoción de un modelo orientado al cambio de comportamiento, ya que dicho trabajo implica encarar una serie de barreras sociales, como:

²Tomado de: Guía de Prevención VIH/SIDA. Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres, MPS/UNFPA, Bogotá, Colombia, 2011: 55

³División de HIV/AIDS Prevention, El VIH en hombres homosexuales (gay), bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), CDC, Septiembre 2010, Consultado el 02 Noviembre 2013 EN www.cdc.gov/hiv/spanish/msm/

Manuel Velandia Mora, HSH identidades y prevención del VIH/SIDA, La Habana 2007, Consultado el 1 Noviembre 2013. Consultado en: www.manuelvelandiaautobiografiayarticulos.blogspot.com/2009/12/hsh-identidades-y-prevencion-del.html

⁴Manuel Velandia Mora, HSH identidades y prevención del VIH/SIDA, La Habana 2007, Consultado el 1 Noviembre 2013. Consultado en: www.manuelvelandiaautobiografiayarticulos.blogspot.com/2009/12/hsh-identidades-y-prevencion-del.html



- Negación que existan contactos sexuales entre hombres.
- El estigma y la discriminación.
- 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.
- Falta de acceso a los servicios de atención de salud.
- La ausencia de políticas sobre salud sexual masculina.
- Falta de programas de prevención dirigidos a los trabajadores sexuales masculinos (TSM).

Estas barreras potencian los factores de riesgo y la mayor exposición que pueden tener los HGB/HSH a la infección por el VIH, sumado a que la mayoría de su interacción socio-sexual, por las consecuencias sociales que acarrea, suceden de manera clandestina y/o anónima, y muchos de ellos, también, abiertamente mantienen relaciones sexuales heterosexuales concurrentes. Estas determinantes sociales cuentan con una amplia infraestructura de sitios y lugares de encuentro casual como: saunas, videos, baños públicos, parques y zonas específicas en las ciudades que no ofrecen las condiciones mínimas para el ejercicio del sexo seguro⁵. El internet es usado por muchos HGB/HSH como una herramienta que les brinda la oportunidad conocer a sus parejas sexuales.

Con relación a sus factores de riesgo sexual que contribuyen a la alta prevalencia del VIH en HGB/HSH, se consideran los siguientes:

- Las infecciones de transmisión sexual.
- La práctica de no usar condón durante las relaciones

sexuales anales con pareja estable y/u ocasional.

- El consumo de Alcohol y drogas.
- No saber que se tiene la infección por el VIH.
- Subestimación del riesgo individual (en particular en los HGB/HSH jóvenes que ven el tema del VIH como algo lejano).
- El mantenimiento de parejas sexuales múltiples o desconocidas.

b) Determinantes sociales y género

La masculinidad en el Ecuador está estrechamente asociada a los roles de género, las relaciones y abuso del poder, la asunción de riesgos, las percepciones de potencia y las reacciones violentas, determinantes que se constituyen en disparadores de los factores de riesgo frente al VIH e impone una serie de barreras con relación a la efectividad de los programas de prevención del VIH en HGB/HSH, de ahí la importancia de tener presentes estos determinantes sociales y de género en el diseño de las intervenciones de prevención para estas poblaciones claves.

Tanto las organizaciones responsables de implementar el programa de prevención, como sus promotores y animadores a través de la visibilizar nuevos modelos de masculinidad para abordar y sensibilizar a diferentes actores sociales e institucionales con relación a atender las necesidades de prevención del VIH entre HGB/HSH.

El descifrado de las normas tradicionales de masculinidad y la promoción de nuevos modelos de conducta más positivos es clave para articular un programa de prevención para HSH efectivo. Pero en ocasiones los enfoques de los programas tienen una visión estrecha sobre la vida y los comportamientos de los HSH, y no

⁵ Obra citada 22: p56



tienen en cuenta el hecho de que muchos HSH también tienen relaciones sexuales con mujeres y con personas transgénero o relaciones con otros hombres en las que asumen nítidamente roles de género desiguales.

En tales casos, las normas de género tradicionales asociadas con la feminidad pueden empujar a los hombres a rechazar conductas que consideran femeninas, como la expresión de emociones o mantenerse monógamo. También pueden reforzar las conductas masculinas tradicionales que se asocian con la asunción de riesgos sexuales. Pedir a los hombres que cambien mientras que otras personas les exigen o esperan que no lo hagan puede ser contraproducente y causará más confusión que alivio⁶.

Tener en cuenta que:

- La expresión “hombres que practican sexo con hombres” se creó para superar las limitaciones de las categorías como “hombre gay” u “hombre bisexual” y centrarse en la conducta y las prácticas antes que en las identidades (Dowset 2008).
- La Sexualidad es compleja y no puede reducirse a categorías sociales o epidemiológicas, y las actividades sexuales entre hombres pueden representar o no la identidad sexual de una persona.
- (...) Muchos HSH practican sexo con semejantes como parte de sexo comercial, sexo transaccional, relaciones de poder o por simple búsqueda de placer⁷.

⁶Tallada, Joan, La promoción de nuevos modelos de masculinidad para prevenir el VIH entre hombres que practican sexo con hombres en Nicaragua, Centro para la prevención y Educación del SIDA, Serie de Estudios de Casos, Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-one, Task Order 1: p10-11

⁷Ibid, p12

⁸ ONUSIDA/OPS/UNICEF. Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y El Caribe 2009 EN Sanchez et al, *Informe sobre el Estudio de Vigilancia del Comportamiento y Prevalencia del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual en HSH de las ciudades de Quito y Guayaquil*, MSP/OPS/EQUIDAD, 2012.

⁹ WHO/ UNAIDS. Vigilancia del VIH de Segunda Generación. El próximo decenio. 2005.

- No todos los HGB/HSB se encuentran en alto riesgo de contraer la infección por el VIH y las ITS.

c) Situación epidemiológica frente al VIH e ITS

La población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) ha demostrado ser sumamente vulnerable a la infección por VIH. Aproximadamente el 50% de todas las infecciones en América Latina y El Caribe resultan de relaciones sexuales sin protección entre hombres. Los estudios indican una prevalencia del VIH de más del 5% en la población HSH en la mayoría de las grandes ciudades de la región.

Esta vulnerabilidad se considera dependiente de tres conjuntos de factores: (a) la afiliación a redes sexuales—grupos o subculturas—con una mayor prevalencia del VIH y mayor frecuencia de prácticas asociadas con alta probabilidad de transmisión, tales como sexo anal; (b) factores sociales y del entorno de alto nivel—tales como leyes, políticas y normas culturales—que configuran un entorno hostil; y (c) calidad y cobertura inferiores—en números totales y en términos de grupos de población cubiertos—de servicios y programas⁸.

La epidemia de VIH en el Ecuador se considera concentrada, lo que significa que la prevalencia en la población general es menor al 1%, pero en al menos un subgrupo de población se mantiene por encima del 5% de forma constante⁹. De acuerdo a la Encuesta de Comportamiento y prevalencia del VIH y otras ITS en



HSH realizada por la OPS, la Estrategia Nacional de VIH/SIDA, ONUSIDA Y EQUIDAD en 890 HSH aproximadamente, en las ciudades de Quito y Guayaquil se determinaron prevalencias del VIH superiores al 11%, y entre el 22 y el 35% reportaron haber tenido una manifestación de alguna ITS en los últimos doce meses, el 6.2% de los participantes en Quito y el 7.3% en Guayaquil presentó sífilis activa, definida como positividad en la prueba fluorescente de absorción de anticuerpos anti-treponémicos (FTA-Abs), tras una prueba inicial de tamizaje con RPR reactiva a un título mayor o igual a 1:8. El 14.7% en Quito y el 30.8% en Guayaquil presentó infección por el virus del herpes simplex tipo 2, determinada por la presencia de la Ig G frente al virus. El 1.7% en Quito y el 1.3% en Guayaquil tuvo una prueba positiva para el antígeno de superficie de Hepatitis B, el marcador serológico de infección por el virus de la hepatitis B.

Sobre el uso del condón entre el 39 y 49% refirieron el no uso del condón con su última pareja ocasional y entre el 37 y 47% afirmaron no usar condón con su pareja estable masculina. Entre el 19 y 30% de los que refirieron haber tenido relaciones sexuales con mujeres alguna vez en su vida respondieron haber tenido relaciones sexuales con mujeres en los últimos doce meses.

Una aspecto importante identificado en la Encuesta de comportamiento fue que en relación al conocimiento general sobre el VIH-Sida, del total de participantes existe un 1.8% en Quito y un 9.2% en Guayaquil que no ha oído hablar del VIH-Sida y De aquellos que si han oído hablar, han recibido información general a través de diversos medios de comunicación, amigos y establecimientos educativos. Sin embargo, el 71.5% en Quito y el 76.5% en Guayaquil no ha participado en actividades de información o educación sobre VIH / SIDA.

Otro dato importante que reveló la encuesta fue que más del 40% de los entrevistados consideraron no encontrarse en riesgo de adquirir la infección por el VIH y un 40% que reconoce haber tenido relaciones transaccionales (intercambio de sexo por dinero), así como también, La encuesta incluyó otras variables relacionadas al estigma y discriminación, sobre el acceso a servicio, que reflejaron cifras superiores al 40% identificadas como barreras que encuentran los HSH para el acceso a los servicios, a la consejería y a la demanda de las pruebas de VIH, denuncia y exigibilidad de sus derechos, en términos generales.

2.2. ¿Quiénes son las Trans femeninas (H-a-M)

“Trans” es un término ampliamente utilizado para referirse a personas cuya identidad de género y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer.

Las personas Trans tienen necesidades de salud, tanto generales como específicas, y el acceso a los servicios competentes para hacer frente a éstas ha sido muy limitado. Entre las necesidades generales está la atención primaria básica, incluida la salud sexual que tome en cuenta la diversidad de las identidades de género, las expresiones de género, la anatomía, la sexualidad y las prácticas sexuales que se encuentran en esta población. Las necesidades específicas involucran la asistencia para concretar la identidad de género de una persona, incluyendo las intervenciones médicas para feminizar o masculinizar el cuerpo.

Los datos disponibles confirman que [...], las personas Trans constituyen una población marginada, con con-



siderables preocupaciones y problemas de salud, y un acceso muy limitado a servicios competentes de prevención y atención de salud general y Trans-específica. Los principales problemas de salud documentados hasta la fecha incluyen:

- Altos niveles de exposición a violencia verbal, emocional y física, incluyendo ataques fatales (crímenes de odio).
- Alta frecuencia de problemas relacionados con la salud mental por causas exógenas.
- Alta tasa de prevalencia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- Alto consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- Efectos negativos de hormonas auto administradas, inyecciones de relleno de tejidos blandos y otras formas de modificaciones corporales, incluyendo complicaciones por malas intervenciones de reasignación de sexo.
- Problemas de salud reproductiva.

Además de la violencia física, la salud de las mujeres trans se ve gravemente amenazada por el VIH y otras ITS. Los datos epidemiológicos relativos a la salud de las personas trans en Latinoamérica y el Caribe son muy escasos, particularmente en el caso de hombres trans. Una de las razones de la falta de información es el hecho de que las mujeres trans, a menudo, han sido incluidas en la categoría estadística de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Esta práctica no sólo no reconoce, en un nivel fundamental, la identidad de las mujeres trans, sino también invisibiliza la especial

vulnerabilidad de esta población. Esto último se evidencia en estudios que muestran que la prevalencia de VIH entre las mujeres trans pueden ser hasta 40 veces superior a la prevalencia entre la población general, y hasta el doble de la prevalencia entre hombres que tienen sexo con hombres.

El trabajo sexual, el uso de alcohol, drogas y las inyecciones de relleno de tejidos blandos han sido identificadas [en varios estudios] como factores con efectos graves sobre la vulnerabilidad de las mujeres trans para contraer el VIH y otras ITS. Asimismo, la pobreza también es un factor de riesgo.

Las personas trans enfrentan a lo largo de sus vidas desafíos únicos que no son fácilmente comprendidos por otra gente. Las reacciones familiares frente a las primeras expresiones de no conformidad con el género asignado pueden ser intensamente desaprobatorias e, inclusive, violentas. El rechazo por parte de madres, padres y otros familiares priva a las personas trans de un importante grupo de apoyo y referencia. El estigma impuesto, sea por la familia o la sociedad en general, es internalizado y, con frecuencia, genera sentimientos de culpa y vergüenza que lleva a las personas trans a experimentar baja autoestima y sentimientos de no ser dignas de ser amadas.

Al igual que el resto de la gente, por lo general, las personas trans desean establecer relaciones sociales más amplias y encontrar parejas. Sin embargo, para gran cantidad de ellas, la socialización es un proceso arduo y frustrante, y con relativa frecuencia su círculo social es muy limitado y, a menudo, restringido a su grupo de pares (Por la Salud de las Personas Trans: elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en América Latina y el Caribe, 2011).



a) Determinantes sociales y de género

Como lo ya mencionado, para algunas Trans la socialización es un proceso arduo y frustrante, y con relativa frecuencia su círculo social es muy limitado y, a menudo, restringido a su grupo de pares. Las necesidades específicas de las personas trans relacionadas con la afirmación de género, a menudo, se desestiman por completo como algo no asociado a la salud y como preocupaciones puramente “cosméticas”.

Es importante que las personas Trans femeninas que se encuentran en el proceso de recibir tratamiento hormonal sigan teniendo acceso a las hormonas, incluyendo la supervisión por el personal médico debidamente capacitado y atención médica relacionada con los efectos potenciales relacionados con la terapia hormonal (...).

Igualmente, las personas quienes se hayan realizado modificaciones quirúrgicas en sus cuerpos deben tener acceso a una atención adecuada.

El espectro de las personas trans que requieren atención de la salud está integrado por una gran variedad de personas de diferentes edades, razas y etnias, orientaciones sexuales, niveles socio-económicos y educativos. En ocasiones, sus cuerpos no coinciden con su identidad o expresión de género, (...), pueden o no haber pasado (o desean pasar) por los tratamientos médicos de modificación del cuerpo para afirmar sus géneros. Habitualmente, los tratamientos consisten en la administración de hormonas del otro sexo (...), y la cirugía reconstructiva (...).

Muchas personas trans no se identifican con los términos “transgénero” o “transexual” (...). [Las promotoras (...)] no deben asumir que todas las personas

trans tienen las mismas actitudes, comportamientos, creencias, experiencia o comprensión de su identidad.

Muchas mujeres trans que tienen sexo con hombres son versátiles, es decir, no siempre adoptan una posición pasiva (receptiva) durante el sexo anal (Por la Salud de las Personas Trans: elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en América Latina y el Caribe, 2011).

b) Situación epidemiológica frente al VIH e ITS

Hasta el año 2012, Ecuador no disponía de información oficial, con evidencia científica de la situación de vulnerabilidad social, cultural, económica y de salud de las personas Trans. A fines del año 2011, el Ministerio de Salud inició, con la asesoría técnica y financiera de OPS/OMS, UNFPA, organizaciones no gubernamentales y de las personas Trans, el “Estudio de Vigilancia de Comportamientos y Prevalencia del VIH e Infecciones de Transmisión Sexual en Personas Trans”, estudio que demostró, entre otras situaciones de vulnerabilidad, una prevalencia de VIH de 31.6% en población Trans femenina¹⁰, en un grupo de 212 que participaron en la encuesta y que afirmaron residir en la ciudad al momento del estudio.

Otro estudio realizado en el 2012 por la organización Silueta X encontró que de las 695 encuestadas, el uso del preservativo está bastante generalizado puesto que un 53% afirman utilizarlo siempre en sus relaciones sexuales y apenas un 3% dice no usarlo nunca [...] Sin embargo de este porcentaje que si usa condón afirma no utilizarlo con sus parejas estables o que ellas consideran estables (Frecuentemente los hombres heterosexuales tienen una relación paralela con mujeres y trans femeninas en Ecuador y esto

¹⁰ Informe del “Estudio de Vigilancia de Comportamientos y Prevalencia de VIH e ITS”, MSP-UNFPA, OPS/OMS, KIMIRINA, Quito-Ecuador 2012, basado en la metodología de muestreo (RDS) (No publicado)



es permitido por las trans sin que tenga conocimiento la mujer biológica). Los motivos que alegan cuando dicen no utilizarlos, se centran sobre todo en la estabilidad sentimental (más del 50% de los casos). Otro de los motivos frecuentemente señalados (25% de los casos) es la falta de disponibilidad en el momento de tener relaciones sexuales. Así mismo, aunque en mucha menor medida, aluden, al mayor placer sentido al no usarlos, los deseos de la otra persona de no utilizarlos o el dinero que ofrecen por no utilizarlo [...] Hay un alto porcentaje de Trans que se han hecho la prueba de VIH, en torno al 64%. (Aranguren, 2012), quedando un margen significativo que no se la ha hecho.

Este mismo estudio identificó algunos aspectos claves que potencian la vulnerabilidad de la TF con relación al cuidado de su salud como el estigma y la discriminación, las barreras para el acceso a la educación y el trabajo, así como la situación social y familiar, entre otros. Un 39% de las personas encuestadas de manera presencial afirmaron no haberse realizado ningún cambio corporal (frente a un 17,37% de las personas encuestadas vía internet). Únicamente 4 de las 695 encuestadas afirmaron haberse sometido a la operación de castración de los testículos, y sólo el 5% dice haberse sometido a algún tipo de cirugía con médicos. Los cambios más utilizados por las Trans son la hormonización sin prescripción médica (20.61%). La hormonización sin prescripción médica también perjudica gravemente la calidad de vida de las personas Trans femininas como por ejemplo: lesiones cardiovasculares, hepáticas, trombosis, etc., y el implante de silicona en alguna parte del cuerpo (41.87%), siendo esta una de las categorías más altas y peligrosas, debido a la es-

tela de muerte por el uso de la misma ya sea durante o después de su aplicación intramuscular y de forma artesanal. (Aranguren, 2012) Esta técnica ha sido prohibida por la Organización Mundial de la Salud desde los años 60 por sus graves efectos secundarios, llegando incluso en algunos casos a producir la muerte. Entre tales efectos se destacan: desplazamiento de la silicona; obstrucción de la circulación sanguínea (riesgo de trombosis); formación de úlceras; manchas en la piel, enrojecimiento de la zona afectada y grumos; quistes y muerte por obstrucción de las arterias (Asociación Española de Transexuales, 2010).

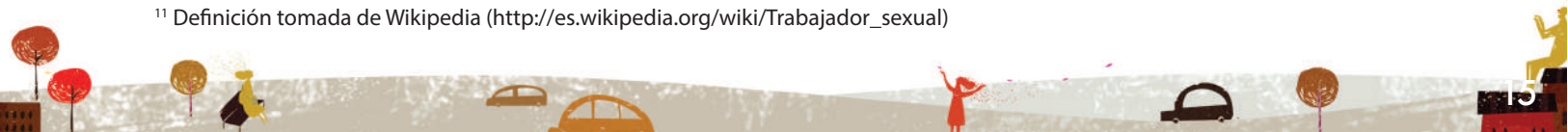
2.3 ¿Quiénes son las Mujeres Trabajadoras Sexuales?

Una [trabajadora] sexual es una persona adulta en pleno ejercicio de sus facultades que, sin coacción alguna de terceras personas para ejercer esta actividad, gana dinero u otra forma de retribución mediante el ofrecimiento de un servicio sexual¹¹.

Generalmente, existen muchos prejuicios sobre las mujeres que trabajan ofertando servicios sexuales a cambio de dinero (en este contexto se intercambian también otro tipo de bienes tales como comida, ropa, etc.), que llevan a que nuestra relación con ellas sea distante, construyendo una barrera que impide su reconocimiento pleno como ciudadanas.

Es importante resaltar que el ejercicio del trabajo sexual está asociado a condiciones estructurales de violencia de tipo físico y psicológico y a aquellas producidas por las difíciles condiciones de orden público sin desconocer, por supuesto, las que se perpetúan a raíz

¹¹ Definición tomada de Wikipedia (http://es.wikipedia.org/wiki/Trabajador_sexual)



de la desigualdad entre hombres y mujeres. En estos contextos, algunas mujeres han optado por este tipo de trabajo a fin de conseguir o acceder al sustento diario o bienes que les permitan su subsistencia.

(...) No se cuenta con datos exactos sobre el número de trabajadoras sexuales que se desempeñan en la calle o en los establecimientos, está claro que son víctimas de todo tipo de vulneraciones y violaciones de derechos que provienen de muchos actores: sus familias, sus parejas, la sociedad en general, incluso actores legales como la fuerza policial.

La condición de las trabajadoras sexuales es heterogénea y su especificidad está dada de acuerdo con la zona en donde enganchan a sus clientes para el trabajo sexual, las edades que tienen, los lugares en donde lo desarrollan sean estos calle o establecimientos (...) Lo que enfrentan estas mujeres en el desarrollo de su labor, hacen que se aumente la vulnerabilidad para el consumo de sustancias psicoactivas sean estas de orden legal o ilegal. Muchas de ellas tanto las que usan la calle para el enganche con sus clientes como las que usan los establecimientos, manifiestan un consumo elevado de alcohol, seguido por el consumo de marihuana y cocaína. Esta práctica es de especial relevancia en tanto las sustancias psicoactivas alteran el estado anímico y las percepciones de quienes las consumen, disminuyendo la toma consciente de decisiones y, para este caso en particular, la decisión de usar o no el condón o de hacer una correcta utilización del mismo.

a) Determinantes sociales y de género

Esta barrera, históricamente, ha estado influenciada por una visión sobre las mujeres que ha considerado que deben permanecer solo en ciertos espacios y dedicarse a actividades “naturales” como la repro-

ducción, la crianza de los hijos e hijas, el desarrollo de tareas domésticas y una destinación exclusiva al espacio privado. Estas características son, entre otras, constitutivas de la construcción de género.

Aunque paulatinamente van cambiando las visiones con respecto al lugar de las mujeres en la sociedad, se mantiene una división tajante entre las “buenas” y las “malas”. La idea de “buena”, generalmente, está asociada al cumplimiento cabal de las normas de género (reproducción, crianza de hijos e hijas, desarrollo de tareas domésticas, participación mayoritaria en el hogar y, sin duda, establecimiento de relaciones sexuales únicamente con el esposo, novio o compañero, siguiendo el patrón de la heterosexualidad obligatoria).

La connotación de mujer “mala” está asociada al ejercicio de la autonomía, al desarrollo de actividades que no son propias del hogar y, a su vez, a la determinación del uso del cuerpo como un medio de intercambio económico; esta última es considerada socialmente como una actividad deshonrosa que es castigada de muchas maneras por parte de quienes componen los diferentes núcleos sociales, lo cual implica una fuerte vulneración de los derechos de las trabajadoras sexuales (Ministerio de Protección Social de Colombia / UNFPA, 2011).

Muchas [MTS] mantiene dos tipos de vida distintos: tienen un YO de TS (durante el tiempo en que está ejerciendo) y otro YO distinto, en el que vive una vida “normal”: realiza actividades habituales de la vida cotidiana (comprar, cocinar, llevar a los niños al colegio, pasear, pagar la hipoteca, relaciones familiares y/o de pareja, etc...). Este hecho, el de la doble vida, provoca una constante sensación de angustia, miedo a que les reconozcan, estrés, vergüenza, autopercepción negativa, dificultad para mantener



relaciones emocionales sanas, etc...e incluso para incorporar medidas de prevención frente al VIH y las ITS.

b) Situación epidemiológica frente al VIH e ITS

Las condiciones y realidad del trabajo sexual en el Ecuador son diversas si se toman en cuenta factores como el lugar donde se realiza, si el sector es rural o urbano, edad, forma de contacto, nivel económico de quien realiza el trabajo, condiciones del mismo, tipo de clientes, etc. Esta diversidad abre un amplio panorama para las acciones de prevención del VIH y las ITS, y así mismo invita al desarrollo de una gama de estrategias de intervención. Por otro lado los actores involucrados son varios, además de las trabajadoras sexuales, están sus clientes, los dueños de los lugares donde se ejerce el trabajo sexual y en muchos casos los hombres que ejercen explotación sobre la trabajadora sexual. Así mismo, la problemática alrededor de las personas que ejercen el trabajo sexual está rodeada de vulnerabilidades relacionadas a la pobreza, baja escolaridad, violencia, falta de acceso a servicios, estigma y discriminación, entre otros.

Todavía el trabajo sexual ejercido por mujeres está estrechamente relacionado a situaciones de poder y violencia de género, donde muchas trabajadoras sexuales no son independientes en su actividad laboral sino que, ejercen la misma cohesionadas y explotadas por un hombre. Las condiciones de discriminación al trabajo sexual generan y acentúan situaciones de violencia, abuso de poder. Uno de los temas no resueltos en el país es el tema de sanción por uso del espacio público para ejercer el trabajo sexual.

El universo del trabajo sexual es diverso y contempla una serie de actores y factores, que en el Ecuador todavía no han sido profundamente estudiados. Al ser las trabajadoras sexuales uno de los grupos más expuestos al riesgo, el tema de empoderamiento, incidencia política,

fortalecimiento organizativo y formación en derechos es parte de los procesos de prevención del VIH y las ITS. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2011, pág. 92).

Existe muy poca información sobre la situación epidemiológica de las mujeres trabajadoras sexuales con relación al VIH y las ITS, la información existente se recoge en el Informe de Progreso sobre los Objetivos de UNGAS por parte del Ecuador en el año 2010, el mismo menciona a dos fuentes primarias "CEPAR, quien realizó un estudio en 240 HSH Y 288 MTS de las ciudades de Quito, Guayaquil, Santo Domingo, Esmeraldas, Portoviejo y Quevedo, el mismo que indicó que el 100% de las MTS entrevistadas se habían realizado las pruebas de VIH y buscaron su resultado. [En el mismo Informe de Progreso], se menciona que según el registro de tarjetas de salud integral de las TS, en 2009 el 96.2% de ellas se realizó pruebas de tamizaje en 10 provincias del país. Según el registro de tarjetas de salud integral de las trabajadoras sexuales reportado por 10 provincias en 2009, de 2647 TS registradas, 2546 se realizaron al menos 1 prueba de VIH y se confirmaron 2 casos, para una prevalencia de 0.08%. Hay que señalar que un 22% de trabajadoras sexuales se movilizaron por su ejercicio laboral en más de una provincia, por lo que los números totales contienen repetición del registro. (...) Esa prevalencia contrasta con el valor de sero-reactividad a primera prueba del estudio de la USFQ de 2007 que fue de 3.7% para TS.

El grupo poblacional de TS presenta porcentajes elevados de realización de pruebas de VIH. Este hecho pudo inicialmente estar influido por el hecho de que hasta el año 2007 las TS (excepto aquellas en práctica clandestina) debían obligatoriamente obtener un carné para ejercer su trabajo y hacerse controles de salud, siendo esa una posibilidad significativa para promocionar y realizar las pruebas de VIH. Es importante mencionar que en dos estudios posteriores el



porcentaje de realización de las pruebas para VIH sigue siendo elevado, lo que sugiere que este grupo poblacional esté sensibilizado de su riesgo de exposición al VIH.

No hay datos nacionales sobre el uso de condón por parte de profesionales del sexo en la última relación sexual con un cliente. El único dato disponible corresponde a un estudio con una muestra pequeña en Sucumbíos (CEPAR 2009) y todas reportaron haber usado un condón. Ese mismo estudio reporta que el 92% de profesionales del sexo usaron condón con sus clientes en los últimos 6 meses. El estudio de RedTrabSex de 2009 (N= 254) en Sucumbíos reporta que el 97.2 % de TS usa siempre un condón en sus relaciones con clientes.” (Ecuador, 2010).

SECCIÓN III

a) Fines de la Guía de Orientación

- Asistencia a las organizaciones asociadas subreceptoras del Proyecto Ronda 9 del Fondo Mundial (R9FM) para el trabajo de prevención del VIH/ITS con hombres gay, bisexuales, HSH, TF, en el diseño y programación basada en la educación de pares.
- Presentación de algunas directrices, desde el Receptor Principal del Proyecto Ronda 9 del Fondo Mundial para los subreceptores de la Sociedad Civil en el Ecuador, en aras de orientar a las organizaciones en la implementación del conjunto de actividades comunitarias de alcance a iguales a través de modelos de cambio de comportamiento.
- Descripción de los pasos necesarios para planificar, identificar y capacitar a promotores educadores de pares, implementar, monitorear y evaluar un programa de educación de pares con poblaciones HSH en la prevención del VIH y las ITS.

b) Objetivos de la Guía de Orientación

- Ofrecer orientación metodológica a las organizaciones su-receptoras (SR) para el desarrollo de un enfoque programático para la prevención del VIH/ITS en hombres gay, bisexuales, trabajadores sexuales masculinos (TSM), otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y Trans femeninas (TF).
- Brindar sugerencias y herramientas para trabajar la prevención del VIH en HSH Y TF con Promotores/as Educadores de Pares.
- Proveer de información básica sobre el VIH/SIDA y sugerencias sobre intervenciones para la capacitación de los/as promotores/as educadores de pares (PEPs).

c) Resultados Esperados

- Ayudar a las organizaciones SR del R9FM en la implementación del programa de prevención en el marco de los modelos teóricos sobre el cambio de comportamiento para la prevención del VIH en hombres gay, bisexuales, otros HSH y TF, su monitoreo y evaluación.
- Facilitar a las organizaciones con trabajo en las poblaciones claves del proyecto a revisar aquellos aspectos de sus intervenciones que pueden ser mejoradas al tenor de su experiencia.
- Que las organizaciones cuenten con un instrumento de información/formación de los/as promotores/as educadores/as de pares orientadas al fomento de actitudes y prácticas más seguras para la prevención del VIH entre las poblaciones claves.

3.1. Base conceptual y metodológica para el trabajo con PEMAR

a) Fundamentos

La Corporación Kimirina como Receptora Principal sustentada en la amplia y diversa experiencia que



tienen las organizaciones sub-receptoras del Proyecto R9FM en la implementación de estrategias de prevención del VIH con diversas poblaciones incluyendo a hombres gay/bisexuales, Mujeres Trans y Hombres que tienen sexo con hombres, a través del uso de diversas metodologías de abordaje, ha considerado pertinente para la implementación de la segunda fase del proyecto, brindar una serie de orientaciones básicas o directrices orientadas a delinear la base conceptual y metodológica sobre las cuales como SR delinear cada una de las intervenciones, lo que permitirá una planificación alineada tanto con los objetivos del proyecto, el desarrollo de estrategias de comunicación y la evaluación de las intervenciones como uno de los objetivos claves a alcanzar con la ejecución del proyecto.

Como todos sabemos la premisa fundamental del trabajo de prevención de la transmisión sexual del VIH y las infecciones de transmisión sexual está centrada en el cambio de comportamiento, aspecto clave para la

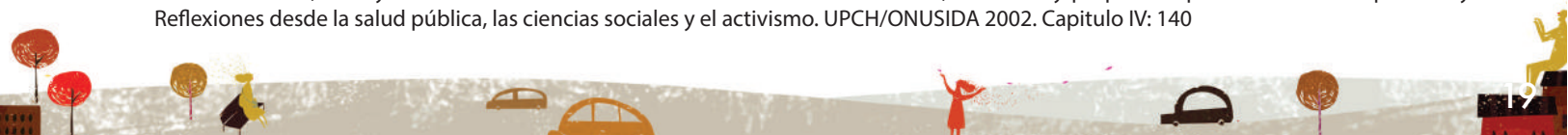
disminución y/o contención de las nuevas infecciones y requiere de un ejercicio compartido de los esfuerzos.

Esencialmente en las acciones de prevención se ha utilizado una diversidad de modelos aplicados en tres niveles de intervención y que de acuerdo a consensos entre diversos expertos en educación para la salud, la aplicación de uno solo no es suficiente para alcanzar sus objetivos de cambio del comportamiento sino que de acuerdo a la experiencia la combinación de los mismos ha demostrado una eficacia significativa en el cambio de comportamiento en particular de las poblaciones en mayor riesgo.

Se ha comprobado que este abanico de experiencias funciona mejor en una estrategia global de prevención en las que se combinan las diversas actividades¹², ya que en la implementación de uno de los niveles necesariamente este interactúa con otras intervenciones contempladas por los otros niveles.

NIVEL DE APLICACIÓN	MODELOS	CARACTERÍSTICAS
<p>1. INDIVIDUAL. Es el nivel más básico para promover la salud. Los modelos de este nivel parten de dos supuestos:</p> <p>a) El comportamiento de los sujetos está influido por lo que saben y lo que piensan y b) El conocimiento es necesario pero no suficiente para lograr cambios de la conducta; también influyen las experiencias pasadas, percepciones, creencias, motivaciones, capacidades, rasgos de personalidad y factores del medio ambiente.</p>	<p>1.1. "Etapas de Cambio"</p>	<p>Propone que los sujetos transitan por 5 etapas para modificar conductas:</p> <p>Precontemplación</p> <p>Contemplación</p> <p>Preparación</p> <p>Acción Mantenimiento</p>
	<p>1.2. "Conciencia por la Salud"</p>	<p>Postula que la modificación de conducta se da por un proceso de razonamiento, percepción y conciencia y no por la imitación</p>

¹² Tim Frasca, Lecciones Aprendidas de las actividades y programas para la prevención del SIDA entre hombres con prácticas homosexuales-EN Cáceres et al, SIDA y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción: Perspectivas y Reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. UPCH/ONUSIDA 2002. Capítulo IV: 140



	1.3. "Procesamiento de la información por parte del consumidor"	Se ocupa del proceso mediante el cual las personas asimilan la información y hacen uso de ella para tomar decisiones. Parte de la idea de que los individuos tienen limitaciones para procesar información extensa y compleja
2. INTERPERSONAL. Supone que los individuos se organizan socialmente y que la conducta de una persona se determina por lo que otros miembros de su sociedad sienten, piensan, actúan, y a su vez esta persona influye en ellos	2.1. Teoría del aprendizaje social	Considera que los individuos adquieren o modifican conductas por medio de la imitación. Se basa en la interacción entre las personas y su sociedad.
3. COMUNITARIO. Propone la participación de la comunidad para la identificación de las necesidades y problemas prioritarios de salud así como para implementar las soluciones haciendo uso de sus propios recursos. Consideran también la participación de institución y organizaciones.	3.1. Teoría de la organización comunitaria	Postula la idea de que la identificación de los problemas prioritarios deben hacerse conjuntamente con la comunidad interesada con el fin de desarrollar en ella un sentido de pertenencia, responsabilidad y autogestión de los problemas de la salud
	3.2. Teoría de la difusión de innovaciones	Propone la difusión de nuevas ideas y productos que resulten fáciles de comprender y aplicar
	3.3. Modelo de la comunicación	Se ocupa en desarrollar redes de comunicación efectivas

Figura 1. Modelos teóricos comúnmente utilizados en programas de salud¹³

¹³ Glanz K. Rimer B: Theory at a Glance: A Guide for health promotion practice. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service – National Institutes of Health. 1997 Citado por Jeanette P Lopez, Maité Plazas, Modelos para el cambio de conducta. Cuadernos de Nutrición. Vol 21. Septiembre-Octubre 1998: 58-64, consultado el 27 de Octubre del 2012 EN http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubasignaturas/medicinav/s/saludysociedadiviiv/site/artic/20090318/asocfile/modelos_cambio_conducta.pdf



La tabla anterior permite apreciar que cada uno de los modelos descritos apuntan a resolver una serie de problemas específicos y que en el campo de la intervención el programa de prevención para las poblaciones PEMAR se sustenta en un sinnúmero de necesidades que son identificadas por las organizaciones de sociedad civil y con una experiencia apuntalada potencialmente en más de un modelo.

En razón de ello, para la presente intervención multifacética se aspira que las organizaciones identifiquen en primera instancia cual(s) de los modelos han utilizado en su trabajo de prevención con poblaciones de HGB/HSH, TF y MTS para en conjunto, integrar estos modelos y teorías bajo un sistema de planeación como herramientas para la planeación (coordinación) ejecución y evaluación de sus intervenciones.

Para poner en práctica todo el sistema de programación y el conjunto de actividades de prevención específica para las poblaciones de HGB/HSH, TF y MTS, la Corporación Kimirina con la finalidad de cumplir con la alineación metodológica de la intervención, y con la finalidad de integrar y contribuir a la eficacia de las estrategias de intervención, como aspecto innovador, de este proceso metodológico trabajará un sistema de planeación, que como aspecto innovador para la ejecución de este tipo de proyectos con múltiples interventores, utilizará el modelo de Mercadeo Social.

El Mercadeo Social, es un sistema para desarrollar, realizar y evaluar y controlar programas de cambio de comportamiento mediante la creación y el mantenimiento de intercambios¹⁴. El principio de este sistema se basa en integrar los siguientes aspectos:

- **el producto** (servicio o actividad que se promueve).
- **el precio** (se refiere a un esfuerzo voluntario).
- **la plaza** (canal de distribución adecuada).
- **la promoción** (comunicación).

El proceso de mercadeo está formado por los pasos que se ilustran en la figura 1. Para cada paso se hace uso del modelo pertinente. Por ejemplo, para la planeación del producto, se puede utilizar el modelo etapas de cambio. Para seleccionar los canales de comunicación se puede recurrir al modelo de la comunicación, mientras que para el desarrollo de materiales, puede utilizarse el modelo del procesamiento de la información por parte del consumidor. Un modelo no siempre resulta exclusivo para una fase; puede utilizarse en otra más¹⁵.

En resumen, la intención primigenia de la aplicación apoyada en el Mercadeo Social como un paso estratégico clave de la intervención y que se alimentará con la utilización de parte de las estrategias utilizadas por los diversos modelos relacionados al cambio de comportamiento, todas las organizaciones implementadoras, en conjunto, se fortalecerán y a la vez orientarán a sus equipos responsables de la implementación en un marco metodológico innovador para el contexto del Ecuador en el campo de la prevención del VIH y las ITS, permitiendo tanto a los coordinadores, monitores, promotores y animadores seguir una línea de trabajo orientada a cumplir con las acciones siguientes de manera coordinada geográfica y programáticamente:

1. Identificación de los problemas y necesidades relacionadas con la prevención del VIH e ITS de las poblaciones claves (entendimiento de parte de las organizaciones ejecutoras de las poblaciones claves para lograr influenciar en las mismas).

¹⁴ Raúl Choque Larrauri. Comunicación y Educación para la Promoción de la Salud. Lima, Diciembre 2005: 6 4. Consultado el 27 de Octubre del 2013, en <http://www.razonpalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>

¹⁵ Ibíd 4, p 7



- Promoción de acciones intencionales capaces de influir favorablemente en los comportamientos, actitudes, valores y prácticas de las personas para lograr un mejoramiento de la salud individual y colectiva¹⁶ en este caso relacionadas con los comportamientos asociados que se quieren cambiar a través de la promoción de la salud.
- Realizar actividades para potenciar y facilitar la participación social en la gestión de acciones para el desarrollo de la salud.

b) Armando la Estrategia de Cambio de Comportamiento

El Programa de Cambio de Comportamiento para poblaciones en mayor riesgo como son los HGB/HSB, trans

femeninas y mujeres trabajadoras sexuales, y el desarrollo de las estrategias de cambio de comportamiento y la implementación de las acciones de comunicación en salud, se concibe como una de las estrategias adecuadas y comprobadas porque al ser una estrategia de abordaje sistemático, multidisciplinario, basada tanto en la comunicación como en el mercadeo social, la educación informal, en el análisis de las conductas y en la participación comunitaria, entre otras premisas descritas, permitirá cumplir con el proceso de monitoreo, evaluación y comprobación de su eficacia en el trabajo de prevención del VIH e ITS en las poblaciones clave del proyecto.

El armado de la estrategia, debe cumplir con nueve pasos esenciales y tomando en cuenta (involucrar) a las poblaciones claves en todas las partes del programa incluyendo: el análisis, la preparación, diseño de materiales y programas (implementación, monitoreo y evaluación).

c) Proceso paso-a-paso del desarrollo de estrategias de cambio de comportamiento



¹⁶ Ibíd 4, p 7

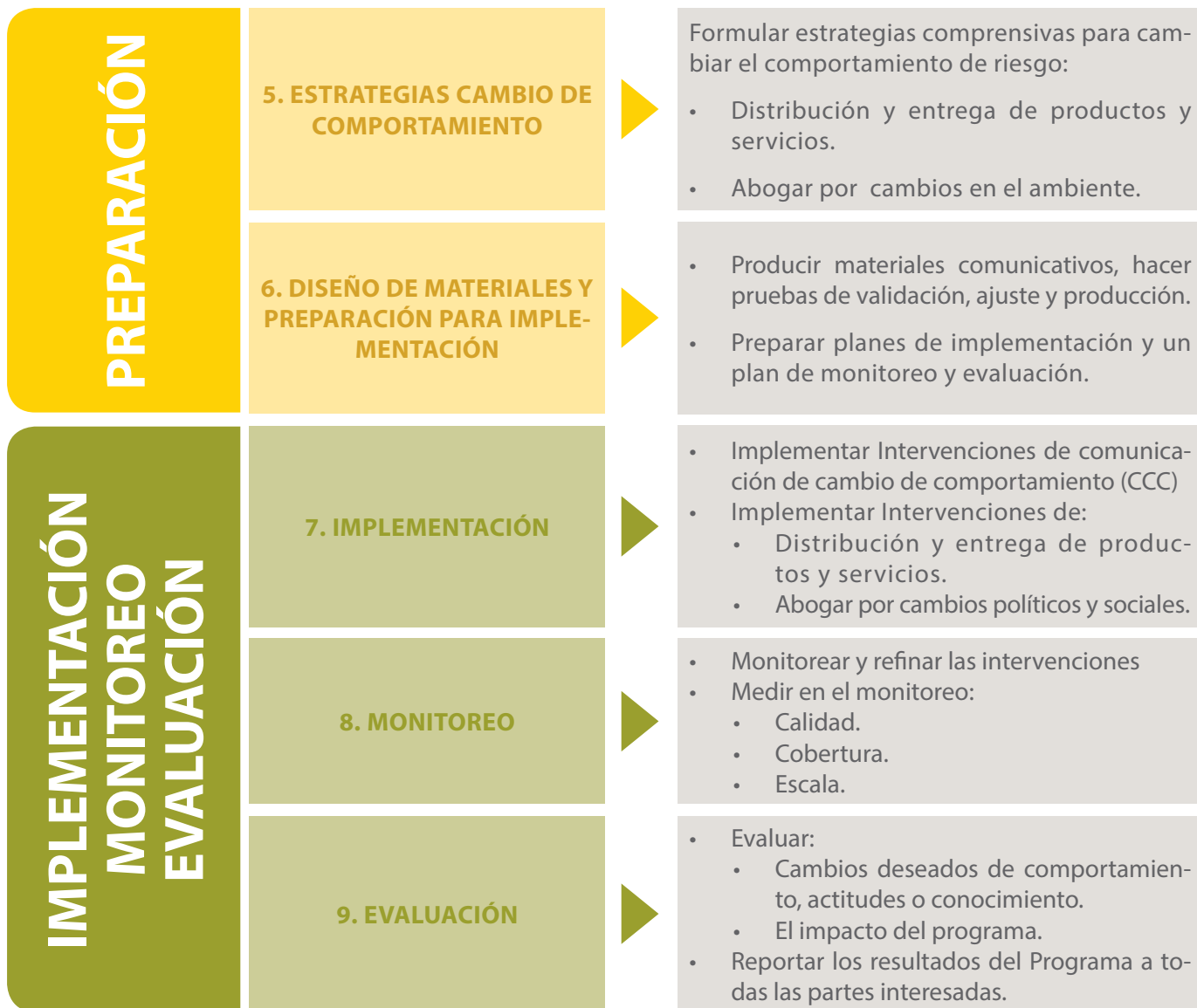


Figura 2. Estrategias para el Cambio de Comportamiento: Formación de Programas e Implementación por Clancy Broxton., USAID/OHA, s.f, Consultado el 27 de Octubre del 2013 EN <http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/Clancy%20Broxton.pdf>



d) Ejemplo de formulación de las estrategias de cambio de comportamiento

GRUPO	COMPORTAMIENTOS	DETERMINANTES	ACTIVIDADES
Para ayudar a:	a:	Enfocaremos en:	A través de:
HSH / TF	Disminución de las relaciones anales sin protección.	Auto eficacia.	Consejería personal para fortalecer la capacidad del Negociación del uso correcto del condón.
HSH/TF/MTS	Cuidado de salud sexual y diagnóstico oportuno del VIH e ITS y tratamiento.	Oferta de servicios de calidad y culturalmente competentes y apoyo social.	Difusión y sensibilización a grupos para generar la demanda de servicios.
Redes Sociales de HSH, MTS y TF	Usar condones en parejas más estables.	Normas de comportamiento del grupo.	Actividades sociales diferenciadas para involucrar a los diversos subgrupos de HSH.

3.2. La promoción de comportamientos saludables ¹⁷

En alguna época se pensó que la forma de cambiar los comportamientos asociados a la salud era simplemente enviando mensajes (como (...) “utilice condones”) a las personas que se pensaba los necesitaban (la comunicación de una sola vía). Hoy en día los programas de salud sólidos ya no dependen solamente de mensajes utilizando folletos, carteles o difusión por medios de comunicación, sino que se basan en la investigación amplia sobre los públicos a quien van dirigidos, y en

el desarrollo de habilidades, la educación del público por múltiples medios y la defensoría de la causa, usando para ello líderes de opinión. También se basan en el desarrollo de políticas, la movilización comunitaria y los cambios institucionales, económicos y ecológicos.

En la promoción de conocimientos saludables a través de promotores de salud comunitarios es importante que estos conozcan e identifiquen los niveles de influencia que afectan los comportamientos asociados a la salud y que las personas no viven sólo en un contexto físico sino en un “ambiente social” dinámico.

Concepto	Definición
Factores Individuales	Características Individuales que influyen en el comportamiento, como el conocimiento, las actitudes, creencias y características personales.
Factores Interpersonales	Procesos interpersonales y grupos primarios, incluyendo la familia, los amigos y los grupos de pares, que proporcionan identidad social, apoyo y definición de roles

¹⁷ Tomado y adaptado de: Elaine M. Murphy, La Promoción de Comportamientos Saludables, Population Reference Bureau. PRB, Washington D.C. 2005, Recuperado el 30 de Octubre del 2013 EN www.prb.org



Concepto	Definición
Factores Institucionales	Reglas, reglamentos, políticas y estructuras informales que pueden restringir o fomentar los comportamientos recomendados.
Factores Comunitarios	Redes sociales y normas estándares que existen formal o informalmente, entre las personas, los grupos y las organizaciones
Factores de Política Pública	Políticas locales, estatales, federales, y leyes que reglamentan o apoyan acciones saludables y prácticas para la prevención de las enfermedades y de detección temprana, control y tratamiento

Adaptado del Instituto Nacional de Cáncer, Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion (2003)

Estos factores interactúan en las personas indistintamente, por ejemplo, si un HSH desea adoptar el uso del condón para tener relaciones sexuales más seguras después de participar en una actividad de prevención debe contar con un incentivo que le permita la adopción de dicho cambio de comportamiento.

Por ejemplo, un joven [HSH] puede considerar tener relaciones sexuales con protección (...) si recibe educación sobre el SIDA y no desea exponerse a contraer el VIH, pero el incentivo para dicho comportamiento es bajo porque sus amigos no creen en el riesgo y se burlan de aquellos que lo usan, [o es alentado a tener múltiples parejas sexuales] o las clínicas rehusaron brindar atención [o enfrenta dificultades para obtener condones de manera gratuita o a costos accesibles].

Otro ejemplo está relacionado, cuando un joven participa en un programa de educación entre pares [dirigido a la prevención del VIH o al cuidado de su salud sexual] y ayuda a traer a más participantes y se moviliza alrededor del tema de la prevención participando en un clima social favorable

para él y sus pares. Este joven cuenta con un incentivo mayor para adoptar un comportamiento saludable para prevenir la infección por el VIH y disminuir sus factores de riesgo.

En resumen, el incentivo que un HSH y una TF/MTMS tiene lo favorece o lo perjudica dependiendo de la interacción de los niveles de incidencia frente a la adopción de comportamientos saludables con relación a la prevención del VIH, de ahí, la importancia de mantener un enfoque integral en cada intervención y en la identificación de aquellos factores que influyen sus comportamientos asociados con relación al cuidado de su salud, la de sus pares y su ambiente (Elaine Murphy, 2005).

3.3. La educación entre iguales o pares

En el contexto de esta intervención, los programas de cambio de comportamiento deben apoyar y capacitar a los individuos para que puedan conocer y minimizar los riesgos de infección adoptando comportamientos de prevención (...) Los programas de comunicación para el cambio de comportamiento a la comunidad [HSH y de servicios] pueden utilizar diferentes canales para informar, capacitar a la población con el fin que pueda participar en la prevención y la atención relacionadas con el VIH, entre ellos pue-



den ser: medios de comunicación, divulgación inter-pares, asesoramiento, educación y asesoramiento interpersonal, grupos de autoayuda, servicios)¹⁸.

El trabajo entre pares o el llamado alcance a iguales, por medio de promotores, es una estrategia mundialmente válida y con evidencias en su impacto. Esta estrategia desarrollada desde la comunidad tiene la ventaja de generar una corriente de aceptación y mayor identificación entre dos personas semejantes al compartirse lenguajes y códigos, lo que puede contribuir a la evaluación del riesgo y la implementación de estrategias de prevención y auto cuidado en las poblaciones claves.

Los/as promotores/as pares pueden estar cerca de grupos que por condiciones de marginalidad no son accesibles para otros, como educadores gubernamentales, facilitadores pertenecientes a organizaciones no gubernamentales o capacitadores de servicios de salud. Al capacitar a promotores/as de base comunitaria se logra fortalecer los recursos humanos locales y así se mejora la respuesta interna a la epidemia. Junto a la prevención del VIH se da importancia a los Derechos Humanos y la ciudadanía de estas poblaciones claves y también desde el ámbito local se establece coordinación y cooperación con servicios en sus propias localidades para la promoción de la salud, pero también para la atención y fortalecimiento desde los servicios.

Por tanto, la educación entre pares significa educación entre iguales, o educación entre personas que comparten alguna característica importante desde la identidad. Las diversas experiencias de educación entre pares se asientan sobre la base de que el trato

entre pares es directo y que se comparte un mismo lenguaje. La educación entre pares en la práctica, ha adoptado múltiples definiciones e interpretaciones en torno a quién es para y qué es educación (por ejemplo sensibilización, consejería, discusiones grupales, sesiones de lectura y role playing (juego de roles), distribución de material educativo, charlas informales, derivaciones a servicios, apoyo, etc.) (ONUSIDA, 1999)¹⁹.

Las teorías y modelos de cambio de conducta son parte esencial de las propuestas y el desarrollo del programa de educación entre iguales. Su inclusión disminuye la posibilidad de perder un componente importante de la intervención. Además, de esta manera, las y los educadores de pares con formación en este campo tienen más probabilidades de alcanzar sus objetivos a través de la educación entre iguales.

La educación entre iguales puede llevarse a cabo en grupos pequeños o a nivel individual y, de la misma manera, puede desarrollarse en diferentes ámbitos [especialmente en los espacios en dónde las poblaciones claves se reúnan]. Algunos ejemplos de actividades de educación entre iguales son:

- Sesiones con [grupos homogéneos de HSH/TF, MTS] en las que se hace uso de técnicas grupales participativas como la lluvia de ideas, el juego de roles o las historias personales.
- Una obra de teatro presentada [en espacios seguros o instituciones amigables] seguida por grupos de discusión.

¹⁸ UNAIDS/WHO, Directrices técnicas para la presentación de propuestas en la Ronda 8 DEL Fondo Mundial. Comunicación de Cambio de Comportamiento-Divulgación a la comunidad y a las escuelas, s/f: p 2.

¹⁹ Cordero Ana, Guía Metodológica para Capacitación a Promotores Pares de Poblaciones Claves, Proyecto VIH/SIDA/ITS en 6 regiones Sanitarias del Paraguay, MCP/CIRD, 2008: 6-7



- Conversaciones informales con [personas de las poblaciones claves] en una discoteca, bar, o lugar de encuentro] sobre conductas de riesgo o servicios para [las poblaciones claves].

La educación entre iguales, defiende el derecho de [las poblaciones claves] a participar en un proceso que les afecta y a acceder a la información y los servicios que necesitan para proteger su salud (...).

La educación entre iguales, tiene varias ventajas frente a otros métodos de promoción y educación para la salud. Una ventaja importante es la mayor credibilidad percibida a los ojos del grupo al que va dirigida. Quien ha participado en ella defiende este enfoque puesto que el hecho de que él o la educador/a y las personas asistentes tengan los mismos intereses en temas como la música, sus ídolos, el uso del lenguaje (...) la lucha por la independencia, etc.), y su papel social [como perteneciente de un mismo grupo social, género, etc.] facilita bastante las cosas. Otra ventaja de la educación entre iguales es el hecho de que sea más difícil que las y los educadores sean vistos y vistas como figuras de autoridad <<sermoneando sobre cómo comportarse>>. Más bien, en el proceso de educación entre iguales, los mensajes se perciben como consejos de un amigo o amiga que <<sabe lo que dice>>. Un buen educador o buena educadora de iguales se presente ante [la gente de su propio colectivo] como alguien que tiene inquietudes parecidas, que trata de ayudar, y que entiende lo que significa [ser de ese mismo grupo]²⁰.

3.4. Utilizando varios modelos para la educación entre iguales (pares) y la prevención del VIH en HSH, TF y MTS

La inclusión de los modelos y teorías del cambio de conducta en el diseño de programas es importante para lograr el éxito de la educación entre iguales y saber las condiciones en las que quedan una vez que han adoptado el cambio de conducta.

Aunque para muchas organizaciones con trabajo en prevención con poblaciones clave puede resultar novedoso o presentar un desafío importante pensar en los modelos y teorías de cambio, muchas, sino todas, ya las están utilizando en su trabajo cotidiano, a pesar de que no tengamos conciencia de ello, de ahí la importancia que las organizaciones participen de la discusión sobre la importancia de incorporar/organizar o identificar dichos enfoques metodológicos sobre el cambio de conducta, y en especial, que la organización no requiere utilizar un solo modelo, sino el menú de posibilidades que todos ellos ofrecen y las teorías en que se basan en la aplicación de su programa de prevención y cambio de comportamiento relacionados con el VIH.

En su trabajo de campo, los promotores-as/educadores de pares pueden centrar sus esfuerzos en una intervención (**modelo de procesamiento de la información o IMBR**) basada en la provisión de:

Información (el qué), la motivación (el por qué), las habilidades de conductas (el cómo) y los recursos (el dónde, cuándo, y quién) y los recursos que pueden utilizarse para cambiar las conductas de riesgo. Como ejemplo, los condones pueden prevenir el contagio del VIH, pero la persona todavía puede necesitar cierta motivación para usarlos, necesitar las habilidades para hacer un uso correcto, y necesitar conocer dónde, cuándo y cómo adquirirlos²¹.

²⁰ Srdajan, Zielony, Bodiroza, Kimzeque, La educación entre iguales en el marco de conducta, EN Entre Nous. Revista Europea sobre salud sexual y reproductiva, UNFPA/OMS-EUROPA, Núm. 56, 2003: p 4

²¹ Ibíd, p 5



Como se ha mencionado previamente, un programa de educación entre iguales (pares) necesita indiscutiblemente de un enfoque integral y ejecutarse bajo las condiciones enunciadas, la falta de alguna(s) de ella(s) generará un déficit en la posibilidad de alcanzar la reducción de las conductas de riesgo y la promoción de estilos de vida saludables.

Otro tipo de intervención (**modelo de creencias de la salud**) es aquella enfocada en promover en las personas conciencia para que valoren cómo evitar una enfermedad o curarse, si considera que teniendo una conducta saludable en particular y accesible le ayudaría a prevenir cualquier enfermedad (expectativa), con esto tomaría las acciones necesarias para adoptar dicha conducta saludable. En este tipo de intervención, requiere que la persona tenga confianza en los servicios de salud, además no toma en cuenta los hábitos, las actitudes y las emociones del individuo. Los-as educadores-as de pares compensan esta deficiencia identificando y ayudando a reducir las barreras que enfrentaría las poblaciones clave (PC) para acceder a los mismos generando confianza, compensando y brindando la información correcta, los incentivos y apoyo, también en la generación de espacios seguros y saludables.

[En el Ecuador], por lo general los hombres gay/bisexuales, HSH tanto visibles como invisibles, así como las TF, en particular, además de tener severas limitaciones de acceder a las pruebas de VIH en los servicios de la red pública de salud, un porcentaje significativo de ellos-as no se realizan las pruebas por temor al estigma y la discriminación en la unidad de salud de su sector o localidad, ya sea por razones de su orientación sexual, por su conducta sexual [o su identidad de género], el-la educador-a de iguales puede brindarle información sobre servicios de salud específicos con servicios culturalmente competentes para ellos(ellas)(Srdajan, et al, 2003).

Otra intervención en la línea de las anteriores (**modelo transteórico de las etapas de cambio**) considerada importante para la educación entre pares, es aquella que apunta a valorar y objetivar la conducta de una persona individual más que de un grupo, partiendo de la premisa que, las personas pueden encontrarse en momentos muy diferentes con respecto a sus actitudes, su experiencia en relación a esa conducta y sus intenciones²². Como parte de este proceso se identifican cinco etapas diferentes: precontemplación, contemplación, decisión/determinación, acción y mantenimiento. También se señala que este proceso no es lineal, sino más bien circular, es decir, las personas no pasan por estas etapas y las superan, sino que pueden entrar y salir en cualquier momento del proceso y con frecuencia reanudarlas²³.

TEORÍA DE ETAPAS DE CAMBIO (*)



* Di Clemente, Prochaska

Figura 3. Teoría del modelo transteórico etapas de cambio. Tomado de "Comunicación y Educación para la Promoción de la Salud" por Choque Larrauri, 2005, p4

²² Ibid, p 6

²³ Obra Citada 6: p 4



Tomando en cuenta las etapas de cambio, el programa de prevención de VIH puede aplicar el modelo tomando en cuenta las premisas siguientes:

CONCEPTO	DEFINICIÓN	APLICACIÓN
Precontemplación	No hay consciencia del problema y no se piensa en el cambio	Incrementar la consciencia de necesitar un cambio, brindar información personalizada sobre riesgos y beneficios
Contemplación	Se considera la posibilidad de hacer un cambio en el futuro cercano	Motivar, animar a hacer planes específicos
Intención (decisión/determinación)	Se elabora un plan para el cambio	Apoyar la formulación de un plan de acción concreto con metas graduales
Acción	Se implementan las acciones específicas del plan	Brindar retroalimentación, soporte social, reforzamiento y estrategias para solución de problemas
Mantenimiento	Se mantiene un comportamiento nuevo o deseado a lo largo del tiempo.	Apoyar el cambio, evitar las recaídas, encontrar alternativas

Figura 4. Teoría de Etapas de Cambio, Tomado de Teorías de cambio de comportamiento en promoción de la salud, por Orozco Angel de Ríos, s.f, consultado en: http://www.slideshare.net/OrlandoAsical/savedfiles?s_title=sesion-11-8222787&user_login=angelituz

Como se puede observar en el diseño de un programa de prevención y para la educación de pares, la utilización de modelos y teorías de cambio de comportamiento a nivel individual se conjugan con aquellas que contemplan el cambio grupal, las consideradas eficientes para el trabajo comunitario en la prevención del VIH son la teoría de la acción razonada. Esta teoría establece la intención de una persona de adoptar una conducta recomendada y la teoría de aprendizaje social o cognoscitiva que supone que las personas existen en

entornos donde los pensamientos, consejos, ejemplos, ayuda y apoyo emocional de otras personas influyen en sus sentimientos, comportamiento y salud.

Estas teorías suponen que las personas y sus entornos interactúan continuamente, aborda y explica claramente los factores psicosociales que determinan el comportamiento de salud y sirve para diseñar estrategias para promover el cambio de comportamiento²⁴.

²⁴Obra citada 6, p5



TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

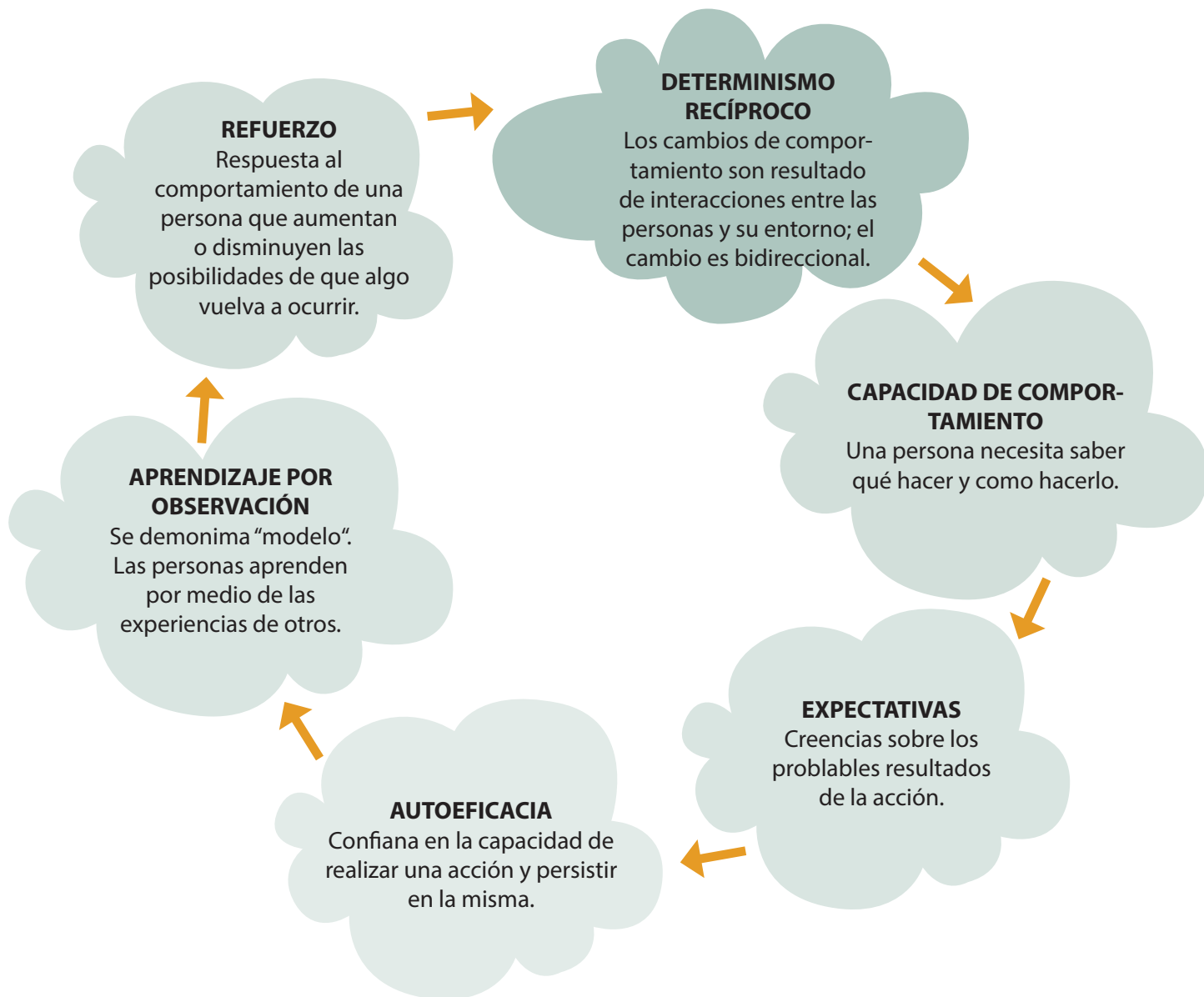


Figura 5. Teoría para el cambio grupal. Tomado de "Comunicación y Educación para la Promoción de la Salud" por Choque Larrauri, 2005, p5

Resumen

La teoría de la educación entre iguales se basa en la teoría de la conducta, que asume que las personas cambian progresivamente en base a la comprensión, interiorización de la importancia de su propia situación. Las personas no realizan cambios porque exista evidencia científica (...) El hecho de que se modifiquen las prácticas depende mucho del juicio subjetivo de una persona en la que tengan confianza y que haya realizado los mismos cambios sirviendo así de modelo creíble.

La Selección de las y los educadores de iguales, es crucial. Ha existido una tendencia a aceptar casi a cualquier persona dispuesta a realizar [este trabajo], pero para llevar a cabo un programa de manera eficaz, se deben tener ciertos criterios de selección que incluyan la edad, las habilidades y las actitudes.

Además la formación y supervisión deben ser consistentes y continuadas. Los educadores de iguales [deben contar con un programa que les permita la formación y actualización técnica y no solo considerar su introducción y entrenamiento como el todo de su preparación] El objetivo de garantizar una supervisión continua de los educadores de iguales (...) para asegurar no sólo que se difunde la información correcta, sino para apoyarles y crear espíritu de equipo²⁵.

Los modelos y teorías logran mayor eficacia cuando se integran a los llamados **“Sistemas de Planeación”**. Dichos sistemas son herramientas para la planeación, ejecución, y evaluación de los programas. Uno de los que se utiliza comúnmente es el **Mercadeo Social**²⁶.

²⁵ Lise Rosendal Ostergaard, Educación entre iguales y VIH/SIDA: ¿Cómo pueden las ONGs alcanzar una mayor implicación de la Juventud? En Srdajan, et al, La educación entre iguales en el marco de conducta, EN Entre Nous. Revista Europea sobre salud sexual y reproductiva, UNFPA/OMS-EUROPA, Núm. 56, 2003: p 7-9

²⁶ Jeanette P Lopez, Maité Plazas, Modelos para el cambio de conducta. Cuadernos de Nutrición. Vol 21. Septiembre-Octubre 1998: 7, consultado el 27 de Octubre del 2012 EN. http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubasignaturas/medicinav/s/saludysociedadiv/site-artic/20090318/asocfile/modelos_cambio_conducta.pdf

²⁷ Tomado y adaptado de: Herramientas, Entre jóvenes: Cómo crear programas exitosos de educación de pares, IPPF/RHO, No.03, Septiembre 2003:5

SECCIÓN IV

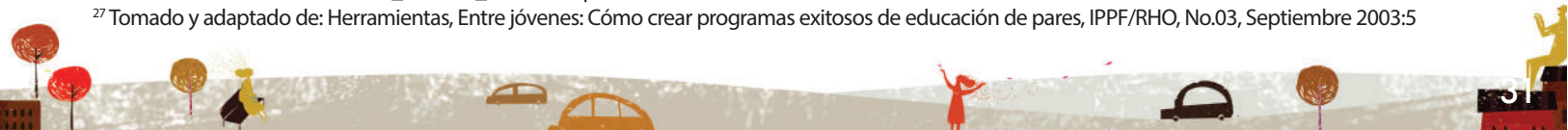
4.I. PUNTO DE PARTIDA²⁷

Al considerarse como el eje central para la prevención del VIH en las poblaciones de hombres gay, bisexuales, otros HSH, TF y MTS la educación a través del alcance a iguales, el principal desafío para las organizaciones y con base a su experiencia se centra en el desarrollo de un plan de preparación y retención de los mismos, debido a la multiplicidad de desafíos que esta estrategia presenta en la práctica.

Como la expresión lo define, los promotores, también conocidos como educadores de pares, mediadores, consejeros, son el talento humano clave para llegar a las poblaciones claves, incluidas aquellas de más difícil alcance o no institucionales, de ahí la importancia de que las organizaciones tengan bien clara la definición de las poblaciones a trabajar, esto constituye un aspecto clave tanto para la selección de los promotores, la realización del diagnóstico o evaluación de necesidades, la selección de las zonas de trabajo y de su equipo de trabajo.

a) La evaluación de necesidades

La evaluación de necesidades es el punto de partida de la conceptualización e implementación de un programa de educación de pares, como permite identificar las necesidades presentes en el grupo o comunidad con el que se desea trabajar. La evaluación permite además conocer el perfil de los/as (...) [HSH / TF/,MTS], incluyendo promedio de edad, problemas e inquietudes, costumbres, gustos, dispo-



nibilidad de tiempo, y factores contextuales, entre ellos situación económica, familiar y estado civil. Este paso sirve para pensar la mejor manera de abordar el programa, y también para identificar los factores que podrían interferir en las estrategias.

A menudo los/as (...) [HSH/TF/MTS] son vistos-as como un grupo homogéneo y se pasa por alto que sus necesidades varían de acuerdo a diversos factores que influyen en sus necesidades y las estrategias mejores para trabajar con ellos-as. Estos factores pueden ser:

- Sexo .
- Identidad de género.
- Edad.
- Nivel educativo (primario, secundario, universitario).
- Actividad y Situación laboral.
- Trabajo Sexual.
- Orientación Sexual [y comportamiento sexual] (homosexual, bisexual), heterosexual, [heteroflexible].
- Residencia (urbanos o rurales).
- Condiciones de vida (niños de la calle, situación familiar, [legal]).
- Condición social (casados, solteros, en unión).
- Otros factores (discapacidades físicas, estatus de VIH, uso de drogas, trabajo sexual).

La caracterización de la población clave es importante ya que permite un abordaje mejor y mucho más eficiente en cuanto a la cobertura a alcanzar por el programa. También, esta información es clave para el diseño de los mensajes y la información a transmitir y sobre el tipo de servicios que ellos necesitan, pues cada una de las subpoblaciones de hombres de las poblaciones claves requiere de ciertas diferencias en la prestación de dichos servicios.

Para la evaluación de necesidades, se pueden hacer uso de diferentes fuentes posibles, sean estas cuantitativas (estadísticas, registros locales, nacionales), datos de informes y evaluaciones previas. También, cualitativas (grupos focales, entrevistas semiestructuradas con informantes claves, observaciones, revisión de materiales y documentos).

La evaluación de necesidades permite entonces determinar cuáles estrategias y actividades serán las más apropiadas para la población meta y con ello, focalizar las estrategias de acuerdo a las necesidades y situaciones específicas de cada subpoblación de HSH.

b) El trazado de los objetivos

Independientemente de la experiencia de trabajo que una organización tenga con poblaciones clave, en este caso las PEMAR (HSH/TF/MTS), la evaluación de necesidades es un paso básico que le ayudará no solamente a alcanzar las metas trazadas por el programa de prevención, sino que en la definición de sus objetivos, podrá considerar:

- A quién llegará.
- Qué cambio se espera lograr.
- En qué plazo se logrará ese cambio.
- Dónde se realizará la intervención.

Es importante considerar la habilidad de la organización y la de los promotores de trabajar en las áreas seleccionadas para la intervención, teniendo en cuenta la facilidad del acceso, las relaciones de los miembros de la comunidad o la posibilidad de establecer vínculos con ellos, a fin de optimizar los recursos de promoción aplicados en la zona. Se deben establecer vínculos con organizaciones e instituciones con trabajo con dichas poblaciones claves y tener en cuenta sus necesidades, quiénes son, que restricciones tienen de tiempo (estudian, trabajan) y cuáles son sus lugares de reunión.

c) De la teoría a la práctica en la aplicación de las teorías y enfoques metodológicos de cambio de conducta por la organización

Es muy importante que todos los miembros del equipo de la organización responsable de la implementación del programa de prevención comprendan la aplicación en la práctica de las teorías y enfoques metodológicos del cambio de conducta, para ello, una



vez que el grupo haya tenido una presentación de las teorías y modelos más relevantes, el grupo debe hacer una revisión de las estrategias planificadas y pensadas para su intervención en el programa de prevención con HSH, MTS y TF: qué, dónde y cómo.

Una vez con esto, identificar las teorías y modelos (o partes de las teorías y modelos) que coinciden con el programa. La organización debe tener en cuenta que se pueden utilizar múltiples teorías y modelos en el mismo programa o que se pueden usar sólo algunos aspectos de las teorías y modelos. Una vez con ello, la organización puede describir el contexto teórico-metodológico que estará usando para su intervención²⁸. Este es un buen ejercicio para la organización pues le ayudará a establecer su marco metodológico de la intervención.

4.2. PROMOTORES-AS EDUCADORES-AS DE PARES (PEP)

En el ámbito del trabajo de la prevención del VIH y la promoción de cambio de comportamiento, los promotores educadores de pares (PEP) juegan un rol clave, ya que se convierten en agentes mediadores entre las comunidades y los servicios, como también, en facilitadores de procesos emprendidos por las personas en su camino hacia el auto-cuidado de la salud sexual con relación a la prevención de la infección por el VIH y las ITS.

En este ámbito, el-la Promotor-a es, una persona que pertenece a un grupo o comunidad con la que se desea trabajar, que conoce su entorno, problemática, el tipo de relaciones que establecen, su lenguaje, códigos y/u otras formas de comunicación y que además van a estar más cerca y en permanente contacto con la comunidad y pueden así favorecer y apoyar las actividades que se desarrollen en torno a la promoción de la salud de hombres gay, bisexuales, HSH, TF, TSM.

En el programa de prevención, el-la promotor-a, ocupa un papel principal ya que su participación se concibe como un medio facilitador mediante el cual los hombres gay, bisexuales, HSH, TF y MTS pueden debatir de temas de interés común y en particular compartir información ajustada a su propia realidad, utilizando mecanismos innovadores y trabajando aspectos positivos orientados a la disminución de los factores de riesgo y la adopción de prácticas más seguras para disminuir la transmisión del VIH.

El éxito de cualquier programa de educación entre pares se determina en gran parte por las habilidades y el compromiso de los-as mismos-as educadores-as de pares que pertenecen al programa.

a) Algunos Criterios de Selección para los-as PEP

- Edad dentro del rango de la población objetivo.
- Compromiso con las metas y objetivos del programa.
- Capacidad y motivación para dedicar tiempo al programa.
- Interés en el trabajo con pares y con la comunidad.
- Respetuoso-a con las ideas y comportamientos de otros-as.
- Ser dinámico-a, motivado-a, innovador-a, creativo-a, enérgico-a, cuestionador-a, confiable, discreto-a²¹.

El compromiso con el programa, el interés en participar y un grupo con una variedad de talentos conforman a un grupo eficiente de PEP.

b) Elementos claves para la capacitación de los promotores-as

Además de sus destrezas y temas de desarrollo necesarios relacionados al trabajo como promotor, la capacitación básica debe incluir:

²⁸ Tomado y adaptado de la obra citada 17: p 6

²⁹ *Ibíd* 17: p 17



TEMA	CONTENIDOS
Conocimiento formal de los temas	<p>En el programa de prevención del VIH, el-la promotor-a debe hacer énfasis en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición del VIH. • Medios de transmisión del VIH. • Medios de transmisión del VIH. • Medios de prevención. • Negociación de uso de condones. • Servicios amigables para HSH. • Servicios para HSH viviendo con VIH y opciones de tratamiento. <p>Estos temas se pueden abordar como parte de una presentación de información más relacionada con la salud sexual, relaciones de parejas, el trabajo sexual, la identidad, autoestima, sexualidad en general, género, etc.</p>
Desarrollo de habilidades	<p>Para ser efectivos-as, los Promotores-as deberán aprender:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades Técnicas: necesitan tener el conocimiento técnico básico de temas de salud sexual (...), por ejemplo: cómo usar un condón, [lubricantes]. • Habilidades de Enseñanza: especial énfasis en la educación y comunicación. Cómo enseñar correctamente a colocarse el condón. Cómo realizar debate en grupo, y resolver las preguntas personales (...) así como entregar directrices claras, guiar los debates, procesar las actividades y localizar los problemas cuando se trabaja con un grupo difícil. • Habilidades de Trabajo en Equipo: sus actividades requieren trabajar a veces el trabajo en parejas o en equipo, de ahí [que es importante que estos desarrollen sus capacidades de coordinación, entre otras].
Desarrollo personal y temas culturales	<p>Exploración de temas relacionados con la sexualidad, la religión, los roles de género, las personas que viven con el VIH, el uso de drogas, la orientación sexual, la toma de decisiones, y la toma de riesgos puede ayudar a los-as educadores-as [PEP] a ser más objetivos (...) y para entender más a los demás.</p> <p>Los-as educadores-as [PEP] de pares necesitan reconocer “que la función (...) es proporcionar información y referencia, no aconsejar, juzgar, o tratar de imponer sus propios valores”. La confidencialidad es el punto central del trabajo del-la promotor-a educador-a de pares.</p>
Funciones y Responsabilidades	<p>Los promotores deberán tener descritas sus funciones y responsabilidades para cada una de las tareas a cumplir, incluyendo las metas de cumplimiento y lo que deben esperar del programa, sobre el sistema de supervisión, fuentes de apoyo, entre otros aspectos a ser considerados claves por la organización.</p>

Figura 6. Elementos para capacitación de Promotores. Tomado y Adaptado de: Herramientas, Entre jóvenes: Cómo crear programas exitosos de educación de pares, IPPF/RHO, No.03, Septiembre 2003:17-19



c) Aspectos a considerar antes de la capacitación de los-as PEP del Programa de Prevención

Una capacitación Inicial intensiva es fundamental para motivar a los-as (...) [PEP] porque crea un ambiente de equipo y transfiere los conocimientos y las aptitudes para su trabajo.	Al programar la capacitación se debe considerar la disponibilidad de tiempo de los-as [PEP]. Se sugiere que la duración de una jornada de trabajo no sea mayor a cinco horas.	La capacitación inicial debe establecer una base de conocimientos y habilidades que puede servir como fundamento en capacitaciones de seguimiento.
Hay que realizar una prueba de conocimientos y habilidades antes de iniciar la capacitación que servirá como base para evaluar la efectividad de la misma.	El punto de partida de la capacitación debe ser los conocimientos y experiencias de los-as mismos-as [PEP] para que el contenido tenga relevancia y les motive a aprender.	La persona responsable de la capacitación muchas veces es vista (...) como modelo a imitar, y por lo tanto tendrá que proveer apoyo emocional y entendimiento.
De acuerdo a las necesidades, obstáculos y lecciones aprendidas durante la implementación del proyecto, se deberá actualizar la capacitación de los-as PEP con sesiones cortas en temas y aptitudes específicas.	Los [PEP] deben visitar las clínicas y conocer al personal clínico como parte de la capacitación para (...) puedan ver los tipos de servicios amigables a HSH y TF disponibles, lo cual facilita el proceso de referencia a la unidad de salud.	El seguimiento puede realizarse en sesiones cortas, proporcionando información y actualizaciones escritas. También debe considerarse el seguimiento personalizado para aquellos-as PEP con necesidades especiales.
La capacitación no debe ser vista como un fin en sí, sino como una fase de preparación donde los-as [PEP] adquieren los conocimientos y destrezas que necesitan para llegar a (...) los [HSH] beneficiarios directos del proyecto.	Los-as [PEP] que fueron seleccionados de la población meta son los mejores jueces para decidir cuáles son las actividades más apropiadas para esa población.	Los-as Coordinadores y los PEP, se deben incluir en todos los aspectos de la planificación e implementación del proyecto.

Figura 7. Tomado y Adaptado de: Paso 6: Capacitación Inicial EN Elementos para capacitación de Promotores. Herramientas, Entre jóvenes: Cómo crear programas exitosos de educación de pares, IPPF/RHO, No.03, Septiembre 2003:20



d) ¿Cómo determinar si los-as PEP tienen los conocimientos y aptitudes para el desarrollo de su trabajo? – Evaluación y seguimiento

Es necesario que la organización pueda determinar que los-as PEP cuentan con los conocimientos y aptitudes necesarios para llevar a cabo su trabajo en forma eficaz, de acuerdo a los objetivos de la capacitación (...) y determinar si estos aprendieron las técnicas e información necesarias.

[El-la coordinador-a del programa o el/la responsable de la capacitación en la organización con los resultados de la evaluación de los-as PEP] podrá identificar los puntos fuertes y débiles de la capacitación, así como los temas potenciales para las sesiones de seguimiento.

Es importante para la organización mantener el norte de los objetivos a alcanzar con el trabajo de los-as PEP, y de ahí nace la importancia de que establezca cuáles serán sus indicadores de desempeño resultado de la capacitación a los-as PEP, algunos de ellos podrían ser:

- Porcentaje de conocimiento correcto sobre los temas de capacitación.
- Número de participantes [PEP] evaluados que utilizan la información recibida en la capacitación.
- Cambio en las actitudes de los-as participantes [PEP].
- Necesidad identificada por ellos mismos [PEP] de capacitación adicional.

Estos indicadores permitirán tanto al Coordinador-a/Capacitador-a determinar si el candidato es apto o no, y si demuestra las capacidades suficientes para el trabajo de pares.

e) Funciones básicas de los-as promotores-as educadores-as de pares (PEP)

- Elaborar el plan de trabajo conjuntamente con el Coordinador-as del Proyecto y los-as Animadores-as del Proyecto.
- Realizar el mapeo y caracterización de los diversos subgrupos de HSH, de las TF y de las MTS a alcanzar conjuntamente con los-as Animadores-as del Proyecto.
- Planificar jornadas educativas para la salud y la prevención del VIH en espacios seguros para las PC en coordinación con los-as Animadores-as responsables del sector en intervención.
- Conjuntamente con el-la Coordinador-a del Proyecto, facilitar/incidir en la negociación y la coordinación de la prestación de los servicios por parte de las unidades de salud (del sector público, privado o comunitario) a las PC.
- Coordinar con las unidades de salud y otros las referencias y las contra-referencias relacionadas a las atenciones derivadas a dichos servicios desde el proyecto.
- Coordinar con los-as Animadores-as el trabajo de campo y la retro-alimentación de la agenda de trabajo.
- Acompañar a los-as animadores-as en las actividades públicas y mesas informativas de difusión masiva para brindar asesoramiento a profundidad a usuarios contactados de la PC que lo requieran.
- Cumplir con toda la gestión administrativa y documental exigida por la organización y orientada al cumplimiento de los objetivos del proyecto.



f) Algunas actividades que los-as PEP en sus tareas de alcance a pares/iguales pueden implementar

- Organizar reuniones y sesiones educativas.
- Enseñar a sus pares a hacer una evaluación personal de riesgos frente al VIH.
- Enseñar cómo negociar la actividad sexual de menor riesgo.
- Brindar asesoría/consejería de pares (individualmente o en grupos).
- Orientar y remitir a hombres gay, bisexuales y otros HSH, TF y MTS a los servicios.
- Organizar mesas de trabajo y foros .
- Crear grupos de reflexión, clubes de salud.
- Organizar y brindar información y asesoría en ferias de salud en coordinación con las unidades de salud.
- Realizar actividades de sensibilización y concienciación a prestadores de servicios sobre atención culturalmente competente en servicios de salud a HG/BI/HSH/TF.
- Distribuir materiales de información, educación y comunicación (IEC) e insumos de prevención como condones y lubricantes.
- Organizar actividades de movilización y concienciación comunitaria.

g) El campo de las intervenciones de los-as PEP en la promoción de los comportamientos claves

Como el R9FM plantea un desafío importante para las intervenciones con las poblaciones de hombres gay, bisexuales, HSH, TF y MTS cuyo enfoque se centra en

alcanzar la mayor cobertura de estas subpoblaciones en mayor riesgo frente al VIH y las ITS, la metas basada, además de la cobertura, para el programa es:

- Promover comportamientos saludables que disminuyan substancialmente las probabilidades de transmisión del VIH y de las ITS a través del contacto sexual entre los HSH, las TF y las MTS.
- Facilitar el acceso a los servicios a las poblaciones HSH , TF y MTS en la red de salud (pública, privada y comunitaria), así como el acceso a servicios de APV para el diagnóstico oportuno del VIH, incluyendo la provisión de insumos de prevención.

Las intervenciones de los-as PEP en el marco de la estrategia de comunicación para el cambio de comportamiento (CCC), se sustentará en la difusión de los siguientes comportamientos claves:

- Incrementar el nivel de conciencia de la transmisión del VIH y su prevención.
- Uso consistente del condón con parejas estables y casuales.
- Uso de lubricantes a base de agua.
- El uso de servicios relacionados al VIH/ITS.
- Reducir el sexo anal desprotegido.
- Retraso del debut sexual.
- Diagnóstico y tratamiento oportuno de VIH.
- Diagnóstico y tratamiento oportuno de las ITS.



4.3. Categorías de las intervenciones de prevención

El ámbito de acción de los PEP, se puede enmarcar dentro de las siguientes categorías:

INTERVENCION	BASADA EN	A TRAVES DE
1) Contacto Individual	Teoría del CC	<ul style="list-style-type: none"> • Educación de pares a nivel personal. • Asesoramiento sobre la reducción de riesgos. • Sesiones de conversaciones por internet.
2) Contacto Grupal	Teoría del CC	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades interactivas a través del uso de juegos de mesa, teatro, entre otras para promover los mensajes de prevención.
3) Actividades de Sesiones Múltiples	Teoría del CC	<ul style="list-style-type: none"> • Conversatorios temáticos de interés de las HSH, TF, MTS que incluyen la promoción de las relaciones sexuales más seguras y el uso correcto y consistente del condón.
4) Grupos de Apoyo		<ul style="list-style-type: none"> • Reuniones regulares con PVS-HSH para la promoción de prácticas sexuales de bajo riesgo y la adherencia a medicamentos. • Clubes de Salud para el asesoramiento sobre el cuidado de la salud sexual de HSH seronegativos al VIH.
5) Actividades basadas en eventos y campañas de comunicación		<ul style="list-style-type: none"> • Campañas específicas con contenidos sobre sexo más seguro adaptadas a las características de cada una de las poblaciones claves. • Ferias y eventos, uso de quioscos informativos, distribución de información sobre unidades de atención para VIH e ITS, distribución de condones, etc.
6) Defensa y Promoción		<ul style="list-style-type: none"> • Actividades orientadas a facilitar el acceso a los servicios de las unidades de salud y reducir el estigma y discriminación en estos hacia HSH Y TF.

Figura 8. Adaptado de: Cecilia Gayet, et al. Programa de comunicación para el cambio de comportamiento relacionado con el VIH para sitios de alta prevalencia en México, MESURE Evaluation / USAID. WP-12-130-ES, 2012, P 15-16 consultado en: www.cpc.unc.edu/mesure

SECCIÓN V

5.1. INTERVENCIONES INNOVADORAS PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH EN HGB/HSH Y TF

a) Uso de incentivos

El uso de incentivos para la promoción de cambio de comportamiento y motivar la demanda de servi-

cios de prevención por parte de las poblaciones HGB/HSH/TF se considera como una estrategia innovadora independientemente si los incentivos son económicos o en especie (no económicos). Aunque los incentivos económicos resultan lo suficientemente prometedores como factores que contribuyen potencialmente al cambio de comportamiento, los incentivos no económicos o en especie pueden contribuir



significativamente a que las poblaciones claves participen en cualquiera de las estrategias de prevención seleccionadas por la organización para que los HGB/HSH/TF:

- Se realicen la prueba del VIH.
- Recoja los resultados de la prueba de VIH.
- Participe en intervenciones de prevención del VIH/SIDA.

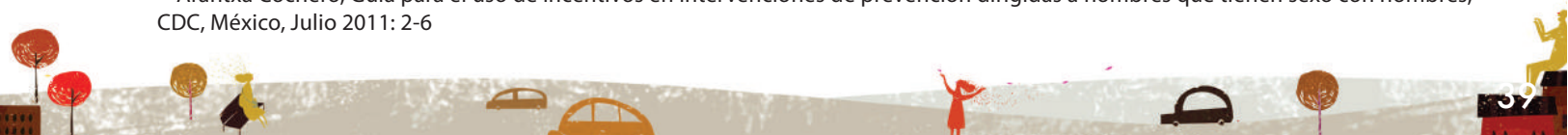
La preparación/oferta de los incentivos en especie debe hacerse tomando en cuenta las características de cada una de las poblaciones claves y deben mencionarse en

todas las etapas de implementación del programa por parte de los-as PEP partiendo por la etapa de reclutamiento del potencial participante en el programa. En este tipo de intervención los incentivos pequeños funcionan bastante bien para motivar un cambio, y se ha demostrado (...) que en la población de más alto riesgo (...) que el uso de incentivos sea un medio prometedor para lograr aumentar la detección oportuna y la participación en actividades de prevención dirigidas a reducir comportamientos de riesgos³⁰.

b) Elementos básicos de la intervención

Intervención	Procedimiento	Cuándo
Pruebas y consejería voluntarias	La estrategia para aumentar la detección oportuna con una estrategia de alcance en sitios de encuentro incluirá en la invitación el ofrecimiento de incentivos para motivar a la población a que se haga la prueba de VIH	Los individuos que se hagan la prueba recibirán un pequeño incentivo y se les invitará a recoger sus resultados informándoles que si vuelven para recibir sus resultados, recibirán un incentivo aún mayor al final de la sesión de consejería.
Entrevista Motivacional	El propósito de los incentivos es motivar que los HSH y TF acepten participar en la entrevista motivacional.	A los-as HSH, TF y MTS que se invite a participar en la entrevista motivacional, se les informará que se les dará un incentivo no monetario al terminar la entrevista.
Sesiones Individuales (EXPLORE)	EXPLORE es una intervención que tiene 10 sesiones, los incentivos se pueden usar para motivar que la población objetivo de esta intervención participe al menos el 9 de las 10 sesiones.	Para que completen la mayor parte de las sesiones se les entregará un incentivo al final de las 10 sesiones a quienes hayan completado el 90%.
HSH, TF, MTS por Internet	En las intervenciones que se harán por Internet se pueden ofrecer incentivos a quienes acudan a alguna de las sesiones del programa, se hagan las pruebas de VIH.	Los incentivos se entregarían igual que en la intervención de la prueba y consejería a los que lleven un número confidencial que sería otorgado a quien participe en las intervenciones por Internet.

³⁰ Arantxa Cochero, Guía para el uso de incentivos en intervenciones de prevención dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres, CDC, México, Julio 2011: 2-6



c) ¿Cómo se monitorea y evalúa la intervención basada en incentivos?

Como los incentivos están ligados a intervenciones de prevención, el monitoreo se aplicaría de acuerdo con las guías de cada intervención aunque adicionalmente deberán monitorearse la entrega de incentivos.

Por tratarse de un mecanismo innovador en prevención del VIH (...), para la evaluación de impacto se recomienda que en una misma intervención se pruebe la intervención sola y la intervención con incentivos (...) para evaluar cuál es el efecto agregado de ofrecer incentivos³¹.

d) La entrevista motivacional (EM)

La entrevista motivacional es una metodología de intervención breve [cara a cara] centrada en el-la usuario-a que fundamentalmente ayuda a explorar y resolver ambivalencias acerca de una conducta o un hábito insano para motivar cambios hacia estilos de vida más saludables.

La EM adopta un enfoque no directivo, centrado en la población y que hace énfasis en la selección personal y responsabilidad para decidir una conducta futura, siendo el componente motivacional la estructura base que sustenta la intervención.

Paralelamente [el-la PEP] lleva a cabo una evaluación objetiva en donde se trabaja la responsabilidad de la población en escoger y realizar un cambio personal. También reconoce que algunos comportamientos son especialmente resistentes al cambio por lo que adopta un enfoque de Reducción de Daño (RD) que considera que las conductas de riesgo son un elemento natural de nuestro mundo y en donde la labor del educador se centra en reducir al mínimo los efectos nocivos de esas conductas en vez de centrarse en su desaparición³².

La EM en el caso de la población TF es una metodología que sirve de manera en particular para discutir y aten-

der, aquellos aspectos relacionados como prioritarios antes que la prevención del VIH como la terapia hormonal ya que se podría motivar a las TF a que utilicen los servicios de salud, en los que a su vez, podrían obtener información para la prevención del VIH, así como también brindan la oportunidad de incluir a las parejas y amigos-as (Center for AIDS Prevention Studies. UCSF. AIDS Research Institute, 2002).

En el caso de MTS la entrevista motivacional podría ayudarles a fortalecer una decisión sobre el uso del condón con su pareja estable y encontrar líneas de apoyo para involucrarlo en el proceso de la prevención.

e) Elementos claves de la intervención en la EM

- **Expresar empatía.** Consiste en la búsqueda del educador por responder a los puntos de vista de la población de una manera comprensiva. Una relación de aceptación y respeto construye un vínculo y fomenta la autoestima de la población.
- **Crear una discrepancia.** Se refiere a establecer y potenciar, en la mente de la población, una diferencia entre la conducta actual y unos objetivos más amplios. La población debe ser quien dé las razones que tiene para cambiar más que el promotor.
- **Evitar la discusión.** Nos recuerda que la intervención cara a cara en la EM no confronta, y que la situación menos deseable es la de que un educador discuta con la población para convencerle de que tiene un problema.
- **Darle un giro a la resistencia.** Hace referencia a que las percepciones de cada individuo pueden cambiar. Los nuevos puntos de vista se sugieren, no se imponen.
- **Fomentar la auto eficiencia.** Fomentar que la población es responsable de escoger y llevar a cabo un cambio personal.

³¹ Ibid.

³² Juan Guarduño, Ricardo Pulido, Ricardo Román, Guía para la Implementación de Intervenciones Cara a Cara utilizando los principios de la Entrevista Motivacional, Population Services International PSI AC. México, Julio 2012: 4-7



f) Etapas de cambio y tareas del-la educador-a de Pares³³ [PEP]

Etapas de Cambio	Tareas motivacionales del Promotor	Preguntas claves	Materiales
Precontemplación	Aumento de la percepción de riesgo, es mostrar que determinada conducta representa peligro y por lo tanto trae consecuencias personales.	¿Qué consecuencias podría tener usted por no realizar determinada conducta? ¿Qué prácticas pueden ser más peligrosas?	Cuestionario sobre conductas de riesgo más frecuentes.
Contemplación	Fomentar la autoeficacia que es el convencimiento en la capacidad para tomar acciones para reducir el riesgo.	¿Qué hace usted para protegerse? ¿Qué ventajas puede traerle determinada conducta?	Material impreso que enliste las consecuencias de una determinada conducta de riesgo que se quiera modificar.
Determinación	Ayuda a la PC a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el camino.	¿Cómo podría realizar determinada conducta? ¿Qué acciones les funcionarían?	Material impreso que contenga los beneficios de realizar una conducta saludable.
Acción	Ayuda a la PC a adoptar un nuevo comportamiento, que se realice durante un mínimo de 6 meses.	¿Qué ventajas ha notado al realizar la conducta? ¿Cómo se siente cuando la realiza?	Material impreso del uso correcto de insumos preventivos o reductores de riesgo con su respectivo insumo preventivo.
Mantenimiento	Refuerza la conducta deseada para que no haya recaída.	¿Qué ventajas ha notado al realizar la conducta? ¿Cómo se siente cuando la realiza?	Material promocional y suministros de insumos preventivos e insumos reductores de riesgo.
Recaída	Ayuda a la población a renovar constantemente el proceso.	¿Qué cosas le hacen pensar que no necesita la conducta? ¿Qué sucedió para dejar de hacer la conducta?	Material impreso que enfatice los beneficios de la conducta lograda y que a su vez motive a la PC para mantenerse en una etapa.

³³ Ibid.



g) Entrevistas Individuales (EXPLORAR)³⁴

La intervención Explorar está dirigida a hombres que tienen sexo con hombres VIH seronegativos. Consta de 10 sesiones de consejería individual cara-a-cara en un período de 4-5 meses. Las 3 primeras sesiones tienen como objetivo establecer la relación entre el consejero y el participante y obtener una evaluación de riesgo personalizada. Las 7 sesiones restantes abarcan temas como la comunicación sexual, conocimiento personal y del estatus de VIH de otros cuando se toman decisiones sexuales, y el papel que tiene el uso de drogas y alcohol en las conductas de riesgo. Las sesiones también abordan cómo afrontar las situaciones que desencadenan prácticas sexuales inseguras y las habilidades necesarias para modificar los comportamientos de riesgo. Se utiliza la entrevista motivacional para ayudar a los participantes a mantener conocimientos, actitudes, creencias y cambios de comportamiento. Se realizan sesiones de seguimiento cada 3 meses, después de haber concluido las 10 sesiones iniciales de consejería.

h) Explorar busca los siguientes objetivos

- Prevenir la adquisición de nuevas infecciones por el VIH.
- Reducir el coito anal sin protección.
- Reducir el coito anal sin protección en parejas serodiscordantes.
- Reducir el coito anal receptivo sin protección en parejas serodiscordantes.

i) La intervención se sustenta en:

- La entrevista motivacional, que aborda el cambio de comportamiento en áreas en las que las personas pueden ser ambivalentes.

- Modelo de habilidades de Información-Motivación-Conducta, como medio de apoyar la capacitación en el uso de habilidades específicas (por ejemplo, comunicando intenciones de utilizar un preservativo en diferentes contextos interpersonales).
- Teoría del Aprendizaje Social que se centra en los componentes normativos de comportamiento.

La intervención Explorar ha sido catalogada por los CDC como una intervención que cumple con los criterios necesarios de “mejor evidencia” debido a su efectividad.

j) Intervención, Líderes de Opinión Popular (LOP)³⁵

Esta intervención de nivel comunitario envuelve la identificación, el reclutamiento y la capacitación de líderes de opinión, para fomentar normas y comportamientos sexuales más seguros dentro de sus redes sociales, a través de conversaciones sobre la reducción de riesgos.

k) Elementos del LOP

- La intervención está dirigida a una población objetivo (HSH, TF, MTS) identificable en lugares bien definidos de la comunidad y donde se puede estimar el tamaño de la población.
- Se usan sistemáticamente técnicas etnográficas para identificar los segmentos de la población objetivo y para identificar a aquellas personas que son las más populares, muy queridas y de confianza en cada segmento de la población.
- El programa les enseña a los-as LOP destrezas para iniciar mensajes de reducción de riesgos de infección del VIH con sus amigos-as y conocidos-as.
- El programa de capacitación les enseña a los-as LOP las características de los mensajes de comunicación

³⁴ Toda la sección tomada de: Guía 05. Explorar / Explore en Provisional Procedural for Community Based Organizations, CDC, EEUU 2011, p 2

³⁵ Texto tomado de: Intervenciones Efectivas. Prevención del VIH que funciona. Consultado el 09 Noviembre del 2013 EN www.effectiveinterventions.org/HighImpactPreventions/POL.aspx



eficaces para el cambio de comportamiento focalizado en los riesgos asociados a las actitudes, normas, intenciones y la autoeficacia. A través de conversaciones, los LOP promocionan personalmente los beneficios de las conductas más seguras y recomiendan los pasos prácticos necesarios para realizar el cambio.

- Grupos de LOP se reúnen semanalmente en sesiones que usan instrucción, modelaje de facilitares y ejercicios de juegos de roles para ayudar a los-as LOP a refinar sus destrezas y ganar confianza en la provisión de mensaje de prevención del VIH eficaces.
- Entre una sesión y otra, los-as LOP establecen metas para entablar conversaciones sobre la reducción de riesgos con sus amigos y conocidos de la población objetivo.
- Los resultados de las conversaciones de los-as LOP se revisan, discuten y refuerzan durante sesiones de capacitación subsiguientes.
- Se usan logotipos, símbolos y otros dispositivos como iniciadores de las conversaciones de los-as LOP con las personas a impactar.

La eficacia de esta intervención es reconocida para la prevención del VIH basada en los diversos ensayos realizados en los Estados Unidos.

f) EMPOWERMENT / El Proyecto de Apoderamiento³⁶

Una intervención de nivel comunitario dirigida a hombres jóvenes homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres entre las edades de 18 a 29 años. Se enfoca en aumentar las pruebas del VIH, disminuir la conducta sexual de riesgo (..) en la distribución de condones y lubricantes. La intervención es facilitada por un grupo central de 12 a 20

hombres jóvenes de la comunidad, y [los promotores]. El programa se basa en siete principios rectores, los cuales se utilizan para adaptar la intervención en poblaciones en ambientes diversos, y depende de la integración de los siguientes elementos:

- *Grupo central.* La intervención es facilitada por un grupo central de 12 a 20 jóvenes HGB/HSB de la comunidad, quienes junto con otros voluntarios, diseñan y realizan todas las actividades del proyecto.
- *Alcance formal.* Equipos de HGB/HSB van a localizaciones frecuentadas por otros hombres jóvenes para discutir y promover la realización de pruebas de VIH, las relaciones sexuales seguras, distribuyen condones y lubricantes y reparten literatura acerca de la realización de pruebas y reducción del riesgo del VIH. Además de esto el equipo crea sus propios eventos sociales (ej, cenas los domingos, fiestas de videos, paseos y discusiones en grupos) para atraer a los HGB/HSB de manera que se promueva la realización de la prueba de manera frecuente, relaciones sexuales seguras, construir la comunidad, y reclutar al grupos de apoderamiento (M-Group).
- *M-Group.* Estas reuniones son dirigidas por compañeros pares, en un grupo entre ocho y diez jóvenes HGB/HSB, para discutir los factores que contribuyen a la realización frecuente e infrecuente de pruebas de VIH y a conllevar relaciones sexuales inseguras entre los hombres. A través de estos ejercicios de desarrollo y destreza, los jóvenes practican técnicas de negociación para obtener relaciones sexuales más seguras y destrezas para el uso correcto del condón. Los participantes reciben gratuitamente condones y se les capacita para que realicen alcance informal.
- *Alcance Informal.* Consiste en que los HGB/HSB discutan entre sus redes sociales, la necesidad de

³⁶ Ibid



realizarse con frecuencia las pruebas de VIH y de obtener relaciones sexuales más seguras. Esta discusión se puede lograr de manera verbal como a través de textos de información a sus amistades.

- *Espacio para el proyecto.* Idealmente, el proyecto cuenta con su propio espacio físico, en donde la mayor parte de los eventos sociales y las reuniones serían realizado y en el cual los HGB/HSB se puedan reunir y socializar durante horas específicas.

SECCIÓN VI

6.1. EL MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN³⁷.

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 sexual del VIH. La presente sesión se enfoca principalmente en el monitoreo y la evaluación que la organización debe tener sobre el programa de prevención con la finalidad de asegurar que el programa se está implementando de acuerdo a lo planificado y al alcance de sus objetivos y orientado a los resultados esperados sobre el efecto deseado del mismo en las poblaciones clave, en otras palabras, se pretende observar los cambios deseados, y en este caso no se enfocará en los niveles de cobertura pero si en los aspectos facilitadores/barreras de acceso a los servicios.

La supervisión, el monitoreo y la evaluación están estrechamente ligados pero cada uno tiene un rol único.

- **La supervisión** se centra en las y los educadores de pares porque es el proceso destinado a supervisarlos y entregarles apoyo continuo.

- **El monitoreo** se centra en las actividades, evaluando si transcurren como estaban planeadas, con el fin de asegurarse que el programa va por el camino correcto para alcanzar los objetivos.
- **La evaluación** se centra en los resultados del programa de educación de pares para medir si se lograron los objetivos.

El monitoreo también considera la calidad de las actividades, lo que es instrumental para que el programa logre los objetivos. Como el monitoreo está estrechamente ligado al proceso de supervisión y apoyo, sirve como un “chequeo” de que el número y el tipo de actividades planificadas se realicen con la calidad suficiente, permitiendo que el equipo soluciones los problemas cuando sea necesario.

En cambio, la evaluación es el proceso de determinar los resultados del programa, es decir, si se lograron los objetivos. Es importante destacar que probablemente los programas de educación de pares tendrán efecto en dos niveles: en los mismos PEP y en sus beneficiarios. De hecho las evaluaciones demuestran que los efectos de estos programas son mayores en los mismos PEP. Sin embargo como la educación de pares busca lograr un cambio en la población [clave], es importante que la evaluación se centre en los cambios de los beneficiarios.

Las evaluaciones de impacto determinan cuánto de un cambio observado se debe a los esfuerzos del programa y requiere un diseño riguroso, conocimientos específicos y recursos significativos. Aunque las evaluaciones de impacto no están dentro del ámbito de la mayoría de los programas de educación de pares, las evaluaciones de resultado [motivo de la presente sesión] se pueden aplicar a cualquier programa de educación de pares con un poco de planificación.

³⁷Tomado y adaptado de: obra citada en 19: p37-40 y en obra citada en 29: p



a) ¿Qué herramientas utilizar para el monitoreo y la evaluación?

La selección de los indicadores parte de cuan claros son los objetivos del programa para evaluar y cuan cuantificables son y si no lo son pensar en el rediseño de los mismos para que estos sean medibles. También se consideran la intensidad de las actividades que realizarán los PEP para asegurar que dichos objetivos sean realistas. Para monitorear el programa se necesitan indicadores de proceso relacionados con el número y el tipo de intervenciones realizadas, mientras que para evaluar los

resultados del programa, se necesitan indicadores de resultados que puedan reflejar un cambio en el conocimiento, las actitudes y prácticas de la población clave.

A veces se le da más importancia en la medición al número de actividades realizadas y PC alcanzados, que a los cambios deseados en la PC, que es el fin último de la intervención del programa.

Las fuentes de recolección de la información (datos), exige de un equilibrio entre las metodologías cuantitativas y cualitativas.

METODOLOGIA	SE BASA EN	CARACTERISTICA	FUENTES DE DATOS
Cuantitativa	En la medición, su principal interés es la cantidad y responde a las preguntas: ¿Cuántos? ¿Qué porcentaje? ¿Cuántas veces?	Se busca la precisión, hay que controlar la medición. Su diseño se predetermina y estructura antes del trabajo de campo. Las herramientas más conocidas son: <ul style="list-style-type: none"> • La encuesta. • El registro de usuarios por tipo de consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios de punto de comparación y de seguimiento. • Encuestas cuantitativas con PEP y beneficiarios. • Encuestas de calidad. • Encuestas de línea de base y de seguimiento. • Pre y post-pruebas en los talleres de PEP.
Cualitativa	Responde a la pregunta ¿por qué?	Conocer en profundidad el porqué de los hechos, formas de pensar, expresión y motivaciones que ayudan a identificar, explorar y comprender problemáticas.	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de campo e informes de actividades. • Visitas de supervisión de campo y observaciones. • Grupos focales con beneficiarios. • Grupos focales con otros interesados directos. • Grupos focales con PEP. • Grupos focales con proveedores de servicios. • Entrevistas a profundidad con PEP, sus beneficiarios y otro personal del programa. • Encuestas cualitativas con PEP y beneficiarios. • Apoyo y reuniones de supervisión.



c) La recolección y análisis de los datos

Antes de la implementación del programa es importante que la organización establezca un sistema de recolección de la información, para lo cual debe diseñar una serie de formatos simplificados y establecer quiénes llevarán la responsabilidad de la colecta de los datos. En el caso de la organización no cuente con un responsable de monitoreo y evaluación, el coordinador del programa así como los PEP deben recibir el entrenamiento correspondiente sobre el manejo de dichos instrumentos para con ello garantizar la confiabilidad de la información.

Al diseñar los instrumentos de recolección de la información es muy importante verificar que estos correspondan a los objetivos del programa, asegurándose que habrá indicadores que correspondan a cada uno de los objetivos del programa. Una herramienta clave de planificación y que permite identificar la correspondencia de los indicadores es el marco lógico.

Para el proceso de recolección y análisis de los datos se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Los datos se recolectan a lo largo de todo el programa
- Los datos de línea de base deberían ser recopilados antes de que los PEP inicien sus actividades con sus pares
- Si no se cuenta con una línea de base es difícil tener información o contar con datos robustos, más sin embargo si se obtiene información durante el proceso de implementación del programa los datos pueden ser de utilidad.
- Puede recopilarse datos de línea de base a través del reclutamiento de nuevos beneficiarios para evaluar el programa, incluso si la evaluación no fue considerada a comienzos del programa.

- Los datos sobre el número y tipo de actividades ejecutadas son importantes, pero lo más importante son aquellos además del conocimiento y actitudes de la población clave, los relacionados a las prácticas (comportamiento).
- La intensidad (la cantidad y frecuencia de tiempo que se dedica a un beneficiario) y la calidad de las actividades de los PEP probablemente tendrá un efecto en el grado de cambio.
- El cambio de comportamiento es un proceso que ocurre a lo largo del tiempo y es improbable que se logre en corto plazo.
- Los PEP pueden llevar un registro con los nombres y formas de contacto de cada uno de los beneficiarios para seguimiento (como una evaluación una vez terminado el programa) asegurando al beneficiario la confidencialidad de sus datos.
- Cuando los PEP conduzcan actividades en grupo, deben aplicar una pequeña encuesta antes y después de la actividad. Esta encuesta puede preguntar también cómo los beneficiarios utilizarán la información aprendida.
- El aspecto más importante al evaluar un programa de educación de pares es evaluar el efecto que tuvo en los beneficiarios del programa, además de los PEP, de ahí la importancia de la línea de base como los datos de seguimiento.

SECCIÓN VII

7.1. ASPECTOS BÁSICOS DE LA INFECCIÓN POR EL VIH QUE ÉL-LA PROMOTOR-A DEBE MANEJAR ³⁸

El-la Promotor-a Educador-a de Pares debe conocer y poder responder claramente a las siguientes cuestiones claves:

³⁸ Tomado de la obra citada en 29: 41-48



a) ¿Qué es el VIH?

El virus de inmunodeficiencia humana –VIH– es una partícula infecciosa que afecta al 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. 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.

b) ¿Qué es el sistema inmunológico?

Es el sistema de defensa natural del cuerpo contra las infecciones. Por 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.

c) ¿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 anticuerpos (...) Sin embargo, la velocidad con la que el virus se replica es superior a la velocidad de la respuesta generada por el organismo (...) con el tiempo, el virus puede anular la 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).

d) ¿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.

e) ¿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 [de madre a hijo], parenteral [a través de jeringuillas].

f) ¿Cuáles son las vías de transmisión del VIH?

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

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).

Parenteral: 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 el VIH. Por ejemplo, en el intercambio de instrumentos utilizados para el consumo de drogas inyectables, la realización de tatuajes con instrumentos no esterilizados, transfusiones de sangre o de órganos a los que no se ha hecho la prueba de detección del VIH.



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. Cuánto más alta sea la carga viral en la madre gestante, mayor es la probabilidad de que él o la bebé adquiera el virus.
- **Durante el parto**, por el contacto con la sangre y otros fluidos. La mayor parte de las infecciones ocurre en este momento.
- **Durante la lactancia**, el virus puede pasar a través de la leche materna en el sangrado de los pezones de la madre.
- Una mujer que vive con el VIH, puede evitar la infección de su bebé si recibe el tratamiento médico oportuno y adecuado.

g) ¿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 dedo, del cual se toma una gota de sangre. El resultado se obtiene en 20 minutos aproximadamente. [También tomando una muestra de sangre de la vena del brazo y el resultado se obtiene en una hora].
2. **Muestra de Sangre tomada y procesada en el laboratorio:** La prueba más usada es la ELISA para VIH, que detecta anticuerpos producidos por el organismo. Estos anticuerpos son detectables unas semanas después de la exposición inicial al virus, en un promedio de doce semanas denominado “ventana inmunológica”, o [período de ventana].

Los resultados de estas pruebas son de dos tipos: reactivos y no reactivos. “Reactivos” cuando la prueba detecta an-

ticuerpos que dan cuenta de la infección del VIH y “no reactivos” cuando la prueba no detecta dichos anticuerpos.

Como las pruebas de VIH pueden no detectar los anticuerpos en caso de infecciones muy recientes que están dentro del período 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 es reactivo, se realiza una segunda prueba tamiz, y si esta sigue siendo reactiva, se realiza una prueba confirmatoria denominada Western Blot.

h) ¿Cuáles son las ventajas de hacerse la prueba?

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 la información que sustente discusiones oportunas destinadas al cuidado de sí y de otras personas que vivan o no con el virus.

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

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 o intereses personales asociados al cuidado de su salud.

Esta asesoría se realiza en dos momentos: antes de la prueba para VIH y después de 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 reproductiva.
- Se ofrece información sobre 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 acciones psicosociales que se consideren necesarias.

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

La asesoría se brinda en un espacio confidencial y personalizado, y se brinda en un tiempo determinado, facilitando la comunicación interpersonal, brindada por personal capacitado e idóneo.

j) ¿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 él 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 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”.

k) ¿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 las infecciones de transmisión sexual y el VIH. Esto significa, emplear un condón por cada práctica, sea esta vaginal, oral o anal.

En las prácticas penetrativas –sean vaginales o anales- el condón debe usarse antes de la penetración cuando el pene esta 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.



7.2. Conocimientos de refuerzo o ideas fuerza complementarias de apropiación y manejo por parte de los PEP:

<p>La carga viral es la cantidad de virus presente en la sangre de una persona. Cuánta más alta es la carga viral, más afectado está el sistema inmunológico.</p>	<p>El VIH sólo es detectable con la prueba destinada para ello, ahora son conocidas como pruebas rápidas.</p>	<p>El VIH no se puede transmitir por dar o recibir caricias, abrazos o besos, compartir el teléfono, visitar personas enfermas, compartir comida, cubiertos, bañarse en piscinas, utilizar el mismo sanitario, por picaduras de mosquitos u otros insectos, trabajar, relacionarse con una PVH, compartir la misma habitación.</p>
<p>Tener relaciones sexuales sin protección con pareja estable no es garantía para estar protegido del VIH.</p>	<p>El amor y la fidelidad no protegen de la infección por el VIH.</p>	<p>Las infecciones oportunistas son aquellas que ingresan al organismo cuando este está debilitado y no puede protegerse.</p>
<p>Una persona que vive con el VIH puede re infectarse con otra cepa del virus, lo que puede complicar su tratamiento.</p>	<p>La reinfección sucede cuando una persona que vive con el VIH, tiene relaciones sexuales con una persona que tiene el VIH distinto, re infectándose con otra clase del virus ya que este tipo de virus cambia sistemáticamente su estructura.</p>	<p>Las personas que viven con el VIH tienen el mismo aspecto físico que las personas que no lo tienen, así que el uso del condón no deber estar sujeto a este criterio.</p>
<p>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.</p>	<p>Todas las pruebas usadas para la detección del VIH son voluntarias y deben realizarse bajo el consentimiento informado de la persona solicitante.</p>	<p>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.</p>
<p>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.</p>	<p>El tratamiento no solamente incluyen los medicamentos ARV, sino que hace referencia a la atención integral (psicología, nutrición, terapias, odontología).</p>	<p>Las infecciones de transmisión sexual (ITS) facilitan contraer la infección por el VIH.</p>



SECCIÓN VIII

RECURSOS

8.1. MODELO DE CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR LAS “ETAPAS DE CAMBIO” EN QUE SE ENCUENTRA UNA PERSONA ³⁹

1. ¿Usa condón de manera consistente con todas sus parejas sexuales? (en el caso de que la respuesta sea sí, indique desde cuando práctica ese hábito. En caso de que la respuesta sea no, favor pasar a la pregunta 2)

Respuesta	Tiempo	Etapas
Si	Desde hace 6 meses	Mantenimiento
Si	Menos de 6 meses	Acción

2. Tienes interés en practicar este hábito? (en caso de que la respuesta será sí, favor indicar si tiene interés en comenzar a practicarlo en los siguientes 30 días o en los siguientes 6 meses)

Respuesta	Tiempo	Etapas
Si	En los siguientes 30 días	Preparación
Si	En los siguientes 6 meses	Contemplación
No	En los siguientes 6 meses	Pre-contemplación

³⁹ Ibíd 18: p3



8.2. CUESTIONARIO DE PLANIFICACIÓN ⁴⁰

Algunos ejemplos de preguntas claves que se deben contestar para direccionar el programa y llevar a cabo una evaluación de necesidades.

Preguntas para la fase de planificación:

- ¿Es un programa de educación de pares un mecanismo apropiado para satisfacer las necesidades de la población clave?
- ¿Cómo y cuándo se realizará la evaluación de necesidades?
- ¿Cuáles son los objetivos del programa?
- ¿Quién es la población meta?
- ¿Cuán grande es la población?
- ¿Cuál es el perfil de un PEP, dado la población clave?
- ¿Hay individuos dentro de la población clave quienes tienen el tiempo, el interés y la habilidad de ser promotores educadores de pares?
- ¿Cuántos PEP se necesitarán para llegar a la población clave?
- ¿Qué actividades tendrán que realizar los PEP? (proveer información, asesorar, capacitar, hacer referencia a servicios, etc.)
- ¿Qué recursos necesitarán los PEP para cumplir con los objetivos? (capacitación, materiales, insumos de prevención, etc.)
- ¿Cómo se realizarán las actividades de supervisión?

- Para el programa ¿será posible atraer y mantener el interés y apoyo de líderes de opinión y tomadores de decisión en la comunidad?
- ¿Cómo podemos asegurar que las poblaciones claves puedan participar y expresar sus opiniones?

Preguntas para la evaluación de necesidades:

- Según la comunidad, ¿cuáles son los problemas de salud sexual y reproductiva de las diversas subpoblaciones de hombres gay, bisexuales y otros HSH?
- ¿Perciben los HGB/HSH la necesidad de adquirir conocimientos, aptitudes o servicios relacionados con la salud sexual?
- ¿Apoyan los datos nacionales estas percepciones?
- ¿Qué programas y servicios existen para apoyar la promoción de la salud de los HGB/HSH?
- ¿Cómo los percibe la comunidad? ¿La gente HGB/HSH?
- ¿Cuáles son las necesidades insatisfechas que tienen los HGB/HSH?
- ¿Cuáles son las limitaciones que enfrentan los HGB/HSH en conseguir la información sobre temas de sexualidad?
- ¿Qué temas de salud sexual y reproductiva serán enfrentados con el programa?
- ¿Qué métodos se necesitarán ofrecer?
- ¿Qué otros métodos complementarios se utilizarán para llegar a los HGB/HSH?

⁴⁰ Ibíd 19: p 12



8.3. FORMATO DE MARCO LOGICO ⁴¹

Título del Proyecto:				
Meta:				
Objetivo 1:				
Actividades Claves	Indicadores	Fuentes de Verificación	Frecuencia de recolección de Datos	Persona Responsable
1.1 1.2. 1.3. 1.4. Etc.	Resultados:			
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
	Proceso:			
	*	*	*	*
*	*	*	*	
Objetivo 2:				
Actividades Claves	Indicadores	Fuentes de Verificación	Frecuencia de recolección de Datos	Persona Responsable
2.1 2.2. 2.3. 2.4. Etc.	Resultados:			
	*	*	*	
	*	*	*	
	*	*	*	
	Proceso:			
	*	*	*	*
*	*	*	*	

⁴¹ Ibíd 19: p13



8.4. MUESTRA DE FORMATO DE PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES DE LOS PEP ⁴²

Objetivo	Tema	Actividad	PC	Lugar	Fecha y Hora	Recursos	Responsable	EVALUACION
Mejorar los conocimientos, las actitudes y practicas relacionadas con la prevención del VIH entre TSM del centro de Guayaquil	Pruebas de VIH	Conversatorio y entrega de condones	TSM del Parque Centenario	Centro comunitario	Primer lunes/jueves de cada mes	Invitaciones, Folletos, condones	Roberto Calle	Encuestas de base y fin de proyecto (% de TSM que reportan el uso del condón en su última relación sexual)
Aumentar el uso de servicios clínicos entre TSM del Centro de Guayaquil	Servicios clínicos	Referencia de al menos 10 TSM a los servicios clínicos	TSM y acompañante	Unidades de Salud del Centro	Cada mes	Tarjetas de referencia	PEP y Animadores	# de TSM referidos # de TSM referidos que recibieron servicios
Fortalecer las destrezas de los PEP	Supervisión	Reunión en grupo	PEP	Organización	Primer sábado de cada mes		Coordinador de Programa	Formulario de retroalimentación

⁴⁴ Ibid 19: p32



8.5. FORMATO PARA DOCUMENTAR ACTIVIDADES O NOTA DE CAMPO ⁴³

Fecha:	Lugar:	Hora:
Nombre:		
Describa brevemente la sesión de educación o la actividad (tema, objetivo, evaluación)		
Número de Participantes:	Tipo de Participantes:	No. de PEP:
¿Qué funcionó?		
¿Qué no funcionó?		
¿Por qué?		
¿Qué necesita revisarse para que la actividad sea más exitosa en el futuro?		
Otros comentarios/notas		

⁴³ Ibíd 19: p34



8.6. FORMATO DE SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DE LOS PEP ⁴⁴

Nombre del PEP _____

Localidad _____ Fecha _____ Hora _____

Tema Tratado _____

No. asistentes _____

Aspecto a supervisar	Justificación
Introducción al tema	
Descripción de los objetivos	
Desarrollo de contenidos	
Manejo metodológico	
Capacidad de comunicación	
Nivel de participación del grupo	
Nivel de aprendizaje	
Motivación y entusiasmo	
Liderazgo del PEP	
Organización general	

⁴⁴ Ibíd 19: p35



8.7. EJEMPLO DE FORMATO DE PRE TEST Y POS TEST ⁴⁵

(Evaluación para PEP)

Solicitamos que completes este cuestionario que es totalmente anónimo es decir no deberás colocar tu nombre y estas respuestas servirán únicamente para ser comparadas con las que contestes al final del taller, para poder medir tus conocimientos y habilidades para trabajar con tus pares.

Transmisión

Marca con una X al frente de cada frase correcta (puede haber más de una frase correcta)

1) De los siguientes fluidos o secreciones cuáles transmiten el VIH

- Sangre [X]
- Saliva []
- Semen [X]
- Lágrimas []
- Orina []
- Secreciones Vaginales [X]
- Leche materna []
- Sudor []
- Heces fecales []

Vale un total un punto. Cada respuesta correcta tiene un valor del 0,25%

Protección

Marca con una X al frente de cada frase correcta, puede existir más de una respuesta correcta.

2) De las siguientes medidas cuáles protegen de la transmisión del VIH:

- Uso correcto del condón o preservativo en cada relación sexual [X]
- Lavado de los órganos genitales después de una relación sexual []

⁴⁵ Tomado y adaptado de obra citada 11: 76-77



- Utilizar dos condones, uno sobre otro, en las relaciones sexuales []
- Compartir jeringas o agujas cuando se usan drogas inyectables []
- Usar los kits de reducción de daños [X]
- Eyacular (terminar/venirse) afuera de la vagina, ano o boca
protege del VIH e ITS []

Cada respuesta correcta vale 0,50, las dos un punto

ITS

Marca con una X al frente de cada frase correcta, puede existir más de una respuesta correcta

3) Un probable síntoma de infección de transmisión sexual es:

- Inflamación de los ganglios en las ingles [X]
- Estornudos y tos []
- Secreción Amarillenta y de mal olor en los genitales femeninos [X]
- Salida de pus por el pene [X]
- Dolor de brazos y piernas []
- Sordera []
- Úlceras o lastimaduras en los órganos genitales o en el ano [X]
- Dolor de espalda []
- Aparecen verrugas en los genitales [X]

Cada respuesta correcta vale 0.20, las cinco suman un punto

4) Pasos en el uso correcto del condón

Ordenar colocando el número que corresponde a cada paso en la utilización correcta del condón

(1 corresponde al primer paso y 6 al último paso)

- [6] Después de la relación sexual anal, vaginal u oral se debe sacar el condón, atarlo y tirarlo a la basura.
- [2] Se debe comprobar que el condón no tenga una fecha de vencimiento ya pasada
- [3] El condón debe tener aire dentro de la envoltura



- [5] El condón debe ser colocado hasta la base del pene
- [4] La punta del condón debe ser tomada con los dedos mientras se desenrolla en el pene.
- [1] El pene debe estar erecto para colocarse el preservativo

Seis pasos correctos equivalen a 0,50 puntos

5) Utilización correcta del condón

Marca con un V en caso de que la frase sea verdadera y con una F en caso de que sea falsa

- [F] El preservativo se puede utilizar solamente durante la eyaculación (en momento de terminar/venirse).
- [F] Es preferible utilizar dos preservativos para protegerme del VIH y de las ITS
- [V] El condón lo puedo utilizar solamente con lubricantes en base a agua.
- [V] El condón debe ser utilizado en todo el acto sexual desde el inicio hasta el fin.
- [F] El condón puede ser recortado en la punta para que no me apriete
- [F] Puedo usar un mismo condón en dos o más relaciones sexuales

6) Derechos

Marca con una V en caso de que la respuesta sea verdadera y con un F en caso de que se falsa

- [F] Una PVH (persona viviendo con VIH) no merece tener empleo.
- [V] Una mujer trabajadora sexual tiene los mismos derechos que otra mujer
- [F] Una transgénero no merece ser atendida por los servicios de salud.
- [V] Un usuario de drogas inyectables debe recibir y utilizar kist de reducción de daños.
- [V] Una mujer que vive con el VIH puede decidir quedar embarazada.
- [F] Los antirretrovirales no curan, por lo tanto nadie debe recibirlos

Cada respuesta positiva tiene un valor de 0.25 puntos, las cuatro correctas un punto

Calificación total: 5 puntos

El participante a PEP debe alcanzar una calificación mínima de 3.5 sobre 5



8.8. ALGUNOS EJEMPLOS DE EJERCICIOS PARA LA FORMACIÓN DE PROMOTORES EDUCADORES DE PARES - PEP⁴⁶ CON HSH Y TRANS FEMENINAS

YO Y MI CUERPO

Objetivo: Analizar críticamente los modelos de belleza y estética dominantes proponiendo valores alternativos. Favorecer la comunicación entre los participantes.

Tiempo: 50 minutos.

Materiales/Equipos: revistas, cartulinas, pegamento, tijeras, papelotes, bolígrafos.

Descripción:

- Dividir a los participantes en dos grupos.
- Tienen que buscar en revistas personas atractivas.
- Cada grupo elabora una collage del “varón atractivo”.
- Se expondrán al grupo y discutirán.
- Cada participante, de forma anónima, elaborará una lista con las características que le gustaría encontrar en su pareja ideal.
- Se intercambiarán y leerán.

Se discutirá en grupo si las características que aparecen en los afiches coinciden con las que les gustaría encontrar en su pareja ideal. La idea es promover el debate entre los participantes con el objetivo de llegar a consensos y romper con los estereotipos existentes.

Utilice las siguientes preguntas orientadoras:

- ¿Están satisfechos con sus figuras corporales?
- ¿Quiénes se sienten presionados por encontrar o coincidir con el estereotipo?

- ¿Cómo se forma en nosotros la idea de cuerpo atractivo?
- ¿Son realistas las imágenes de belleza que recibimos de los medios de comunicación?
- ¿Existen partes de nuestro cuerpo que podríamos cambiar?
- Y las partes que no podemos cambiar, ¿afectan a nuestro humor, nuestra inteligencia, nuestra capacidad para relacionarnos, etc.?

CON RIESGO / SIN RIESGO

Objetivo: analizar las vías de transmisión sexual del VIH.

Tiempo: 30 minutos

Materiales / Equipos: fotografías, papelotes y cinta.

Descripción:

- Se ponen en el suelo fotografías con distintas prácticas sexuales.
- Se pone un papel continuo de (papelotes) en el suelo y se divide en dos. En una parte se escribe “con riesgo de transmisión” y en la otra “sin riesgo de transmisión”.
- Los participantes tendrán que elegir dos fotos y pégalas en la parte del papel que consideren adecuada en función de si la imagen es una práctica de riesgo de transmisión del VIH o no.

⁴⁶ Tomado de obra citada 29: 69-74

- Una vez que están colocadas las fotos, se preguntará al grupo si están de acuerdo en cómo están distribuidas las fotos y se irán analizando una a una las fotografías.

Explicar las prácticas de riesgo y las que no implican riesgo. Resaltar que un sinnúmero de prácticas sexuales no penetrativas generan mucho placer y no representan riesgo de infección por VIH.

LA FIESTA

Objetivos: Favorecer la conciencia del riesgo real que supone una relación sexual sin protección y fomentar la comunicación sexual abierta sobre sexualidad y VIH entre los participantes.

Tiempo: 45 minutos.

Materiales/Equipos: folios, cinta, bolígrafos, tablero, marcadores.

Descripción:

- Cada miembro del equipo escribirá en un papel cualidades propias que le hagan ser atractivo sexualmente a los ojos de los demás. Ese papel se pegará con cinta en el pecho para que sea visible para todas las personas.
- Así mismo, cada persona escribirá su nombre en tres papeles diferentes que deberá intercambiar.

La persona facilitadora comunicará al grupo que están en una fiesta y que tiene que levantarse e ir leyendo las cualidades atractivas que cada persona se atribuye. Cuando una persona encuentre a alguien cuyas cualidades le gusten y a la otra persona también le gusten las suyas, intercambiarán un papel con sus nombres.

En el papel que entregue la otra persona se pondrá en orden en el que se ha realizado el intercambio (primer, segundo y tercer intercambio).

Al terminar el juego, la persona podrá haber intercambiado un papel, dos, tres o ninguno. Se explicará que cada intercambio simbolizaba una relación sexual con penetración sin protección y que dos personas del grupo (al azar) eran seropositivas. Explorar en este momento las interacciones dadas con estas haciendo un gráfico de la red sexual de dichas interacciones de los participantes en el tablero.

Después se supondrá que dos de tres llevaban preservativo y lo usaron en su relación, con esto se podrá observar el descenso de transmisiones, lo que dará lugar a debatir en el grupo la importancia de la utilización del preservativo en todas las relaciones sexuales.

ASPECTOS BÁSICOS DEL VIH

Objetivo: conocer los aspectos básicos de la infección por el VIH y romper algunos mitos sobre la infección.

Tiempo: 1h30.

Materiales/Equipos: retroproyector

Presentación: AL MENOS 16 tarjetas con letra legible.

Escribir 8 mensajes ciertos y 8 mensajes falsos sobre el VIH.

Descripción:

1. Ubique en un tablero dos columnas con las palabras "cierto" y "no cierto".
2. Distribuya las tarjetas entre los participantes y aclare al grupo que debe reflexionar de manera personal sobre la veracidad o falsedad del mensaje.



3. Invite a que se ubiquen cada una de las tarjetas en las columnas donde crean conveniente.
4. Sugiera a los participantes que expliquen las razones por que ubicaron las tarjetas en tal posición.
5. Al final, trabaje con el grupo sobre si están de acuerdo o no con la ubicación de las tarjetas; si existen dudas o diferencias. El facilitador aclarará todos los datos que sean necesarios y reforzará o ampliará algunos conceptos, según percepción del grupo.
6. Posterior a ellos, trabaje en la presentación adjunta con la siguiente estructura:
 - Vías de transmisión y formas de prevención.
 - Epidemias.
 - Situación epidemiológica (global, regional, nacional).
7. cierre con una sesión de preguntas y respuestas.

Mensajes no ciertos:

- Solo las personas que tienen relaciones sexuales con personas del mismo sexo, por ejemplo, hombres con hombres, tiene el riesgo de infectarse con VIH.
- Uno siempre puede darse cuenta si una persona está infectada con VIH.
- Solo quienes tienen excesiva cantidad de relaciones sexuales con parejas distintas, tienen el riesgo de infectarse con VIH.
- Si usted tiene un resultado negativo para una prueba de VIH, entonces puede estar tranquilo y tener relaciones sexuales sin protección.
- VIH y Sida son la misma cosa.

- El VIH es transmitido por animales como los mosquitos y los zancudos.
- Si al fin de cuentas todo el que tiene Sida se muere, es preferible no saber si se tiene VIH.
- El VIH no existe, es una maldición para los desviados o se puede hacer por medio de maleficios.
- Comer en el mismo plato de una persona que vive con VIH es un factor de riesgo para una infección.

Mensajes ciertos:

- Los fluidos corporales que pueden tener una alta concentración del VIH son el semen, la sangre, las secreciones vaginales y la leche materna.
- Aunque actualmente se dispone de tratamientos con medicamentos para mejorar las condiciones de vida de las personas que viven con VIH, este sigue siendo incurable.
- Es posible infectarse con el VIH durante el sexo oral.
- Existe una relación directa entre el consumo de sustancias como el alcohol y las drogas recreativas y el riesgo de infección por el VIH.
- El uso del condón es un método efectivo para prevenir la infección por el VIH.
- El uso compartido de agujas para el uso de drogas inyectables es una práctica de riesgo para la infección por VIH.
- La fidelidad y el amor no protegen, ni disminuyen el riesgo de infección por VIH.



REVISANDO LAS RELACIONES DE GÉNERO

Objetivo: permitir a los participantes explorar sus propios valores con relación al género, el sexo y la sexualidad y hacer que los participantes evalúen con una perspectiva de género, sus conocimientos sobre los hechos básicos del VIH/Sida.

Tiempo: 30 minutos.

Materiales/Equipos: tres conjuntos de dos o tres afirmaciones controvertibles impresas en negrita.

Descripción:

1. El/la facilitador/a divide a los participantes en tres grupos haciendo que se enumeren del uno al tres.
2. El/la facilitador/a le distribuye a cada grupo un conjunto de afirmaciones controvertidas. Se le pide a cada grupo lograr consenso sobre si están de acuerdo o en desacuerdo con las afirmaciones y dar las razones por las posiciones que han tomado.
3. Las afirmaciones son:

Grupo uno:

- La homosexualidad es anormal.
- Los hombres no heterosexuales tienen derecho a ejercer la paternidad y tener hijos.
- Los hombres gay propician los encuentros violentos con sus parejas.

Grupo dos:

- Los hombres que viven con VIH no deberán tener vida sexual.
- Hombres y mujeres cuentan con las mismas posibilidades de crecimiento económico, personal y profesional.

- Un hombre que se acuesta con hombres y mujeres entonces es homosexual y debe ser mirado y tratado como una mujer.

Grupo tres:

- Los hombres por ser hombres tienen derecho a tener todas las relaciones sexuales que quieran e incluso negarse a usar condón en ellas.
 - Mujeres y hombres tienen la misma posibilidad de acceder a preservativos y tomar la decisión de su uso.
 - [Un hombre que juega el rol pasivo en la relación sexual debe ser considerado como una mujer porque deja de ser hombre].
4. El/la facilitador/a le pide a los grupos que identifiquen a una persona para que haga la presentación de la discusión en plenaria. Cada grupo informa a la plenaria. Después de cada presentación, el/la facilitador/a pide comentarios a los otros dos grupos. Asimismo, contempla las lagunas en el conocimiento y da la explicación oportuna que corresponda.

BUSCA SOLUCIONES

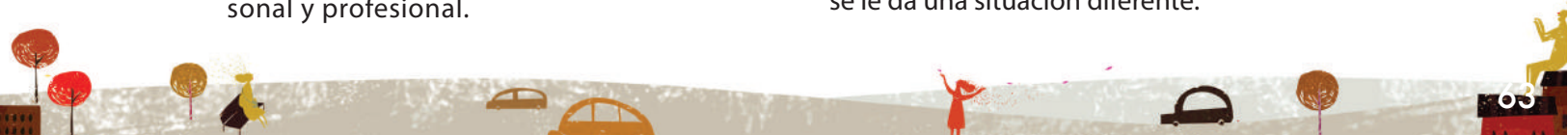
Objetivo: Analizar las posibles dificultades que puede haber a la hora de utilizar el preservativo.

Tiempo: 40 minutos.

Materiales / Equipos: hojas, bolígrafos, cartulina y marcadores.

Descripción:

Se divide a los participantes en 4 grupos. A cada grupo se le da una situación diferente:



1. Comprar preservativos.
2. Guardar y conservar el preservativo de forma adecuada.
3. Proponer a la pareja que utilicen preservativo.
4. Utilizar el preservativo de forma correcta.

- Cada grupo analizará las dificultades con la que se podrían encontrar en la situación que se les ha colocado y buscará alternativas para solucionarlas.
- Tras debatir cada grupo –durante 10 o 15 minutos– los problemas y las posibles soluciones se pondrán en común con el resto de los participantes.
- Se debe promover el debate e ir analizando con los participantes cuáles son los mayores problemas y cómo solucionar cada uno de ellos.
- Como complemento, podría ir anotando en una cartulina grande las posibles soluciones.

RECONOCIENDO BARRERAS DE ACCESO

Objetivo: identificar barreras de acceso a la asesoría y prueba voluntaria del VIH.

Materiales / Equipos: vestuario, papelotes, papel de seda, marcadores, cartulina.

Tiempo: 60 minutos.

Descripción:

1. Se divide el grupo en dos equipos.
2. Se contextualiza en la situación de ir al centro de salud y realizarse la prueba del VIH.

3. Cada grupo deberá plasmar, a través de un dramatizado, cómo sería esta situación para un hombre gay [fuerte] y para un hombre bisexual/[cachero].
4. Se socializa en plenaria y se da espacio para el debate.

Preguntas orientadoras:

- ¿Cómo se sintieron en cada uno de los personajes?
- ¿Conoce qué servicios y programas le pueden ofrecer como hombre gay o bisexual en salud sexual y salud reproductiva?

El/la facilitador/a recopila las opiniones del grupo y luego hace énfasis en cómo es el procedimiento de toma de prueba del VIH, reglamentación, consentimiento informado, derechos y deberes sexuales, acceso a los programas y tratamiento de salud después del diagnóstico.

9. CÓMO HACER PREVENCIÓN DE VIH/SIDA ADECUADA Y PERTINENTE CON MUJERES TRANS⁴⁷

(Ministerio de Protección Social de Colombia, Fondo de Población-UNFPA, 2011).

Si bien las Promotoras de Salud Trans provienen de la misma comunidad Trans, sus actividades de promoción de la salud, les exige que cuenten con la preparación adecuada y el manejo de la información, así como, manejar diferentes herramientas que le ayudarán a implementar la guía de una manera mucho más amena y cordial, y en capacidad de discutir, diferenciar y definir algunos conceptos que pueden ayudar a comprender con más facilidad este asunto de que existen personas Trans, es decir, personas diversas en el género, que van más allá de las categorías binarias de hombres y mujeres.

⁴⁷ La presente sesión incluida la sesión de ejercicios es un resumen tomado de la Guía de Prevención del VIH/SIDA. Mujeres Trans, realizada bajo el Convenio 620 por el Ministerio de Protección Social y El Fondo de Población para Colombia. Ver referencia bibliográfica: Guía de Prevención del VIH/SIDA. Mujeres Trans.



El sexo, el género y la orientación sexual son categorías relacionadas pero que se deben diferenciar para comprender las experiencias de las personas trans.

Sexo: hace alusión a los atributos físicos, determinados por la anatomía y la fisiología, es decir, a los aspectos genitales, genéticos y hormonales que inciden en la definición de una persona como hombre, como mujer o como intersexual (persona que nace con características genitales, genéticas u hormonales ambiguas que impiden su asignación inmediata en alguna de las categorías dominantes de hombre o mujer).

En el caso de las experiencias Trans, dichos atributos físicos del sexo son intervenidos y transformados mediante procedimientos quirúrgicos y de sustitución hormonal. Muchas mujeres trans realizan sus transformaciones corporales (hormonización e implantes en senos, glúteos, piernas, rostro) sin acudir a las instituciones de salud para la construcción de sus características.

sexuales como mujeres, con lo cual ponen en riesgo su vida. Las mujeres Trans construyen sus cuerpos y su sexo acorde con su identidad femenina. En ocasiones, dicha construcción empieza a edades tempranas e implica una serie de exclusiones.

Todos los cuerpos humanos, mediante complejos procesos culturales, deben construirse siguiendo determinadas normas relacionadas con las categorías hegemónicas de sexo y de género; aquellos cuerpos que se construyen cuestionando dichas normas, son excluidos, discriminados, subvalorados y violentados. Son cuerpos vistos como “irreales e ilegítimos” (Véase BUTLER, J.: *El Género en Disputa*. Paidós – pueg, México, [1990] (2001) y BUTLER, J.: *Cuerpos que importan*. Paidós. Buenos Aires, 2003) y — sobre ellos— recaen estigmas, golpes, burlas y múltiples castigos. La gran mayoría de personas, piensan que el sexo es natural

e inmodificable, pero las trans evidencian que el sexo es también una construcción social en la que intervienen símbolos, lenguajes, normatividades y tecnologías que producen cuerpos masculinos y femeninos.

Género: se refiere a las formaciones psicológicas del yo, a la convicción subjetiva que poseen las personas sobre la opción de ser hombre o de ser mujer. El género también hace alusión a las construcciones culturales, sociales, históricas, simbólicas, institucionales y estéticas establecidas por las sociedades alrededor de los sexos. Cuando se habla de género, se habla de normas, procesos históricos, relaciones de poder y divisiones de los valores, del espacio y del trabajo que se establecen —culturalmente— acerca de la diferencia sexual. El género es la forma como se interpretan, se establecen y se institucionalizan culturalmente las diferencias percibidas entre los sexos. Las trans construyen una identidad de género femenina en un cuerpo que fue interpretado por la sociedad como masculino, lo que les implica diversas experiencias de discriminación, violencia y vulneración de derechos, y también de exclusión de ámbitos como la familia y las instituciones públicas.

Orientación sexual: hace alusión a los deseos sexuales y a las prácticas eróticas de las personas. ¿A quiénes desea? ¿Con quiénes tiene relaciones sexuales? ¿Con quiénes establece vínculos socio-sexuales de matrimonio, noviazgo, amantazgo? De la sexualidad se desprenden las identidades u orientaciones sexuales que pueden ser homosexuales (cuando los deseos y las prácticas sexuales se desarrollan con personas del mismo sexo), bisexuales (cuando los deseos y las prácticas sexuales se desarrollan con personas que pueden ser del mismo sexo o del otro sexo) o heterosexuales (cuando los deseos y las prácticas sexuales se desarrollan con personas del sexo opuesto). Muchas mujeres trans se identifican como mujeres heterosexuales pues desean, tienen prácticas sexuales y se vinculan afectivamente con hombres. También existen mujeres



trans lesbianas, cuyo deseo sexual se dirige exclusivamente a otras mujeres; o mujeres trans bisexuales, cuando ellas desean tanto a hombres como a mujeres.

Tradicionalmente se impone como norma social una coincidencia obligatoria entre el sexo, el género y la orientación sexual. Es decir, las personas que poseen características sexuales definidas como propias de los hombres deben tener una identidad de género masculina con una orientación sexual heterosexual y las personas que poseen características sexuales definidas como propias de las mujeres deben tener una identidad de género femenina con una orientación sexual heterosexual. Así se establece quiénes son las personas legítimas, legibles y con derechos propios¹⁸. Pero esta norma social no siempre se cumple y existen personas trans cuyas características sexuales (el sexo entendido como características genitales, genéticas, hormonales) no coinciden con sus identidades de género (el género, entendido como sentimiento subjetivo de ser hombre o ser mujer, como estéticas y cuerpos atribuidos a los hombres o a las mujeres). Cuestionar dicha coincidencia entre características del sexo e identidad de género, hace de algunas personas unos sujetos o sujetas anormales, ilegítimos, ilegibles y con barreras de acceso a los derechos¹⁹ por su experiencia distinta que —en este caso— implica desigualdad social.

9.1. EJEMPLOS DE EJERCICIOS PARA EL TRABAJO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD CON TRANS FEMENINAS

Estructura de los Talleres:

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.

a. Actividad de presentación/rompehielos/relajación: será necesario utilizar siempre una serie de actividades rompehielos que —en lo posible— incluyan la presentación de las asistentes.

b. 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.

c. Actividad central: desarrolle algunas de las actividades propuestas en las herramientas proporcionadas más adelante.

d. 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.

9.2. ACTIVIDADES ROMPE HIELO

ACTIVIDAD 1. LOS CÍRCULOS

Se pedirá a las asistentes que se ubiquen en dos círculos, una frente a la otra. Seguido a ello, se les dará la instrucción de presentarse, decir sus datos básicos: nombre, edad, lugar de origen. Posteriormente, se les pedirá que se sienten en círculo y una de ellas presentará a la otra diciendo “mi nombre es... tengo... años y soy de origen...”. El objetivo de la actividad es promover la escucha y el reconocimiento de la otra.



ACTIVIDAD 2. ¿CÓMO ME SIENTO, CÓMO ESTOY?

Las participantes piensan en un adjetivo para describir cómo se sienten y cómo están. El adjetivo debe empezar con la misma letra que sus nombres; Así, cada una debe decir, por ejemplo, “soy Vanesa y soy verdadera”; o “soy Brenda y me siento bien”. Al pronunciar el adjetivo, también pueden actuar para describirlo.

ACTIVIDAD 3. CUANDO NIÑA ME DECÍAN...

La persona facilitadora dará la instrucción de decir cada una su nombre y una frase sobre qué les decían sus cuidadoras y/o cuidadores que debían hacer cuando eran niños, sobre sus deberes y prohibiciones. Ejemplo, “yo soy Carolina, y cuando era niño me decían que debía ser fuerte y jugar fútbol”; “soy Vanesa y cuando era niña me decían que tenía que ser masculino y que no podía jugar con muñecas”. A la par que las participantes van diciendo los deberes, ser tomará nota en el tablero/papelógrafo de ello.

ACTIVIDAD 5. LA BOMBA

Las asistentes forman parejas de forma aleatoria. Cada asistente tiene una bomba inflada y debe dibujarse en la bomba mientras cada quien se presenta a su pareja (nombre, edad, ocupación, dónde vive, con quién vive y qué es lo que más le gusta de su cara, representándolo en el dibujo en la bomba). Cada asistente toma la bomba de su pareja y hace la presentación de la bomba, mostrándola a las demás.

ACTIVIDAD 6. MI VERDADERA CÉDULA

Cada asistente hace en una ficha de cartulina o, en una hoja media carta, su cédula de ciudadanía trans. En ella anota su nombre, identidad de género, lugar y fecha de nacimiento, y dibuja su rostro o coloca una foto suya, si posee alguna

en el momento. Posteriormente, cada asistente muestra su cédula trans y menciona los datos allí consignados.

9.3 Actividades para sesiones de prevención del VIH con TF

La promotora puede hacer una programación de varias sesiones para que sus pares TF puedan participar subsecuentemente en cada una de ellas.

ACTIVIDAD 1. MI LISTA PROTECTORA, MI AMULETO PROTECTOR

Objetivo: evidenciar los impactos de la epidemia del VIH/Sida y la necesidad de desarrollar acciones individuales de prevención.

Tiempo: 3 horas.

Materiales/Equipos: marcadores, tablero, video beam (opcional), hojas tamaño carta, lápices, tela, lana o hilo, agujas.

Descripción: el facilitador o facilitadora, utilizando datos epidemiológicos y análisis cualitativos, presenta los impactos de morbilidad y mortalidad del VIH/Sida en [Ecuador], en el mundo y en contextos trans. Se pueden emplear presentaciones en power point con la información o anotar los datos en un tablero.

Las participantes intervienen narrando los impactos del VIH/Sida en sus contextos cotidianos y cercanos, es decir, si han tenido personas cercanas que viven con VIH (amigas, amigos, parejas, familiares) y sobre cómo el VIH/Sida impacta en la vida de las personas.

Posteriormente, el facilitador o facilitadora y las asistentes definen algunas prácticas concretas de prevención del VIH/Sida (uso del condón, acceso a APV, capacidad de decisión sobre el cuidado del cuerpo). Las asistentes anotan en una hoja las prácticas que



están a su alcance en prevención de VIH/Sida y luego las socializan, cada quien complementa su lista con los aportes del facilitador y del resto del grupo.

Cada participante fabrica una bolsa de tela, a manera de escapulario, amuleto o contra. La lista se dobla y se coloca dentro del estuche de tela fabricado. El facilitador o facilitadora enfatiza en la dimensión protectora de este amuleto, contra o escapulario y en su efectividad de protección contra el VIH/Sida si se realizan las acciones allí consignadas.

Para finalizar, cada una de las asistentes se compromete a guardar la lista-amuleto en la billetera, el bolso o en un bolsillo, portarla durante una semana y revisarla constantemente.

ACTIVIDAD 2. VISTAMOS Y PROTEJAMOS NUESTRAS MUÑECAS

Objetivo: construir colectivamente estrategias individuales de prevención frente al VIH/Sida.

Tiempo: 4 horas.

Materiales/Equipos: 4 muñecas (tipo barbies o semejantes), agujas, hilos, papeles de colores, retazos de tela, broches, botones.

Descripción: se hacen cuatro grupos de trabajo y cada uno recibe una muñeca (tipo barbie) desnuda, agujas, hilos, papeles de colores, retazos de tela, broches, botones. Posteriormente, cada grupo apoyado por el facilitador o facilitadora, creará un atuendo para la muñeca conformado por diferentes prendas y cada prenda debe tener un mensaje o una práctica de prevención con respecto al VIH/Sida (por ejemplo: el pantalón tiene el mensaje del uso del condón, la blusa tiene el mensaje de acceder a APV, la chaqueta tiene el mensaje de “nunca dejar de protegerse en las relaciones sexuales”).

Cada grupo socializa su trabajo mostrando las prendas mientras viste a la muñeca y mencionando el mensaje de prevención propio de cada prenda. Se discute frente a las cuatro muñecas vestidas, acerca de los mensajes y prácticas de prevención y se hace la pregunta sobre si estas muñecas están realmente protegidas.

Para finalizar la actividad, las muñecas se rifan al final entre las asistentes, enfatizando en los mensajes de prevención del VIH/Sida que poseen los vestidos de las muñecas.

ACTIVIDAD 3. RECONOCIENDO LA VULNERABILIDAD DE MI CUERPO

Objetivo: reconocer las vías de transmisión del VIH/ Sida.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: carteleras con siluetas de cuerpos femeninos, marcadores de colores.

Descripción:

Presentación del Proyecto

Actividad rompehielos de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

El facilitador o facilitadora presenta las características y vías de transmisión (sexual) del VIH/Sida, según los contenidos de la Guía Metodológica.

Se presenta una cartelera con la silueta de un cuerpo femenino y con puntos se marcan las partes del cuerpo a través de las cuales el VIH/Sida se puede transmitir, con una flecha dirigida a cada punto del cuerpo.

Luego se anota sobre cada flecha, cuáles son las vías de infección específicas relacionadas con el punto del cuerpo detectado. Debajo de la flecha y con un color diferente a los utilizados previamente, se anotan algunos tips para impedir la transmisión por cada unas de las vías y puntos detectados.



ACTIVIDAD 4. LA CAJA DE PANDORA

Objetivo: Cuestionar las falsas creencias e ideas acerca del VIH/Sida.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: una caja forrada con papel brillante, hojas con mensajes verdaderos y falsos sobre el VIH/Sida.

Descripción:

Presentación del proyecto

Actividad rompe hielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

El facilitador o facilitadora inicia la actividad hablando de la importancia de romper mitos y acceder a información confiable acerca del VIH/Sida.

En una caja forrada con papel brillante, aparecen unos papelitos de colores doblados con mensajes relativos al VIH/Sida que pueden ser verdaderos o falsos, por ejemplo:

- El VIH/Sida solo afecta a homosexuales.
- El VIH/Sida solo afecta a trans.
- El VIH/Sida solo afecta a los trabajadores sexuales.
- El VIH/Sida se transmite con besos.
- Las personas con VIH mueren rápidamente

Cada asistente escoge un papelito, lo lee y opina acerca del mensaje. Cada quién guarda el mensaje escogido.

Para finalizar la actividad, se socializan todos los mensajes y el facilitador o facilitadora aclara dudas al respecto.

ACTIVIDAD 5. EL CONDÓN CON SENTIDO

Objetivo: brindar información acerca del correcto uso del preservativo.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: caja forrada con papel brillante, condones, lubricantes, fichas con mensajes verdaderos y falsos acerca del uso del condón en la prevención del VIH/Sida.

Descripción:

Presentación del proyecto

Actividad rompehielos de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

En una caja forrada con papel brillante se encuentran unos sobres de papel de colores con condones masculinos y femeninos, lubricantes y con unos mensajes verdaderos y falsos acerca del uso del preservativo y su importancia en la prevención del VIH/Sida (por ejemplo: "siempre debo usar preservativo", "puedo negociar con mi pareja el uso del preservativo", "el amor y la fidelidad hace que el condón no sea necesario").

Cada asistente toma un sobre, lo abre, describe brevemente su contenido y socializa los mensajes allí encontrados. Colectivamente, se debate acerca de los mensajes y los materiales encontrados en los sobres.

Para finalizar la actividad, el facilitador o facilitadora explica cada uno de los mensajes que se encontraron en los sobres.

ACTIVIDAD 6. USEMOS CORRECTAMENTE EL CONDÓN

Objetivo: informar acerca del uso correcto del condón.

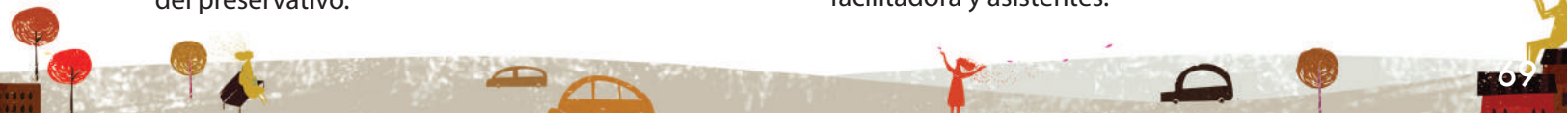
Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: modelos anatómicos, condones, tablero o papelógrafo, marcadores.

Descripción:

Presentación del proyecto

Actividad rompe hielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.



A cada asistente se le entregan condones y él o la facilitadora menciona las características que se deben tener en cuenta a la hora de comprar o de acceder a los condones: fecha de fabricación, fecha de vencimiento, cámara de aire, forma del empaque, material del empaque.

Posteriormente, las asistentes mencionarán las creencias e ideas falsas con relación al uso y la función del condón en la prevención del VIH/Sida.

Empleando los condones entregados y los modelos anatómicos, las asistentes aprenderán a usar correctamente el preservativo, guiadas por el o la facilitadora, quien también aclara dudas y equívocos relacionados con el uso del condón. (Tener un afiche con gráfico de uso de los condones masculinos y femeninos).

Al final, cada asistente recibirá condones y se comprometerá a usarlos correctamente en sus relaciones sexuales.

ACTIVIDAD 7. CONVERSATORIO-TALLER. NUESTRO PROYECTO DE COMUNIDAD: ¿PERSONAS TRANS?

Objetivo: evidenciar la importancia de los vínculos de las personas trans y de la organización y la unión para exigir sus derechos y mejorar su la calidad de vida.

Tiempo: 3 horas.

Materiales/Equipos: pliegos de papel, marcadores, colores, lápices.

Descripción:

Presentación del proyecto

Actividad rompe hielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

Se solicita a las asistentes que cierren los ojos y que

piensen en los siguientes temas: ¿cómo ha sido la aceptación y el rechazo en mi familia?, ¿cómo ha sido la aceptación y el rechazo de mis amigas y amigos?, ¿cómo me he sentido aceptada o rechazada por las demás personas trans?, ¿cómo rechazo y acepto a las demás personas trans?, ¿creo que es importante que las personas trans nos unamos?, ¿para qué nos unimos las personas trans y en qué nos beneficia esta unión?, ¿por qué no estamos unidas las personas trans?

El o la facilitadora hace una introducción refiriéndose a la importancia de los vínculos familiares y sociales en la experiencia trans y de cómo estos vínculos se convierten en una red de apoyo importante para la construcción de la identidad, la exigencia de los derechos y el cuidado de la salud .

El o la facilitadora explica brevemente los signos que aparecen en los genogramas y la forma de construir un genograma⁴⁸.

Posteriormente, cada una de las asistentes recibirá un pliego de papel para graficar sus vínculos familiares actuales, empleando los esquemas de los genogramas. Cada asistente presentará su genograma y lo explicará a las demás, hablando de su madre, padre, abuelos, hermanas, hermanos, tíos, tías, etc. que aparecen allí representados y representadas.

Durante la presentación, cada asistente (apoyada por el o la facilitadora y por las demás asistentes) complementará este genograma con los vínculos sociales que son significativos para ella (amigos, amigas, compañeras de trabajo) y con las instituciones de apoyo a las que acude cotidianamente (instituciones de salud, escuela, iglesia, alcaldía, organizaciones), construyendo de este modo un eco mapa que grafica sus relaciones sociales.

Para finalizar la sesión, el o la facilitadora retomará los

⁴⁸Ver explicación de "genograma" en el glosario



principales vínculos e instituciones mencionadas por los asistentes, enfatizará en su importancia y evidenciará la necesidad de la unión de las personas Trans y de su organización colectiva para exigir derechos y prevenir su vulneración. El cierre estará enmarcado en las siguientes preguntas e incentivará la participación de las asistentes. ¿Es importante que las personas trans se unan? ¿Para qué se unen las personas trans y en qué las beneficia esta unión?

ACTIVIDAD 8. EL GÉNERO Y MIS VIVENCIAS EN LO FEMENINO

Objetivo: visibilizar las normas sociales de género, los roles y los valores atribuidos a lo masculino y lo femenino y su incidencia en el cuidado de la salud y la vulnerabilidad al VIH/Sida.

Tiempo: 3 horas.

Materiales/Equipos: silueta masculina, silueta femenina, marcadores, cartulina.

Descripción:

Presentación del proyecto

Actividad rompe hielo de presentación del facilitador o facilitadora y asistentes.

El facilitador o facilitadora coloca en el tablero o en cartulinas expuestas una silueta masculina y otra femenina. Colectivamente, se marcan las siluetas con mensajes, palabras, ideas alusivas a lo masculino y lo femenino (pasivo, activo, fuerte, débil, bello, dominante).

Tres asistentes voluntarias narran cómo ha sido su experiencia social al asumir una identidad femenina

(elementos estéticos, sexuales, amorosos, roles que se han asumido) en relación con lo anotado acerca de las siluetas y con la diferenciación socialmente establecida entre lo masculino y lo femenino.

El o la facilitadora, menciona y discute algunos contextos sociales de vulnerabilidad al VIH/Sida relacionados con la construcción social de lo femenino y las experiencias Trans (discriminación por identidad de género, niveles de exclusión, falta de autonomía, pasividad). Para finalizar, se plantean colectivamente algunas estrategias para cuestionar estas construcciones sociales de género que implican vulneraciones para lo femenino y para las experiencias Trans.

10. CÓMO HACER PREVENCIÓN DE VIH/SIDA ADECUADA Y PERTINENTE CON MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES⁴⁹

(Ministerio de Protección Social de Colombia, Fondo de Población-UNFPA, 2011).

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.

⁴⁹ La presente sesión incluida os ejemplos de actividades es un resumen tomado de la Guía de Prevención del VIH/SIDA. Mujeres Trabajadoras Sexuales, realizada bajo el Convenio 620 por el Ministerio de Protección Social y El Fondo de Población para Colombia. Ver referencia bibliográfica: Guía de Prevención del VIH/SIDA. Mujeres Trabajadoras Sexuales.

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 y 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.

10.1. EJEMPLOS DE EJERCICIOS PARA EL TRABAJO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD CON MUJERES TRABAJADORAS SEXUALES

Las siguientes actividades fueron diseñadas para transformar niveles de vulnerabilidad individual, social y programática frente a la infección por VIH/Sida en Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS).

Estructura de los Talleres:

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.

- a. Actividad de presentación/rompehielos/relajación: será necesario utilizar siempre una serie de actividades rompehielos que —en lo posible— incluyan la presentación de las asistentes.
- b. 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.
- c. Actividad central: desarrolle algunas de las actividades propuestas en las herramientas proporcionadas más adelante.



d. 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.

10.2. ACTIVIDADES ROMPE HIELO

ACTIVIDAD 1. CANASTA REVUELTA

Se ubicará a las participantes en un círculo. El o la facilitadora dirá: “se saludarán con la compañera que se ubica a su derecha y a su izquierda, les preguntarán sus nombres. Yo voy a caminar al interior del círculo y, cuando señale a alguna, le diré manzana y ella tendrá que decirme el nombre de su compañera del lado derecho o le diré pera y tendrá que decirme el nombre de su compañera del lado izquierdo. Quien no acierte, pasará al centro a repetir la acción. En ocasiones, la instrucción puede ser canasta revuelta. Esto implicará que todas deben cambiar de sitio y rotar de silla. Quien no lo haga, tendrá penitencia”. Se repetirá la actividad las veces que quien esté facilitando el taller considere pertinentes para lograr un nivel de presentación mínimo.

ACTIVIDAD 2. ESTATUAS

Pida al grupo que se mueva por el salón, moviendo y soltando sus brazos y relajando sus cabezas y sus cuellos. Después de un momento, diga una palabra. El grupo debe formar estatuas que describan esa palabra. Por ejemplo, la o el facilitador dice “colaboración”. Todas las participantes —instantáneamente y sin hablar— tienen que adoptar posiciones que demuestren lo que para ellas significa “colaboración”. Repita el ejercicio varias veces.

ACTIVIDAD 3. ME VOY DE VIAJE

Todas se sientan en un círculo. Empiece diciendo “me voy de viaje y me llevo un abrazo” y abraza a la persona a su derecha. Entonces esa persona tiene que decir

“me voy de viaje y me llevo un abrazo y una palmada en la espalda” y le da a la persona a su derecha un abrazo y una palmada en la espalda. Cada persona repite lo que se ha dicho y añade una nueva acción a la lista. Continúe alrededor del círculo hasta que todas hayan tenido un turno.

ACTIVIDAD 4. A BAILAR

La persona facilitadora pondrá música que esté de moda o suene recientemente en su ciudad durante un lapso de 15 minutos; se interrumpirá la música varias veces. En cada interrupción se guiará un ejercicio de estiramiento.

ACTIVIDAD 5. EL ESPEJO

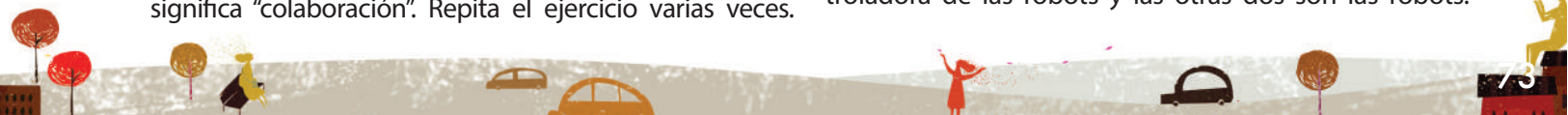
Las participantes se dividen entre ellas en parejas. Cada pareja decide cuál de ellas va a ser “el espejo”. Entonces, esta persona imita (refleja) las acciones de su pareja. Después de un tiempo, pida a la pareja que cambie de papeles y así la otra persona puede ser el “espejo”.

ACTIVIDAD 6. ME VOY AL MERCADO

El grupo forma un círculo. Una persona empieza por decir “me voy al mercado a comprar pescado”. La siguiente persona dice, “me voy al mercado a comprar pescado y papas”. Cada persona repite la lista y luego añade una cosa más. El objetivo es ser capaz de acordarse de todas las cosas que las personas han dicho antes de la participación de cada una.

ACTIVIDAD 7. LAS ROBOTS

Divida a las participantes en grupos de tres, pida que cierren los ojos o que se los venden con alguna prenda de vestir. Una persona en cada grupo es la controladora de las robots y las otras dos son las robots.



Cada controladora debe manejar los movimientos de sus dos robots. La controladora toca a un robot en el hombro derecho para que se mueva hacia la derecha y toca el hombro izquierdo para que se mueva hacia la izquierda.

El o la facilitadora empieza el juego diciendo a los robots que caminen en una dirección específica. La controladora debe tratar de detener a los robots para evitar que choquen contra obstáculos como silla o mesas. Pida a los participantes que cambien de papeles, así todas pueden tener la oportunidad de ser controladores y robots.

10.3. ACTIVIDADES PARA SESIONES DE PREVENCIÓN DEL VIH CON MTS

ACTIVIDAD 1. DE RIESGO EN RIESGO... ¿ME ARRIESGO?

Objetivo: reflexionar sobre las principales condiciones comportamentales de vulnerabilidad asociados con el VIH/Sida en la vida de cada una de las participantes.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: Un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes.

Descripción:

Lluvia de ideas. Por medio de la técnica de lluvia de ideas la persona a cargo de facilitar el taller, pedirá a las participantes que definan qué es la vulnerabilidad.

Posterior a ello, les dirá que cuenten cuáles son los contextos de vulnerabilidad que, como mujeres y como trabajadoras sexuales, tienen frente al VIH. Desde allí se explicará cuáles son los principales contextos de vulnerabilidad a nivel individual para el grupo de trabajadoras

sexuales. Luego de haber desarrollado esta actividad, el o la facilitadora explicará la definición de “vulnerabilidad” y explicará algunas relacionadas respecto al VIH: creencias correctas e incorrectas, uso del condón tanto con parejas como con clientes, uso de psicoactivos, y el conocimiento o no de ser una persona que vive con VIH.

Trabajo Individual. Con la información obtenida en la lluvia de ideas y la explicación de la persona facilitadora, se les pedirá que señalen en hojas blancas los momentos en que esos contextos de vulnerabilidad han estado en sus vidas y cómo han sido construidos.

Plenaria. En grupo, se socializará voluntariamente el ejercicio reflexivo a todas las condiciones de vulnerabilidad. Así, luego de enlistarlas en un lugar visible, se les pedirá en conjunto que identifiquen posibles estrategias para evitarlas, enfatizando en su capacidad de acción y agencia frente a ellas.

ACTIVIDAD 2. CÓMO ME CONSTRUYO COMO PAREJA ¿CUÁLES SON MIS PRÁCTICAS SEXUALES?

Objetivo: identificar las conductas o acciones que ponen en riesgo la salud de las participantes en el desarrollo de prácticas sexuales con sus parejas.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes, siluetas grandes.

Descripción:

Reflexionando en conjunto sobre la pareja. El o la facilitadora preparará antes del taller dos siluetas grandes.



Estas se ubicarán en el piso. El grupo será dividido en dos, cada grupo decidirá si la silueta es de un hombre o mujer y se le pedirá que escriban cuáles son esos comportamientos que les caracterizan como pareja (en este momento mencionará la conformación de parejas del mismo y de distinto sexo a fin de no sesgar la intervención a relaciones heterosexuales). Al finalizar el ejercicio, se someterán a discusión las características haciendo un análisis de cómo éstas están asociadas a las construcciones de género y pueden ser en la práctica un factor de riesgo para su salud.

Trabajo Individual - Estilo de pareja. En trabajo individual cada una de las participantes escribirá las formas en que establece relaciones de pareja con base en las siguientes preguntas: qué busco de alguien, qué esperan de mí, qué exijo, qué me exigen, cómo se relaciona esto con mis relaciones sexuales y con la prevención del VIH.

Plenaria. En grupo se socializará voluntariamente el ejercicio reflexivo sobre las formas de establecimiento de pareja construyendo alternativas de consolidación mucho más equitativas, enfatizando en su capacidad de acción y agencia frente a ellos.

ACTIVIDAD 3. ¿QUÉ ME HACE MUJER, QUIÉN ME HACE MUJER, CÓMO ME HAGO MUJER Y, ESTO, QUÉ RELACIÓN TIENE CON EL VIH/SIDA?

Objetivo: reconocer la construcción de género como determinante para la forma en que las participantes se construyen como mujeres, establecen sus relaciones de pareja y se ven expuestas a situaciones de violencia.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrrable y borrador, marcadores permanentes.

Descripción:

Reflexionando sobre el mandato de género. Con un lenguaje sencillo pero preciso, el o la facilitadora explicará el concepto de “género”, “sexo”, “orientación sexual” e “identidad de género”, retomando los aportes de mandatos aportados por las participantes.

Trabajo Individual. A partir de la explicación, se invitará a las asistentes a escribir en una hoja cuáles son sus propias construcciones sobre el género, qué reproducen en su vida cotidiana, qué roles desempeñan.

Plenaria. En grupo se socializará voluntariamente el ejercicio reflexivo sobre las construcciones de género, sus roles y reproducciones en la vida cotidiana. El o la facilitadora explicará cómo estas condiciones de género pueden construir condiciones de vulnerabilidad para el ejercicio de la violencia hacia ellas, haciendo énfasis en el papel que tiene este en el uso o no del condón y en la toma de medidas de propio cuidado y protección.

ACTIVIDAD 4. RECONOZCO – ACTÚO

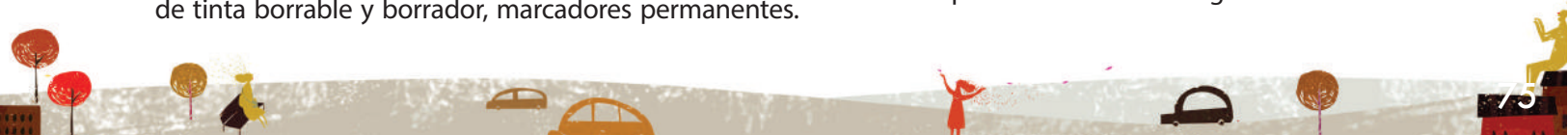
Objetivo: reflexionar sobre aquellas características de contextos de vulnerabilidad en el nivel individual y sobre cómo motivar a la solicitud de la prueba voluntaria.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrrable y borrador, marcadores permanentes.

Descripción:

Canasta revuelta. Se pedirá a las asistentes que se ubiquen en un círculo mirándose una a otras. El o la facilitadora empezará a mencionar algunas frases.



En la medida en que las mujeres se sientan identificadas con estas o desarrollen actividades que se relacionen, se levantarán de su silla para ubicarse en otra. Las frases que dirá en un primer momento serán:

- Cuando siento algún tipo de molestia física, acudo al médico.
- Cuando creo que pude estar expuesta a alguna forma de gripe, varicela, viruela o paperas, tomo precauciones.
- Cuando siento que mi cuerpo está enviando alguna señal de alarma sobre un malestar físico, lo atiendo.

Luego de hacer estos tres movimientos, el o la facilitadora preguntará por quiénes se han quedado sentadas, cuáles son las razones para que en estas situaciones no hayan solicitado atención médica. Se indagará al respecto y se pedirá volver a ubicarse en el círculo. Ahora se mencionarán frases asociadas a factores de vulnerabilidad:

- En mi última relación sexual con los clientes usé condón.
- En mi última relación sexual con mi pareja usé condón.

Se repetirá el mismo ejercicio anterior reflexionando por quienes se han quedado sentadas y las razones por las que han o no usado el condón o acudido a personal profesional de la salud. Se establecerá una relación directa con la protección frente a otros virus, como la gripe, identificando la posibilidad de infectarse de esta y relacionándolo con su conocimiento sobre cuáles son las posibilidades de infección por VIH y por qué se perpetúan las prácticas inseguras.

La persona facilitadora terminará el taller presentado las características de la APV, contando a las asistentes el desarrollo de la asesoría pre-test y pos-test, así como respondiendo aquellas inquietudes que existan al respecto de la toma de la prueba. Se enfatizará en la importancia de la detección temprana del virus.

ACTIVIDAD 5. CARAS VEMOS NADA MÁS SABEMOS

Objetivo: evidenciar la necesidad de usar el condón con todos los clientes y sus parejas.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes, dibujos de tamaño gigante con rostros de diferentes tipos de hombres que solicitan sus servicios (es importante que en su mayoría evidencien una diversidad de hombres que tengan apariencia de estar sanos físicamente y uno o dos que tengan apariencia de padecer alguna enfermedad, así como figuras masculinas cercanas a la realidad de sus clientes como de sus parejas); a su vez, un perfil de cada uno de ellos.

Descripción:

El o la facilitadora habrá previsto la realización de cinco perfiles de clientes y parejas de las trabajadoras sexuales clientes como de parejas. A continuación, se sugieren algunas pautas. Estos deben ser construidos de acuerdo al contexto específico (recuerde que el objetivo de esta actividad es buscar el desarrollo reflexivo sobre aquellos mitos que pueden llevar a pensar que las personas que viven con VIH se encuentran inmediatamente enfermas y que, generalmente, tienen otro tipo de enfermedades asociadas y que “se les nota”).

Los perfiles estarán desarrollados con base en:

- Se debe permitir la identificación de rasgos sociales que brindan status, por ejemplo, ser médicos, políticos, profesionales, pertenecientes a alguna comunidad religiosa, figuras públicas.



- A su vez, podría pensarse en clientes frecuentes de los que las trabajadoras sexuales conocen su historia personal, por ejemplo, referir a hombres casados y decir que sólo la frecuenta a ella, o clientes que con el uso de sus servicios han establecido confianza a través del tiempo.
- Se debe procurar mostrar otros perfiles de clientes con los que las trabajadoras sexuales podrían relacionar la vivencia con el VIH, por ejemplo, hombres con rasgos afeminados, personas con alguna dolencia o enfermedad física, con marcas en su piel producto como cicatrices, entre otras.
- Respecto a las parejas, se debe procurar presentarles de formas diversas entre el siguiente rango parejas que afirman su fidelidad, que dicen amarles profundamente o parejas que muestran un ejercicio de poder alto hacia ellas y que podrían enojarse si se les exige el uso del condón.

El grupo se dividirá de acuerdo al número de perfiles construidos. A cada grupo se les pedirá responder las siguientes preguntas:

- ¿Creemos que esta persona quizás pueda vivir con VIH? ¿Sí o no? ¿Por qué?
- ¿Aceptaríamos una relación sexual con este cliente o pareja sin condón? ¿Por qué la aceptaríamos?
- ¿Cuáles son las condiciones que nos llevan a pensar o no en el uso del condón?

Se abrirá la plenaria para discutir por grupos las respuestas. El o la facilitadora identificará aquellas condiciones que pueden constituir un riesgo para la salud de las trabajadoras sexuales y enfatizará en aquellas que corresponden a los diferentes órdenes de contextos de vulnerabilidad: cuáles son de orden individual y cuáles sociales. Se explicará la necesidad de reflexión sobre ta-

les y se llevará a las participantes a construir estrategias o enlistar acciones para responder a ellas.

El cierre enfatizará en la necesidad del uso de condón con todos los clientes y con todas las parejas.

ACTIVIDAD 6. PENSANDO EN MI PAREJA

Objetivo: reconocer creencias que puedan existir y que puedan llegar a favorecer la perpetuación de la violencia en pareja, así como fortalecer la creación de acciones para actuar frente a ella.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes, frases previamente elaboradas para la identificación de la violencia.

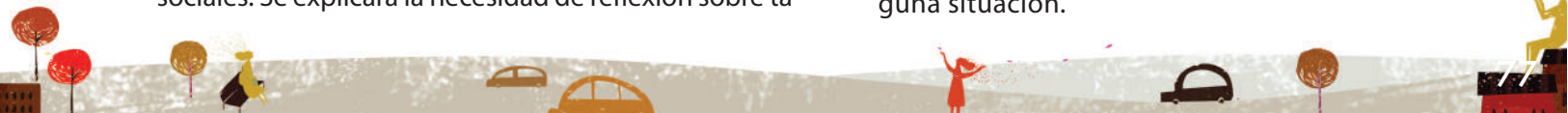
Descripción:

Como primera actividad, el o la facilitadora invitará a organizar grupos de cinco personas. Cada una recibe una frase asociada a la violencia y se encargará de discutir si es verdadera o falsa. Cada grupo presentará las frases ya clasificadas, explicará su posición y el debate por el que llegaron a tal y se abrirá la discusión para que aquellas que no se encuentren de acuerdo participen en la discusión.

El o la facilitadora recogerá las impresiones en el papelógrafo o en el tablero pegando cada frase y escribiendo sus argumentos y contra-argumentos al respecto.

Se proponen las siguientes frases:

- Todos los hombres son violentos.
- No merezco que me traten con violencia en ninguna situación.



ACTIVIDAD 7. NUESTRO TOP 10

- Se es violento solo cuando se golpea.
- Si te violan es porque te lo buscaste.
- El hombre no puede controlar sus impulsos cuando se excita, por eso viola.
- Si tu pareja te obliga a tener relaciones sexuales con él o ella, es una violación.
- Los hombres violentos son siempre vagos, pobres o alcohólicos.
- Si me violan es mejor no denunciar.

Posterior a esto, el o la facilitadora hará la explicación sobre las formas de violencia y la necesidad de identificar esas formas de violencia en las relaciones de pareja.

Esta explicación permanecerá visible en el tablero o papelógrafo durante el desarrollo del siguiente ejercicio. Se les pedirá a las participantes que escriban una carta⁵⁰ dirigida a sí mismas en donde cuenten cómo es su relación de pareja, qué se dicen, cómo se demuestran el afecto, cómo solucionan sus disputas, cómo se sienten en esa relación, qué lugar sienten que tienen en la relación, qué les gustaría que fuese diferente, qué les gustaría que no cambiara. En el caso que no la tenga, se les pedirá que describan en la carta la última relación que tuvieron.

Cuando acaben de escribir las cartas, cada una la leerá e identificará, de acuerdo con lo discutido en la explicación sobre violencias, cuáles de ellas están presentes en estas relaciones.

Se abrirá la plenaria para que se hable de aquellos tipos de violencia identificados en las relaciones sin llegar a profundizar en los hechos ni en las personas —solo la situación— y se construirá entre todas alternativas para enfrentar a esas situaciones. El o la facilitadora explicará aquellas rutas de atención presentes en el territorio a las que puedan acudir a denunciar estas situaciones.

Objetivo: construir, desde la experiencia, un decálogo de prácticas sexuales seguras como trabajadoras sexuales.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes, videos o modelos anatómicos para demostración del uso del condón masculino y femenino.

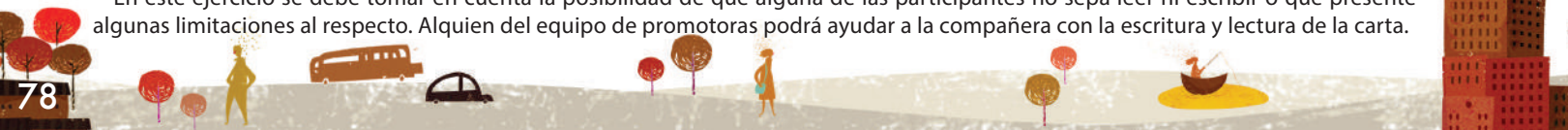
Descripción:

El o la facilitadora explicará las generalidades del VIH/Sida; explicará en las formas de transmisión del mismo (para esto revise las herramientas conceptuales). Dentro de estas formas, enfatizará en aquella que tiene que ver con mantener relaciones sexuales no protegidas con una persona que viva con VIH.

Por medio de una lluvia de ideas, se explorará sobre las falsas creencias acerca de la transmisión del VIH/Sida en las relaciones sexuales. En esta lluvia de ideas es necesario preguntar qué se sabe, qué conocimiento hay de ellas. Para facilitar pedagógicamente el ejercicio, divida el tablero en dos para —en una parte— plasmar las falsas creencias y —al frente— la explicación de por qué son falsas creencias. Por ejemplo, algunas de ellas tienen que ver con la no eyacuación, con realizar sexo oral, con mantener un tiempo específico el pene dentro de la vagina, entre otros. El o la facilitadora explicará cada una de ellas y buscará dar información precisa pero sencilla al respecto.

Se explicará el uso del condón femenino y masculino, dentro de lo posible, con moldes anatómicos y partiendo de la experiencia de las participantes. En su defecto, por medio de videos o explicaciones bajo otras metodologías.

⁵⁰ En este ejercicio se debe tomar en cuenta la posibilidad de que alguna de las participantes no sepa leer ni escribir o que presente algunas limitaciones al respecto. Alguien del equipo de promotoras podrá ayudar a la compañera con la escritura y lectura de la carta.



Posteriormente se les pedirá que a manera individual resuelvan las siguientes preguntas:

- ¿Qué las motiva al uso del condón?
- ¿Qué las desmotiva en el uso del condón?
- Cuáles creen que puedan ser otras ideas que se asocien para no usar el condón?

Se reunirán en dos grupos para compartir sus respuestas.

Cada grupo realizará una propuesta de cuál podría ser el decálogo de prácticas sexuales seguras. Es importante que el o la facilitadora lleve a la identificación de las siguientes ideas:

- Podemos decir NO tanto con nuestros clientes como con nuestras parejas.
- Debemos usar siempre el condón.
- Más dinero puede implicar estar en una situación de mayor riesgo.
- El derecho a la salud es inalienable, debemos exigirlo.
- La prueba de VIH no es una sentencia de muerte es una posibilidad de vida.

Al finalizar el ejercicio en grupo se pondrá en común, se discutirá y —finalmente—, en un pliego de papel periódico, se construirá el decálogo de prácticas sexuales seguras. De ser posible, este se reproducirá en un formato pequeño para ser entregado en el próximo taller como un producto producido por ellas mismas para el desarrollo de la prevención del VIH/Sida.

ACTIVIDAD 8. VULNER – HABILIDAD

Objetivo: reconocer los factores de vulnerabilidad y fortalecer el reconocimiento de las diferentes habilidades de las participantes para transformar sus contextos.

Tiempo: 2 horas.

Materiales/Equipos: un salón grande que permita la movilidad de las participantes, mobiliario, lápices o bolígrafos, hojas blancas, tablero o papelógrafo, marcadores de tinta borrable y borrador, marcadores permanentes, grabadora o reproductor de música y músicaailable.

Descripción:

Se pondrá músicaailable a las participantes y se les pedirá que bailen un poco. A medida que se cree un ambiente festivo, se les pide que cada una nombre sus habilidades, sus recursos y sus fortalezas. Esto se hará repetidamente hasta que cada una haya nombrado al menos tres. Se retira la música y el o la facilitadora pedirá que, en grupo, pongan en un pliego de papel o sobre el tablero esas habilidades mencionadas. Seguido a ello, reconocerá que se encuentra ante un grupo

de mujeres que cuentan con muchas habilidades para afrontar situaciones difíciles o complejas.

Se pedirá ahora que en otro pliego papel periódico o en el otro lado del tablero, se escriban cuáles son esas cosas propias o del contexto que afectan su desarrollo personal (para esto es importante que se reconozcan los tres niveles de vulnerabilidad de los que se habló en las herramientas conceptuales y que se les lleve a la reflexión o identificación de estos).

Posteriormente, la persona facilitadora realizará una presentación sobre los niveles de vulnerabilidad sencilla y precisa relacionando la conceptualización con lo identificado por ellas en el anterior paso. Acto seguido, invitará a las participantes a relacionar aquellas condiciones de vulnerabilidad con las habilidades que reconocieron anteriormente y a responder cómo esas habilidades podrían fortalecer su respuesta a las condiciones y mejorar su situación particular.

El cierre del taller enfatizará en la agencia de las habilidades y el apoyo mutuo ante situaciones de vulnerabilidad para poder sortearlas y transformarlas.





GLOSARIO

Autoestima

Es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que hemos ido recogiendo durante nuestra vida. Es el reconocimiento y aceptación de nuestras potencialidades, limitaciones y fallos.

Antirretrovirales (ARV)

Es el conjunto de medicamentos que se utilizan para el tratamiento de la infección por el VIH y su función principal es inhibir la replicación del virus conteniendo con ello la progresión de la infección y por consiguiente disminuye substancialmente la carga viral hasta ser indetectable.

Carga viral

Es el número de copias de VIH por gota de sangre. La carga viral indica la condición en que se encuentra nuestro sistema de defensas del organismo. Dependiendo en el estado en que se encuentre el médico recomendará el inicio del tratamiento con antirretrovirales.

Condón

Es conocido comúnmente como preservativo, tanto el masculino como el femenino, es un dispositivo hecho de látex o poliuretano, que actúa como una barrera física que impide el intercambio de fluidos y evita de esta manera, tanto un embarazo no deseado como las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

Genograma

El genograma es un recurso gráfico que se emplea para graficar familias y relaciones de parentesco mediante símbolos: hombres: triángulos; mujeres: círculos; relaciones matrimoniales o amorosas: líneas horizontales; Relaciones de paternidad y maternidad: líneas verticales.

Hormonización

El término “hormonización” es denominación corriente de lo que se llama tratamiento de administración de hormonas para feminizar.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Son aquellas enfermedades infecciosas susceptibles de ser transmitidas por contacto corporal íntimo, normalmente por medio de las relaciones sexuales con penetración, (anales, vaginales u orales). Las infecciones de transmisión sexual, están causadas por virus, bacterias, hongos o parásitos, y pueden afectarnos repetidamente ya que en la mayoría de los casos no hay vacunas frente a ellas y además, no generan protección (inmunidad duradera). Muchas de estas infecciones si no son tratadas pueden ocasionar graves trastornos de salud.

Infecciones Oportunistas

Cuando el sistema de defensas del organismo es deficiente, los microbios “oportunistas” aprovechan para invadirlo y provocar infecciones graves (tos prolongada con fiebre, diarreas crónicas, parálisis, tuberculosis, meningitis, problemas en la vista, herpes cutáneo...) y otros problemas de salud como cánceres, afecciones neurológicas (pérdida de la memoria, falta de coordinación, confusión en el lenguaje...)

Prueba del VIH

Es un simple análisis de sangre capaz de localizar en nuestro organismo la presencia o ausencia de anticuerpos frente al VIH que provoca el Sida. Existen dos formas básicas de detectar el VIH:

De forma directa: detectando el virus mismo o algunos de sus componentes y se hace en laboratorios especializados y reservados en general a la investigación.

De forma indirecta: detectando los anticuerpos producidos por el organismo como reacción a la presencia del virus. El método es conocido como “prueba rápida” y se utilizan técnicas rápidas (de minutos a horas) relativamente sencillas y es la que se usa de forma habitual.

Persona viviendo con VIH

Es toda aquella persona a la que se le ha diagnosticado y confirmado la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Período de Ventana

Se denomina período de ventana al espacio de tiempo que se da entre el momento que una persona adquiere la infección por el VIH y el momento en que desarrolla anticuerpos del VIH, que por lo general es de nueve semanas a partir de su última relación sexual no protegida o de riesgo.

Percepción de riesgo

Cuando hablamos de percepción de riesgo nos referimos a la conciencia y valoración que se tiene del riesgo que supone la realización de la conducta, en este caso adquirir el VIH si se mantiene una práctica que conlleva el riesgo de transmisión. Si las personas practican comportamientos de riesgo no tienen percepción de encontrarse en riesgo es más probable que no adopten medidas preventivas en sus relaciones sexuales que transmitan el VIH y que no se hagan la prueba.

Prácticas sexuales con alto riesgo de transmisión del VIH

Son todas aquellas prácticas sexuales que se realizan sin el uso de una barrera como el condón ya que durante las prácticas sexuales, normalmente, se producen pequeñas lesiones o heridas microscópicas en las mucosas de la vagina, pene o ano. Una sola práctica sexual de riesgo puede bastar para transmitir el VIH. No obstante, la posibilidad de contraer la infección aumenta con el número de veces.

Las prácticas sexuales con alto riesgo de transmisión del VIH, son:

- Penetración anal sin preservativo
- Penetración vaginal sin preservativo
- Sexo oral con eyaculación en la boca

Pruebas voluntarias para VIH

Es la decisión libre de una persona de realizarse las pruebas para conocer su estado serológico relacionado con el VIH. Es la demanda espontánea de dicha prueba sin mediar una obligatoriedad como por ejemplo por cumplir un requisito de ingreso a trabajo, estudio o por alguna condición no relacionada a su estado de salud. La persona firma un consentimiento informado en el cual recibe y declara tener conocimiento de la prueba y haber sido informado sobre sus derechos y red de servicios.

Roles de género

Cuando hablamos de género nos referimos a las atribuciones sociales y culturales que se presuponen, se otorgan y en muchos casos se imponen según el sexo de las personas y que asignan valores y tareas diferenciadas. Los roles son papeles sociales que desempeñamos en nuestra vida cotidiana y que varían dependiendo con quién estemos y en qué situación nos encontremos. Los roles de género serían la manera en que debemos comportarnos y lo que se espera de nosotros/as por el hecho de ser varones o mujeres.

Sexualidad.

Por sexualidad entendemos la forma en la que cada persona vive su condición de varón o mujer, con relación a las otras personas. Esta dimensión de nuestra personalidad se aprende igual que el modo de comportarse y nos acompaña desde el nacimiento hasta la muerte, manifes-

tándose en cada momento y en cada persona de manera diferente. La sexualidad la sentimos, la vivimos, pero no es fácil hablar de ella porque no hay normas iguales para todos/as. Cada persona es única y peculiar, por eso es importante respetar las diferencias, la diversidad y aceptar a los/as demás y a nosotros/as mismos/as.

Sistema Inmunológico

Es un sistema muy complejo, cuya función principal es defender al organismo de las infecciones. Cuando un agente infeccioso (virus, bacterias, hongos, parásitos) penetra en el organismo, el sistema inmunológico se activa inmediatamente para combatir la infección. Este actúa gracias especialmente a un tipo de glóbulos blancos de la sangre, los linfocitos, existen dos tipos de linfocitos que actúan de diferente manera:

Linfocitos B: producen anticuerpos que atacan al virus.

Linfocitos T: atacan al virus directamente

Una variedad de los linfocitos con T, son los CD4 o T4, que desempeñan un papel de mucha importancia ya que son los que activan el sistema inmunológico.

SIDA

La palabra SIDA corresponde a las iniciales del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Síndrome: conjunto de síntomas y signos que caracterizan una enfermedad.

Inmunodeficiencia: debilitamiento del sistema inmunológico, que es el responsable de las defensas de nuestro cuerpo.

Adquirida: no es hereditaria, sino causada por un virus.

VIH

La palabra VIH corresponde a las iniciales del Virus de Inmunodeficiencia Humana causante del Sida.

Bibliografía



Aranguren, R. (2012). Estudio descriptivo de los factores influyentes en la incidencia del VIH y discriminación de las trans femeninas en la costa ecuatoriana. Universidad de Guayaquil / AMFAR, Facultad de Ciencias Psicológicas. Guayaquil: Silueta X.

Arantxa Cochero, Guía para el uso de incentivos en intervenciones de prevención dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres, CDC, México, Julio 2011: 2-6

Asociación Española de Transexuales . (08 de 04 de 2010). Transexualia. Recuperado el 12 de 04 de 2014, de www.transexualia.org

Cáceres, et al. SIDA y Sexo entre hombres en América Latina: Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción – Perspectivas y Reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. UPCH/ ONUSIDA, 2002; 143

Center for AIDS Prevention Studies. UCSF. AIDS Research Institute. (Enero de 2002). www.caps.ucsf.edu. Recuperado el 10 de 04 de 2014, de <http://caps.ucsf.edu/factsheets/transgender-persons-mtf/personas-transgenero-maf/#sthash.OMPAuEmw.dpuf>

Cordero Ana, Guía Metodológica para Capacitación a Promotores Pares de Poblaciones Claves, Proyecto

VIH/SIDA/ITS en 6 regiones Sanitarias del Paraguay, MCP/CIRD, 2008: 6-7

División de HIV/AIDS Prevention, El VIH en hombres homosexuales (gay), bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), CDC, Septiembre 2010, Consultado el 02 Noviembre 2013 EN www.cdc.gov/hiv/spanish/msm/

Elaine M. Murphy, La Promoción de Comportamientos Saludables, Population Reference Bureau. PRB, Washington D.C. 2005, Recuperado el 30 de Octubre del 2013 EN www.prb.org

Guía 05. Explorar / Explore en Provisional Procedural for Community Based Organizations, CDC, EEUU 2011, p 2

Guía de Prevención VIH/SIDA. Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres, MPS/UNFPA, Bogotá, Colombia, 2011: 55

Glanz K. Rimer B: Theory at a Glance: A Guide for health promotion practice. U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service – National Institutes of Health. 1997 Citado por Jeanette P Lopez, Maité Plazas, Modelos para el cambio de conducta. Cuadernos de Nutrición. Vol 21. Septiembre-Octubre 1998: 58-64, consultado el 27 de Octubre del 2012 EN

http://prontus.uv.cl/pubacademica/pubasignaturas/medicinav/s/saludysociedadiiiv/site/artic/20090318/asocfile/modelos_cambio_conducta.pdf

Intervenciones Efectivas. Prevención del VIH que funciona. Consultado el 09 Noviembre del 2013 EN www.effectiveinterventios.org/HighImpactPreventions/POL.asp

Juan Guarduño, Ricardo Pulido, Ricardo Román, Guía para la Implementación de Intervenciones Cara a Cara utilizando los principios de la Entrevista Motivacional, Population Services International PSI AC. México, Julio 2012: 4-7

Lise Rosendal Ostergaad, Educación entre iguales y VIH/SIDA: ¿Cómo pueden las ONGs alcanzar una mayor implicación de la Juventud? En Srdajan, et al, La educación entre iguales en el marco de conducta, EN Entre Nous. Revista Europea sobre salud sexual y reproductiva, UNFPA/OMS-EUROPA, Núm. 56, 2003: p 7-9

Manuel Velandia Mora, HSH identidades y prevención del VIH/SIDA, La Habana 2007, Consultado el 1 Noviembre 2013. Consultado en: www.manuelvelandiaautobiografiayarticulos.blogspot.com/2009/12/hsh-identidades-y-prevencion-del.html

Ministerio de Protección Social de Colombia, Fondo de Población-UNFPA. (2011). www.cruzrojacolombiana.org. Recuperado el 12 de 04 de 2014, de www.cruzrojacolombiana.org/publicaciones/pdf/guia_prevencion_vih_trans_1672011_075047.pdf

2 ONUSIDA/OPS/UNICEF. Retos planteados por la epidemia del VIH en América Latina y El Caribe 2009 EN Sanchez et al, Informe sobre el Estudio de Vigilancia del Comportamiento y Prevalencia del VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual en HSH de las ciudades de Quito y Guayaquil, MSP/OPS/EQUIDAD, 2012

Por la Salud de las Personas Trans: elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en América Latina y el Caribe. (21 de 12 de 2011). www.aidstar-one.com. Recuperado el 12 de 04 de 2014, de www.aidstar-one.com/sites/default/files/Por_La_Salud_de_Las_Personas_Trans.pdf

Raúl Choque Larrauri. Comunicación y Educación para la Promoción de la Salud. Lima, Diciembre 2005: 6 4. Consultado el 27 de Octubre del 2013, en <http://www.razonpalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>

Srdajan, Zielony, Bodiroza, Kimzeque, La educación entre iguales en el marco de conducta, EN Entre Nous. Revista Europea sobre salud sexual y reproductiva, UNFPA/OMS-EUROPA, Núm. 56, 2003: p 4

Tim Frasca, Lecciones Aprendidas de las actividades y programas para la prevención del SIDA entre hombres con prácticas homosexuales- EN Cáceres et al, SIDA y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción: Perspectivas y Reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. UPCH/ONUSIDA 2002. Capítulo IV: 140

Tallada, Joan, La promoción de nuevos modelos de masculinidad para prevenir el VIH entre hombres que practican sexo con hombres en Nicaragua, Centro para la prevención y Educación del SIDA, Serie de Estudios de Casos, Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-one, Task Order 1: p10-11

UNAIDS/WHO, Directrices técnicas para la presentación de propuestas en la Ronda 8 DEL Fondo Mundial. Comunicación de Cambio de Comportamiento-Divulgación a la comunidad y a las escuelas, s/f: p 2,

WHO/ UNAIDS. Vigilancia del VIH de Segunda Generación. El próximo decenio. 2005.



Soy ciudadano.

Derechos para una sociedad diversa

**SALUD, DIVERSIDAD,
DEMOCRACIA,
DIGNIDAD.**

Con el auspicio de:



Invirtiendo en nuestro futuro

El Fondo Mundial

De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

