Gobierno de Guatemala
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social

Fondo de Población
de las Naciones Unidas

ICW
Capítulo Guatemala
Comunidad Internacional de
Mujeres viviendo con VIH/SIDA

Manual para la atención de la Salud Sexual y Reproductiva de mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (sida)

Manual práctico para proveedores de servicios de salud por niveles de atención del Ministerio De Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala

Diciembre 2,012
Segunda Edición 2015

Mariano Rayo Muñoz
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Juan Antonio Villeda
Viceministro de Atención Primaria en Salud

Dra. Velia Oliva.
Viceministra Técnica

Licda. Elvira Salvatierra Peña
Viceministra Administrativa Financiera

Dr. Roberto Aldana
Director del Sistema Integral de Atención en Salud
–SIAS-

Dra. Veronica Castellanos Hernández
Jefa Departamento de Regulación de los Programas
de Atención a las personas-DRPAP-

Licda. Ana María Ríos
Responsable a.i. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y Sida

Dra. Aura Melisa Mejía
Coordinadora Programa Nacional de Salud Reproductiva

Manual práctico para proveedores de servicios de salud
por niveles de atención del Ministerio De Salud Pública y
Asistencia Social de Guatemala

Gobierno de Guatemala
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social

UNFPA
Fondo de Población
de las Naciones Unidas

ICW
Capítulo Guatemala
Comunidad Internacional de
Mujeres viviendo con VIH/SIDA

Índice

Objetivos 2
Presentación 4
Glosario de siglas 5
Introducción 8
Atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres que viven con VIH. 9
Situación y abordaje de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes que viven con VIH (10 a 19 años) 14
Mujer en edad reproductiva que vive con VIH 16
Atención de infecciones de transmisión sexual 18
Consejería preconcepcional 20
Atención prenatal 22
Resolución del embarazo 25
Puerperio 27
Atención del recién nacido expuesto 29
Atención post aborto 30
Planificación familiar 33
Anticoncepción de emergencia 42
Menopausia y climaterio 43
Tamizaje de cáncer cervico uterino 46
Atención psicológica de mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (sida). 49
Cuidados nutricionales 52
Conceptos y definiciones 54
Anexo 1 Metodología para el desarrollo del manual 57
Anexo 2. Antecedentes, situación de la Salud sexual y reproductiva y VIH en Guatemala 59
Anexo 3. Marco legal y de derecho, nacional e internacional para la salud sexual y reproductiva y VIH en Guatemala 68
Anexo 4 Compromisos internacionales Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CAIRO) 70
Bibliografía 75

Comisión Técnica que participó en la elaboración del documento:

Instancia por la Salud de las Mujeres
Alianza de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva
Programa Nacional de Salud Reproductiva
Programa Nacional para la prevención y control de ITS, VIH y Sida.
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Organización Panamericana de la Salud,
Organización Mundial de la Salud Guatemala
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres
Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA
Fondo de Población de las Naciones Unidas
Consejo Nacional para la Prevención y el Control del sida

OBJETIVOS

Objetivo General

Promover el acceso de las mujeres viviendo con VIH, a los servicios de salud sexual y reproductiva, para mejorar la calidad de los mismos, mediante el desarrollo de lineamientos técnicos y la estandarización de las acciones orientadas a la atención integral en salud.

Objetivos específicos

- Desarrollar los lineamientos técnicos para el abordaje integral de la salud sexual y reproductiva, a lo largo del curso de la vida de las mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (sida).

- Estandarizar los procedimientos relacionados con la atención integral de la salud sexual y el proceso reproductivo de las mujeres, que viven con VIH y VIH avanzado (sida).

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, consciente de la importancia de cumplir el marco legal y de derecho, nacional e internacional, en relación a la salud sexual y reproductiva y la urgencia de vincularla con las acciones que se realizan, para la detención y la reducción del impacto de la Epidemia del VIH en el país, con énfasis en la mujer, niñas y adolescentes:

El Manual para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva de las Mujeres que Viven con VIH y VIH Avanzado (sida).

Este Manual surge como parte de la respuesta ante las demandas de la Red Guatemalteca Mujeres Positivas en Acción, referente para Guatemala de la Comunidad Internacional de Mujeres, que viven con VIH/SIDA (ICW), instancia que ha documentado la falta de cumplimiento del marco legal y de derecho en la atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres que viven con VIH. Este proceso contó con el acompañamiento técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas -UNFPA-.

El Manual se presenta como un documento práctico, que brinda los lineamientos técnicos para el abordaje integral de la salud sexual y reproductiva de mujeres que viven con VIH y estandariza los procedimientos vinculados a la atención integral, a fin de contribuir con la mejora de la calidad en la atención y prestación de servicios.

Mariano Rayo Muñoz
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

GLOSARIO DE SIGLAS

ACO	Anticonceptivos orales combinados
AMEU	Aspiración manual endouterina
AOE	Anticoncepción oral de emergencia
ARV	Antirretroviral
ASCUS	Atipia de células escamosas de significado indeterminado
AZT	Zidovudina, Azidotimidina. Primer medicamento antirretroviral.
CACU	Cáncer cérvico uterino
CAIMI	Centro de Atención Integral Materno Infantil
CAP	Centro de Atención Permanente
CD4	Cúmulo de diferenciación 4
CDC	Centro para el control y prevención de enfermedades (Centers for Disease Control)
CEDAW	Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CETE	Construcción del entendimiento mutuo, exploración, toma de decisiones y ejecución de la decisión
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica y República Dominicana
CPV	Consejería y prueba voluntaria del VIH
DDHH	Derechos Humanos
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
EE	Etinilestradiol
ENSMI	Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil
EP	Embolia Pulmonar
FIGO	Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
ICW	The International Community of Women with HIV/AIDS
IGSS	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
IP	Inhibidores de Proteasas
IPPF	Federación Internacional de Planificación de la Familia
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
IVAA	Inspección Visual con Ácido Acético
LH	Hormona luteinizante
LNG	Levonorgestrel
LUI	Legrado Uterino Instrumental
LIE	Lesiones Intraepiteliales Escamosas

MINEDUC	Ministerio de Educación
MSPAS	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
NG	Norgestrel
NIC	Neoplasia Intraepitelial Cervical
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PF	Planificación familiar
PNS	Programa Nacional de Control y Prevención de ITS/VIH/SIDA
PNSM	Programa Nacional de Salud Mental
PNSR	Programa Nacional de Salud Reproductiva
PPD	La prueba cutánea de PPD, sigla en inglés de derivado proteico purificado, es un método utilizado para el diagnóstico de la tuberculosis
PPS	Píldoras que contienen progestágeno
PTMHV	Prevención de la transmisión madre-hijo de VIH
RPR	Reagina plasmática rápida
SM	Salud Mental
Sida	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SIGSA	Sistema de Información Gerencial de Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TARV	Terapia antirretroviral
TCC	Terapia de conducción cognitiva
TIP	Terapia Interpersonal
TORCH	Toxoplasmosis Rubeola Citomegalovirus Herpes
TRH	Terapia de Reemplazo Hormonal
TSH	Hormona estimulante de la tiroides
TVP	Trombosis venosa profunda
UAI	Unidad de Atención Integral
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (United Nations Children's Fund)
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
USAC	Universidad San Carlos
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory (Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas)
VHC	Virus de la Hepatitis C
VPH	Virus del Papiloma Humano
WHO	World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)

INTRODUCCIÓN

Los DSR son inherentes a todas las personas, independientemente de su condición respecto al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Sin embargo, los derechos de las niñas, adolescentes y mujeres con VIH, no suelen reconocerse como prioritarios. La inequidad de género y algunas prácticas sociales o culturales suelen restringir las decisiones que las mujeres toman en relación a su vida sexual y reproductiva.

Si se reconoce SSR es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear con la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia, condición que lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos seguros y eficaces, asequibles y aceptables de planificación familiar, recibir servicios adecuados de atención de salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y proporcionen a las parejas las máximas posibilidades de tener hijas e hijos sanos.

Debido a la pobreza, estigma y la discriminación relacionados con el VIH, el acceso a la información y a los servicios, especialmente, los que atienden la salud sexual y reproductiva se ven limitados en acceso y calidad para las mujeres que viven con VIH.

Al considerar que los servicios de SSR y VIH deben ser integrales y vincularse, entre sí, el Manual para la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (sida), está diseñado para ofrecer información a trabajadores de la salud, que les permita actualizar y mejorar sus habilidades técnicas para brindar atención integral y de calidad, y así evitar el estigma y la discriminación, al mismo tiempo que promueve la orientación a mujeres y adolescentes con VIH, en el contexto local para la toma de decisiones informadas respecto a su sexualidad.

El manual aborda los temas de salud sexual y reproductiva de la mujer a lo largo del curso de vida, iniciando desde la adolescencia, pasando por la adultez hasta convertirse en adulta mayor. Abarca aspectos clínico-ginecológicos de la mujer con VIH, las distintas posibilidades anticonceptivas, las opciones a considerar, según la situación serológica de cada pareja, tratamientos de ITS, profilaxis antirretroviral en las embarazadas, tamizaje temprano para identificación de cáncer cérvico uterino, climaterio y menopausia.

Atención de la salud sexual y reproductiva de mujeres que viven con VIH

PREMISAS A CONSIDERAR EN LA ATENCIÓN

Aspectos éticos y de interculturalidad

El abordaje integral para la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con VIH, debe estar fundamentado en evidencia científica y, a la vez, debe observar aspectos éticos y de interculturalidad que serán considerados por los proveedores de salud.

Se debe asegurar la privacidad, la confidencialidad y la seguridad como aspectos interrelacionados y fundamentales para la atención de personas que viven con el VIH y es indispensable establecer una buena relación con la mujer para favorecer la comunicación.

La interculturalidad contempla "el conocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, así como sus conocimientos y elementos terapéuticos en el mejoramiento de la salud de la población" [1]

El enfoque de pertinencia cultural se deriva, precisamente, del principio de "derecho a la diferencia", y quiere decir "adecuado a la cultura". En el caso de su aplicación a la prestación de servicios públicos, busca que los servicios públicos sean conceptualizados, organizados e implementados tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos, se debe apuntar a reproducir y reforzar los valores de la cosmovisión, que se practican, y a recuperar aquellos que por razones sociales, políticas, económicas o históricas dejaron de practicarse y no se han alcanzado. La atención debe de ser de manera sencilla y con respeto hacia los 4 pueblos: Maya, Garífuna, Xinka y Mestizo. [2]

A continuación, se desglosan las premisas que se deben cumplir en toda consulta de las mujeres que viven con VIH, en los servicios de salud sexual y reproductiva.

---

[1] Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas. *Acuerdo Ministerial 1632-2009*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala.

[2] Kaqchikel, Asociación Q'anil Maya Interculturalidad 2012 Guatemala.

Cuadro No. 1

Premisas para la atención de la salud con ética e interculturalidad

Respete la percepción que cada mujer tiene sobre aspectos de la sexualidad y proceso reproductivo (embarazo, parto, puerperio) y recién nacido.
Salude cordialmente y preséntese con su nombre y su cargo.
Llame a la mujer por su nombre.
Explique lo relacionado con el servicio de manera sencilla.
Cuide los gestos y expresión corporal en la atención.
No asuma actitudes discriminatorias ni excluyentes.
Utilice preguntas generadoras como: ¿En qué le puedo servir?, ¿en qué le puedo ayudar?, ¿me expliqué adecuadamente?, ¿le puedo servir en algo más? Repítame lo que comprendió.
Favorezca un ambiente privado, tranquilo y relajado que permita un clima de confianza. Es importante tomar en cuenta estos aspectos en la atención de una niña o adolescente, ya que esto permitirá un mejor diálogo y comprensión.
Aborde a la persona de manera sencilla, explique con palabras de fácil entendimiento, libre de coerción, con confidencialidad, que satisfaga las necesidades de la mujer y basado en conocimientos científicos comprobados.
Utilice el idioma materno de la persona o solicite un traductor. Cuando brinde la consejería o explique un procedimiento, debe explicarlo en forma clara y amplia (explicando tanto las ventajas como desventajas), esto le permitirá tener confianza y comunicación con los servicios de salud y usted contará con más elementos para el diagnóstico y tratamiento.
Respete las formas de pensar de las personas y las creencias en relación con enfermedades como VIH y VIH avanzado.
Promueva que la mujer (si lo desea), tenga un acompañante durante la consulta médica. Cuando se realice un procedimiento en el que esté contraindicada la presencia del / la acompañante, debe explicarle las razones a la persona. En el caso de la atención de una niña o adolescente (examen físico), es recomendable un asistente, preferiblemente mujer.
Respete los elementos simbólicos que portan las usuarias de los pueblos indígenas, por ejemplo, pulseras rojas, bolsitas con piedras, cintas rojas, collares, plantas medicinales en el cuerpo, ocote, limones, entre otros. Si usted necesita retirar estos elementos por algún procedimiento, deberá explicarle en forma clara y en su idioma materno sobre el motivo por el cual realizará tal acción y procederá con respeto. Si la mujer se encuentra inconsciente podrá retirar estos elementos, para guardarlos y entregarlos a la familia o acompañante.

Fuente: Guía para la implementación de la atención integral materno neonatal, 2011.

Sexualidad

La sexualidad es un componente inherente a la naturaleza humana y está determinada por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales. Está basada en el sexo, incluye al género, la identidad sexual y genérica, la orientación sexual, el erotismo, la orientación afectiva, el amor y la reproducción.

Michael Foucault se refiere a la sexualidad como el conjunto de significados dados al cuerpo y a ciertas prácticas. En efecto, en todas las sociedades el instinto sexual se enfrenta a un complicado y sutil sistema de prohibiciones, reglas y valores, costumbres que van más allá de las necesidades biológicas y que enmarcan a la sexualidad como una construcción cultural. [3,4] (Reinixch, 1992)

La sexualidad y la salud sexual están directamente vinculadas con la salud reproductiva, por lo que comprender el significado de lo que involucra el término sexualidad es indispensable, para crear estrategias que ayuden a las mujeres a disfrutar de una sexualidad responsable y saludable, tomando en consideración sus pensamientos, sentimientos, emociones, fantasías, creencias, actitudes, valores, roles, vinculación afectiva y reproducción. Una apropiada salud sexual, permitirá tomar mejores decisiones, en cuanto a sexualidad se refiere, principalmente cuando afecta a las mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (sida).

El ejercicio de la sexualidad puede ser limitado por factores externos. En el caso de las mujeres que viven con VIH, la sexualidad se ve afectada por la carga psicológica, social y biológica que rodea al padecimiento. [5]

"Después de recibir el diagnóstico de VIH, una mujer o una adolescente, puede experimentar emociones diversas en torno a su sexualidad y su salud reproductiva, situación que debería sentirse libre de explorar con el proveedor de servicios de salud; sin embargo, pudiera ocurrir, también, que se sintiera renuente a hablar sobre tales problemáticas, es en estos casos donde es importante que el proveedor de servicios de salud introduzca el tema de una manera sensible y sin asumir una actitud condenatoria". [6]

---

3 Foucault, Michel. (1998) *Historia de la sexualidad 2: el uso de los placeres.* España, Siglo XX.

4 Giraldo Neira, Octavio. (1985) *Explorando las sexualidades humanas.* Colombia.

5 Ramos Alamillo, Ubaldo, Pedroza Laura A. (2008) Guía de Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres con el VIH. México, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

6 (ICW), Engender Health e International Community of Women Living with HIV/AIS-DICW, E. h. (2006). Salud sexual y reproductiva para mujeres, niñas y adolescentes con VIH. Manual para capacitadores y gerentes de programas. Pag. 56.

Metodología para la consejería CETE

Existen diversas metodologías para el abordaje de la sexualidad y la salud sexual y reproductiva. En esta guía se hace referencia a la metodología CETE como una guía para que no queden aspectos importantes en la visita de la mujer que vive con VIH, sin resolver o abordar.

No es un proceso estricto, sino brinda un orden lógico para el abordaje de la temática de salud sexual y reproductiva, para evitar que se pasen por alto pasos importantes. Enfatiza la responsabilidad de la mujer, para tomar una decisión y llevarla a cabo, ofrece una guía, para considerar las relaciones sexuales de la mujer y su contexto, abordando los retos a que se puede enfrentar al llevar adelante su decisión y también, le ofrece el desarrollo de habilidades para ayudarle a implementarlas.

Siempre es importante personalizar las sesiones, al individualizar la discusión y aplicarla a la situación específica de la mujer, se le ayuda a percibir su propio riesgo y vulnerabilidad evitando que pueda pensar que el embarazo no deseado o el VIH y el VIH avanzado (sida) "son cosas que les suceden a otras personas". Evite agobiar a la persona con información innecesaria. Para hacerlo, debe examinar primero la situación de la mujer, y después, ajustar la sesión para satisfacer sus necesidades y las de su pareja.

Comprender y explorar el contexto de las decisiones es crítico para ayudar a que la mujer determine su riesgo y vulnerabilidad y para que tome decisiones realistas sobre sus necesidades de salud sexual y reproductiva.

La metodología CETE lo agregaron para el abordaje de la consejería integral en salud sexual y reproductiva, consta de cuatro fases, que son:

1. Construcción de entendimiento mutuo.
2. Exploración.
3. Toma de decisiones.
4. Ejecución de la decisión.

Cuadro No. 2

CETE: Metodología para el abordaje de la sexualidad y SSR

A.Construcción de entendimiento mutuo	B. Exploración
1. Dé la bienvenida a la mujer.	1. Explore las necesidades de SSR de la mujer, incluyendo su vida y salud sexual, riesgos, contexto social y circunstancias de la mujer.
2. Haga las presentaciones personales (del proveedor de salud).	2. Evalúe el conocimiento de la mujer y bríndele la información que requiera.
3. Introduzca el tema de la sexualidad.	3. Ayude a la mujer a percibir o determinar sus intenciones reproductivas y sus riesgos de Infecciones de transmisión sexual o de reinfección del VIH.
4. Asegure la confidencialidad.	
C. Toma de decisiones	**D.Ejecución de la decisión**
1. Identifiquelas decisiones que la mujer necesita tomar en esta sesión.	1. Elabore un plan concreto y específico para llevar adelante la decisión.
2. Identifique las opciones de la mujer y sus limitaciones en cada decisión.	2. Identifique las habilidades o destrezas que la mujer requerirá para llevar adelante la decisión.
3. Sopese los beneficios, desventajas, limitaciones y consecuencias de cada decisión.	3. Practique las habilidades que sean necesarias con la mujer.
4. Oriente a la mujer para que ella misma tome sus decisiones siendo realista.	4. Haga un plan de seguimiento.

Fuente:(ICW), Salud Sexual y Reproductiva para mujeres y niñas adolescentes con VIH, Manual para capacitadores y gerentes de programas, 2006.

Situación y abordaje de la salud sexual y reproductiva de las adolescentes que viven con VIH (10 a 19 años)

La adolescencia es un proceso integral durante el cual, la persona tiene que armonizar el nuevo funcionamiento de su cuerpo con conductas aceptables, socialmente, y así poder formar una personalidad integrada en sus tres elementos básicos: biológico, psicológico y social. [7]

El riesgo de embarazo no planeado o de contraer infecciones de transmisión sexual en la adolescencia, está condicionado por factores, como la dificultad para discutir sobre temas de sexualidad con la pareja; desinformación en la temática de salud y sexualidad; falta de acceso oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva; negociar el uso del condón, especialmente, si es la primera vez que van a tener relaciones sexuales; baja autoestima; sentimientos negativos experimentados en cualquier momento de la vida, como tristeza, depresión, ansiedad, irritabilidad; o ver el embarazo como una declaración de normalidad y afirmación de la vida. [8]

La atención integral y diferenciada de adolescentes que viven con VIH, debe incluir acciones básicas a desarrollar como:

Cuadro No. 3

Atención integral de adolescentes

ATENCIÓN INTEGRAL	
ASPECTOS CLÍNICOS	• Evaluación de crecimiento y desarrollo. • Identificación de enfermedades oportunistas • Evaluar estado inmunológico (monitoreo de CD4 y carga viral • Evaluar estado nutricional • Tamizaje de sífilis, Hepatitis B y C • Tamizaje de cáncer cervico uterino (si aplica) • Inmunizaciones • Oferta sistemática de metodología anticonceptiva (si es sexualmente activa) • Evaluación por efectos secundarios de ARV
CONSEJERÍA	• Factores protectores y factores de riesgo • Educación integral en sexualidad • Información y consejería balanceada sobre métodos anticonceptivos • Prevención de otras ITS • Prevención de todo tipo de violencia • Acoso escolar
ATENCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO	• Construcción de Plan de vida • Adherencia a antirretrovirales • Estilos de vida saludables • Enfermedades mentales • Adicciones • En los casos que amerita se recomienda usar el idioma materno de las personas.

Fuente: Elaboración propia.

[7] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2008) *Modelo de atención integral y diferenciada para los y las adolescentes*. Guatemala. MSPAS. [8] (ICW), Engender Health e International Community of Women Living with HIV/AIDS. (2006) *Salud Sexual y Reproductiva para mujeres y niñas adolescentes con VIH, Manual para capacitadores y gerentes de programas.* Nueva York y Londres.

Atención psicológica a adolescentes viviendo con VIH

Para la atención psicológica en la adolescencia es necesario tomar en cuenta factores que marcarán la diferencia en el abordaje psicológico. Se presentan los cambios hormonales, los cuales les hacen dar respuestas poco controladas, en relación a la conducta normal esperada, por ejemplo, cambios en el estado de ánimo, vulnerabilidad ante las presiones del medio, deseo intenso de mostrarse como un adulto que tiene el control de todo.

Condiciones indispensables para una buena atención psicológica

Es un proceso que puede durar desde un día (una sola sesión con duración de al menos una hora), hasta varios años (cantidad y periodicidad variable de sesiones), cuyo objetivo fundamental es el de proporcionar ayuda para lograr alivio emocional, restablecer el funcionamiento adaptado y promover cambios necesarios a distintos niveles, es importante tomar en cuenta que se debe abordar a los padres y evaluar reuniones de orientación o consejería para ellos, pero de forma separada, siempre haciendo hincapié en la confidencialidad de la información brindada por las adolescentes .

Verificar y ampliar la información que proporciona la adolescente. Favorecer la expresión de emociones, sentimientos y dar apoyo emocional a las adolescentes y sus cuidadores o tutores relacionados con las situaciones vitales.

La relación que se establece con las personas que requieren apoyo emocional, debe ser siempre positiva y basarse en la aceptación, la confianza y el respeto mutuo, pues de ello depende en gran medida los buenos resultados.

Si la relación es positiva, ambas partes, sentirán agrado, confianza, armonía, cordialidad o seguridad psicológica, desearán mantener la relación y serán más receptivas a los mensajes.

Las y los profesionales que atienden la salud mental de adolescentes, deben mostrar en las sesiones de trabajo actitudes esenciales, tales como: aceptación, empatía y autenticidad. La aceptación implica tener y demostrar interés real y completo por el valor de las personas a las que se atiende, como proveedor de salud se debe estar consciente de sus actitudes, prejuicios y temores, respecto de las personas que viven con el VIH. De no sentirse cómodos deben referirse a otro profesional.

Apoyo emocional a la familia de adolescentes con VIH

El apoyo emocional puede entenderse como, estar disponible para una persona que necesita a alguien con quien hablar de sus preocupaciones, temores, que busca comprensión y estima, para sentirse amada, respetada, entendida y segura. Alentar a las personas a que enfrenten las emociones propias y ajenas requiere las acciones siguientes:

a. Facilitar la libre expresión de sus emociones (dolor, preocupaciones, miedos, etc.) y hacerle saber que son estados normales y cambiantes, con el cuidado de no interrumpir.

b. Utilizar lenguaje apropiado para reforzar el apoyo emocional que se ofrece. Las palabras utilizadas transmiten seguridad, refuerzan la confianza y fortalecen la autovaloración.

c. Hacer contactos físicos con respeto, hasta donde la persona permita (abrazos, dar la mano, etc.), asentir con la cabeza, adoptar ciertas expresiones faciales, entre otras. Considere siempre el respeto y los límites de la persona.

Mujer en edad reproductiva que vive con VIH

De acuerdo con los cambios en el comportamiento epidemiológico de la infección por VIH y la sobrevida con el inicio de la terapia antirretroviral, se deben tomar en cuenta, dentro de la atención integral de las mujeres viviendo con VIH y VIH avanzado (sida), lo relacionado con su salud sexual y reproductiva.

De acuerdo al nivel de atención de los servicios, se debe conformar un equipo multidisciplinario, previamente, sensibilizado y capacitado para dar respuesta a las necesidades y brindar un abordaje integral, con pertinencia cultural, enfoque de interculturalidad y de género a las mujeres que viven con VIH.

Cuadro No. 4

Situaciones de salud sexual y reproductiva más frecuentemente consultadas

SITUACIÓN	ACCIONES
Infecciones de Trasmisión Sexual	• Tamizaje de Sífilis. • Tamizaje de Hepatitis B y C. • Manejo Etiológico o Sindrómico de ITS. • Consejería en métodos de prevención de ITS. • Inmunizaciones (Hepatitis B) • HPV*.
Intención de Embarazo	• Control de Enfermedades Crónicas. • Asesoramiento para reducción de riesgo de aparición de anomalías congénitas. • Medicación. • Educación. • Estilos de Vida saludables.
Tamizaje temprano de Cáncer Cervico Uterino	• Tamizaje de CACU-Papanicolaou o IVAA. • Colposcopia (si aplica). • Crioterapia (si aplica).
Afecciones Mamarias	• Autoexamen de Mama. • Exámen de Mamas. • Ultrasonido de Mama (si aplica). • Mamografía (si aplica).
Planificación Familiar	• Consejería Balanceada. • Beneficios. • Efectos. • Secundarios Efectividad/ARV . • Provisión del Método de PF.
Climaterio y Menopausia	• Evaluación Clínica. • Mamografía. • Perfil Hormonal. • Terapia de Remplazo Hormonal (si aplica).
Osteoporosis	• Densitometría Ósea. • Tratamiento. • Evaluación Nutricional.

*Pruebas y vacuna aún no disponibles en el sistema de salud público. Solo en la red privada y algunas Universidades.

Si no presenta síntomas ginecológicos específicos, el chequeo será semestral para identificación de patología del tracto genitourinario, infecciosa o neoplásica.

Atención de infecciones de transmisión sexual

Las ITS son una de las causas principales de enfermedad aguda, infertilidad, discapacidad a largo plazo y morbimortalidad a nivel mundial.

Las consecuencias de estas infecciones son aún peores, si se considera su contribución potencial a la transmisión de la infección por VIH. La OMS y ONUSIDA consideran que la vigilancia de las ITS es un componente clave de los sistemas de vigilancia de segunda generación del VIH y el VIH avanzado (sida). [9]

Las ITS deben ser un signo de alarma temprana ,aún entre aquellas personas en las que el VIH no está presente. En las personas que viven con VIH y VIH avanzado (sida), la severidad de las manifestaciones clínicas de las infecciones es mayor y en la historia natural de algunas infecciones de transmisión sexual, el tiempo de tratamiento se modifica, de acuerdo al grado de inmunodeficiencia de la persona.

Hay evidencia que sugiere un incremento en la severidad de las manifestaciones clínicas y en la infectividad de diversas Infecciones, también una respuesta reducida a los regímenes terapéuticos convencionales en estas personas. La mayoría muestra un cuadro clínico en menos tiempo.

Manejo etiológico

El manejo etiológico se basa en determinar el agente causal, a través de pruebas serológicas, microbiológicas y otras de apoyo diagnóstico. Durante mucho tiempo ha sido la forma adecuada de ofrecer el servicio médico a los pacientes con infecciones de transmisión sexual y, para ello, se requiere contar con el apoyo de un laboratorio que permita realizar exámenes diagnósticos precisos. Toda mujer que presente cuadros repetitivos o muy frecuentes de infecciones de transmisión sexual debe ser referido a una Unidad de Atención Integral para el manejo etiológico de las mismas. [10]

Manejo sindrómico

El manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual, constituye una herramienta recomendada, en aquellos servicios de salud o localidades que no cuentan con servicio de laboratorio para realizar un diagnóstico etiológico. Con este tipo de abordaje, desde la primera consulta se puede dar un tratamiento de acuerdo con el síndrome diagnosticado por el clínico. [11]

---

[9] Chu, S.; Hanson, D. (1996) *Pregnancy rates among women infected with HIV.* Obstet&Gynecol;87(2) 195-198

[10] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2007) *Manual para el abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual con énfasis en el manejo sindrómico.* Guatemala, MSPAS.

[11] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2007) *Manual para el abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual con énfasis en el manejo sindrómico.* Guatemala, MSPAS.

Cuadro No. 5

Manejo sindrómico de ITS

SÍNDROME	SÍNTOMAS	SIGNOS	AGENTE CASUAL
Secreción vaginal	• Flujo vaginal. • Dolor/ ardor al orinar. • Dolor durante las relaciones sexuales.	• Secreción vaginal con cambio de color, olor y consistencia.	• Vaginitis por Trichomoniasis, Gardnerella Vaginalis. • Otros microrganismos anaeróbicos Candida Albicans. • Cervicitis por Neisseria Gonorrhoeae Chlamydia Trachomatis.
Úlcera genital	• Llaga no dolorosa, o dolorosa con presencia de vesículas o sin ellas que se presentan una vez o recurren periódicamente .	• Úlcera genital con presencia o no de linfadenopatía inguinal.	• Sífilis causada por Treponema Pallidum. • Chancro blando o Chancroide causado por Haemophilus Ducrey • Herpes simple I / II. • Linfogranuloma Venéreo. • Granuloma Inguinal.
Dolor abdominal bajo	• Dolor en la parte baja del abdomen • Dolor durante. relaciones sexuales. • Fiebre (en etapas iniciales).	• Dolor abdominal bajo. • Dolor a la movilización y lateralización del cérvix.	• Neisseria Gonorrhoeae. • Clamydia Trachomatis. • Bacterias anaerobias. • Mycoplasmahominos. • Bacilos Gram negativos.
Síndrome de bubón inguinal	• Historia de lesión ulcerativa en genitales y posterior a contacto sexual.	• Presencia de masa fluctuante con o sin dolor en la región inguinal unión bilateral	• Chancro blando causado por Haemophilusducreyi. • Linfogranuloma venéreo causado por Chlamydia Trachomatis.
Verrugas genitales y anales	• Neo formaciones verrugosas o de aspecto “papilomatoso” pequeñas o grandes únicas o múltiples.	• Presencia de verrugas en área genital o en vagina puede estar acompañado de flujo y prurito.	• Virus del papiloma humano. • molusco contagioso.

Fuente: (Manual para el abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual con enfasis en el manejo sindrómico, 2007)

Consejería preconcepcional

Es importante hacer énfasis en el derecho que tienen las mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (sida), a decidir sobre el ejercicio del derecho a la maternidad. El objetivo principal de la consulta es promover que el embarazo se planifique en el momento más adecuado, especialmente, cuando es una pareja serodiscordante.

A nivel internacional existen estándares en relación a pruebas de laboratorio que deben realizarse previo a un embarazo, algunas de ellas están normadas por el MSPAS, otras aún están en ese proceso, como el caso de la prueba para diagnosticar Hepatitis B y C y el tamizaje para Papiloma virus, que aún no se realizan de rutina en los servicios de la red de salud pública de nuestro país.

Es importante enfatizar que si la pareja desea un embarazo, es preciso evaluar su capacidad reproductiva, previo a ofrecer ayuda con técnicas de fertilización asistida, la evaluación se debe hacer en ambos miembros de la pareja, en el hombre, la realización de espermograma y cultivo de semen, en la mujer evaluación hormonal para establecer capacidad de ovulación y evaluación, para descartar anomalías congénitas en órganos reproductores o patología pélvica que afecte la fertilidad como fibromatosis, endometriosis, obstrucción tubárica.

Atención prenatal

Cuadro No. 6

Situaciones que se pueden presentar respecto al estatus serológico de la pareja

SITUACIÓN	RECOMENDACIONES
Cuando la mujer es VIH negativo y su pareja es VIH positivo	• Esperar la supresión virológica. • Evaluar técnicas de inseminación asistida con lavado del semen*. • Estimular la ovulación con gonadotropinas*.
Cuando la mujer es VIH positivo y su pareja es VIH negativo	• Esperar la supresión virológica. • Evitar antirretrovirales que puedan producir alteraciones o sean teratogénicos. • Evaluar técnicas de inseminación asistida*, no se requiere lavado de semen. • Estimulación de la ovulación con gonadotropinas*.
Cuando los dos son VIH positivo	• Esperar la supresión virológica. • Evitar antirretrovirales que puedan producir alteraciones o sean teratogénicos. • Restricción del coito sin preservativo al período ovulatorio. • Estimulación de la ovulación con gonadotropinas*

*Este tipo de tratamiento o procedimientos solo están disponibles en servicios de salud privados.
Fuente: Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH, 2008, pág. 65.

Cuadro No. 7

Actividades pre concepcionales que han demostrado su utilidad en el descenso de la morbimortalidad infantil

Prevención de otras infecciones	• Hepatitis B y C. • TORCH (Toxoplasmosis Rubeola Citomegalovirus Herpes) . • Tétanos. • Sífilis. • Chagas. • Papiloma virus. • Infecciones bucodentales.
Atención de enfermedades agudas o crónicas	• Hipertensión arterial crónica. • Diabetes Mellitus. • Anemia. • Patología cérvico uterina y mamaria.
Asesoramiento para reducir riesgos de anomalías congénitas	• Cretinismo endémico (suplemento de yodo). • Defectos del tubo neural (suplemento de ácido fólico).
Medicamentos	• Evitar drogas teratogénicas: Litio, antagonista de los folatos Ácido Valproico. • Prednisona. • Warfarina. • Dar suplementos de ácido fólico y sulfato ferroso.
Educación, hábitos y estilo de vida	• Asegurar el cálculo de edad gestacional. • Evitar embarazos en edades extremas del período fértil < de 14 > de 35 años. • Evitar intervalos intergenésicos cortos (menos de 3 años). • Nutrición: identificar peso ideal, Iniciar el embarazo en un peso adecuado a su contextura. • Vigilar por desnutrición o no ganancia de peso. Si hay sobre peso u obesidad, explicar el riesgo de diabetes gestacional, preeclampsia, macrosomia fetal y mayor riesgo perinatal. • Evitar fumar por los tóxicos del tabaco sobre el feto (bajo peso al nacer). • Evitar el consumo de alcohol antes y durante el proceso de gestación, especialmente en el primer trimestre. Síndrome de alcohol fetal • Consumo de drogas: cocaína, metadona, anfetaminas y marihuana están asociadas con restricción del crecimiento intrauterino y muerte perinatal.
Actividades laborales y ambientales	• Evitar trabajo pesado. • Inhalación de plaguicidas, solventes orgánicos. • Contacto con material radioactivo y rayos X. • Si es necesario realizar un estudio radiográfico en mujeres en edad fértil realizarlo en la etapa post menstrual inmediata, recomendando anticoncepción en ese ciclo.

Fuente. Schwarcz, R. e. (2001). Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal. Argentina: Ministerio de Salud

El riesgo de transmisión del VIH es de entre 0.001 y de 0.03, por cada relación sexual no protegida que se tiene con una persona que vive con VIH. Este riesgo se reduce si la persona que vive con VIH tiene una carga viral indetectable debido al uso de TARV, aunque el riesgo no está completamente eliminado puesto que una cantidad significativa de virus puede estar presente en los fluidos genitales.

Consecuentemente, los antirretrovirales reducen la transmisión materno infantil de VIH, cuando se inician durante el embarazo o parto y en el neonato, cuando se administran durante las primeras 48 horas después del nacimiento. La meta durante el embarazo es mantener una carga viral por debajo de 1,000 copias, ya que la misma disminuye considerablemente el riesgo de transmisión, recomendando la resolución vía cesárea.[12]

Durante toda atención prenatal se debe:

Ofertar la prueba diagnóstica de sífilis y Hepatitis B y C, en la primera consulta prenatal y cada tres meses, hasta la resolución del embarazo. Brindar consejería en idiomas indígenas cuando amerita.
Uso del condón durante el embarazo.
Tratamiento ARV.
Evitar procedimientos invasivos – amniocentesis.
Orientación a la madre sobre la resolución del embarazo por cesárea.
Orientación sobre alternativas para la alimentación del recién nacido.
Orientación sobre adherencia a ARV para el recién nacido.

En la orientación a mujeres embarazadas, que han sido diagnosticadas con VIH durante su control prenatal, se debe seguir el mismo esquema de abordaje con orientación post-prueba reactiva, advirtiendo la posibilidad de transmisión madre hijo. Se debe indagar si la mujer conoce los riesgos del VIH y las implicaciones, tanto para ella, como para el recién nacido y su pareja.

Deberá tenerse en cuenta riesgos que se asocian entre el embarazo y la infección por VIH, entre ellos:

- Aumento de riesgo de aborto.
- Restricción del crecimiento intra uterino.
- Bajo peso al nacer.
- Parto pre término.
- Mortinatos.
- Mortalidad infantil.

[12] Organización Panamericana de la Salud. (2010) *Guía Clínica para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe.* Pág. 23, 24.

La profilaxis antirretroviral durante el embarazo se justifica por las siguientes razones:

- Reduce la transmisión materna infantil del VIH en más de 98% de los casos cuando se inicia en el período prenatal (después de las 14 semanas).
- Hay mayor posibilidad de preservar y restaurar la función inmune de la mujer.
- Retraso de la progresión de la enfermedad.
- Reducción del riesgo de resistencia a los antirretrovirales.

El estadio de la infección del VIH en la madre, puede ser un cofactor para que la infección se dé o no se dé en el recién nacido. El infectarse en el período cercano al parto o tener infección avanzada (sida), en ese momento, por tener mayor cantidad de virus en el organismo, hace que sea más probable que el VIH se transmita al neonato.

Se ha demostrado que la infección del VIH puede ser transmitida, a través de la leche materna al hijo (a) que está siendo amamantado. Se recomienda evitar totalmente la lactancia materna cuando el reemplazo de la leche materna por sucedáneos es posible, financiable, aceptable, sostenible y segura en madres VIH positivas.

De no ser posible lo anterior, se recomienda lactancia materna, exclusiva, durante los primeros 6 meses de vida del hijo, manteniéndose a la madre con TARV durante este período. [13]

De acuerdo a la Norma de atención en salud Integral 2010 del MSPAS, Manual de tratamiento antirretroviral y de infecciones oportunistas en Guatemala vigente y la Guía de Atención integral materna y neonatal del PNSR, se debe realizar lo siguiente:

Primera visita

Proporcione información y orientación necesaria sobre la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en el embarazo y los riesgos de transmisión materna infantil. Posibilidades de prevención con el uso de antirretrovirales. Posibles efectos secundarios. Enfatizar en la importancia del adecuado cumplimiento terapéutico, tanto para el éxito de la prevención como para la salud de la madre y la prevención de resistencias. Realice los exámenes prenatales de rutina que se detallan en el cuadro siguiente, detectar otras ITS, así como la actualización del esquema de vacunación recomendado, excluyendo vacunas de virus vivos atenuados. Vigilar estrictamente el estado nutricional. Las vacunas como la de sarampión, paperas y rubéola están contraindicadas en el embarazo[14]. La atención prenatal de la gestante seropositiva debe incluir, además de los parámetros habituales de cualquier atención prenatal, algunos

parámetros adicionales. El abordaje dependerá del momento en que sea atendida, por primera vez, en el servicio de salud, tal y como se presenta a continuación:

Cuadro No. 8

Atención prenatal de mujeres que viven con VIH

ACTIVIDADES A REALIZAR EN EMBARAZADAS CON VIH	TRIMESTRE		
	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO
Estadificación de la enfermedad de acuerdo a los parámetros de la CDC.	X		
Estadificación de recuentos de CD4 y de ser posible carga viral.	X	X**	
Asesoramiento psicológico.	X	X	X
Evaluación nutricional.	X	X	X
Hematología completa + Velocidad de sedimentación, recuento de linfocitos totales.	X	X	
Química sanguínea.	X		X
Heces, colesterol total, triglicéridos.	X		
Orina y glicemia.	X	X	X
VDRL.	X	X	X
HBsAg, RPR, VHC, PPD, serología para toxoplasmosis y citomegalovirus.	X		
Ultrasonografía para evaluación de edad gestacional, descartar anomalías estructurales y evaluación del crecimiento.	8-12 semanas	18-20 semanas	32-34 semanas***
Evaluación ginecológica.	X	X	X
Papanicolaou .	X	X*	
Consejería en alimentación segura para el recién nacido y evitar la lactancia materna.	X	X	X
Dar plan educacional sobre sexo seguro (uso correcto y consistente del condón) y ofertar métodos de planificación familiar.		X	X
Se inicia antirretrovirales.		X	X
Programar cesárea electiva.			A las 36 semanas
Realizar cesárea electiva.			A las 38 semanas
Si el establecimiento no dispone de capacidad resolutiva, referir oportunamente.	X	X	X
Consejería sobre plan de emergencia familiar y comunitario.	X	X	X

* Si no se realizó en el primer trimestre.
** Carga viral 6-8 semanas después de iniciado antirretrovirales en la UAI de referencia
***Realización de perfil biofísico a partir de la 32 semana en pacientes con enfermedades concomitantes como diabetes o hipertensión inducida por el embarazo.

Fuente: Elaboración propia.

[13] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva. (2011) *Guía para la atención integra materna neonatal 2011.*

[14] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa Nacional de Salud Reproductiva. (2011) *Guía para la atención integra materna neonatal 2011.* Págs. 33,34.

TODA MUJER CON DIAGNÓSTICO DE VIH + Y EMBARAZO, DEBE SER REFERIDA A UNA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL

Toda embarazada con VIH, debe tener acceso oportuno y temprano a la terapia antirretroviral a fin de minimizar el riesgo de infección en el niño/a. (Ver Guía de antirretrovirales, del manejo de la mujer embarazada. PNS).

Resolución del embarazo

Durante la atención prenatal se debe brindar información sobre la vía de resolución y las razones por las cuales se debe procurar una cesárea programada. Enfatizar sobre señales de peligro como hemorragia vaginal, dolores tipo cólico, contracciones o disminución de los movimientos fetales. De iniciar trabajo de parto, debe acudir a la Unidad de Atención Integral, para que de inmediato sea ingresada.

Cuadro No. 9
Abordaje para la resolución del embarazo

Cesárea	Programar la cesárea a las 36 semanas de embarazo.
	Realizar cesárea a las 38 semanas.
	En servicios en donde no se disponga de médicos para realizar la cesárea se deberá referir a la paciente electivamente a las 37 semanas de embarazo a un establecimiento con capacidad resolutiva para la intervención quirúrgica.
	Se deberá coordinar con el hospital de referencia la estadía y contra referencia después de resuelto el embarazo.
	Realizar pinzamiento inmediato del cordón umbilical.
Atención del recién nacido	Evitar el contacto del recién nacido con fluidos y secreciones maternas.
	Bañar inmediatamente al recién nacido, vigilando cuidadosamente la termo regulación con control de temperatura axilar.
	La prematurez iatrogénica, debe tomarse en cuenta parámetros clínicos y obstétricos.

Fuente: Norma de Atención en Salud Integral, MSPAS, 2010.

Cuadro No. 10

Manejo de los antirretrovirales durante la resolución

Cesárea electiva	Administrar Zidovudina 2 mg/Kg de peso vía IV diluido en 250 cc de dextrosa al 5%, dos horas preoperatorias y posteriormente calcular 1mg/kg de peso diluido en 250 cc de dextrosa al 5% durante todo el trans operatorio hasta la ligadura del cordón umbilical. Si no se dispone de dextrosa puede utilizarse solución salina 0.9%.
Cesárea de emergencia	Posterior al diagnóstico, administrar AZT 2 mg/Kg de peso vía IV diluido en 250 cc de dextrosa al 5%, luego continuar con 1mg hasta cortar el cordón umbilical.
Parto vaginal	La prescripción de la dosis de AZT estará a cargo del médico del servicio y la administración de AZT endovenoso es responsabilidad de enfermería del servicio de turno.
Manejo post parto o cesárea	La paciente continuará su seguimiento en las unidades de atención integral como una persona con VIH realizando los ajustes al tratamiento ARV de adultos.
	El médico indicará plan educacional sobre medidas locales (medicina tradicional) para la inhibición de la secreción láctea.
	Promover el alojamiento conjunto entre la madre y el niño, sin lactancia.
	Orientar a la madre sobre el uso y acceso a métodos de planificación familiar.
	Brindar soporte emocional permanente.
Parto fuera de los servicios de salud	Si el parto ha sucedido fuera de los servicios de salud y se conoce la positividad de la madre, referirla junto con el o la recién nacido (a) una unidad de atención integral, para evaluación del estado inmunológico de la mujer a fin de definir criterios clínicos para inicio de tratamiento con ARV. Y ofrecer tratamiento profiláctico al recién nacido antes de las 48 horas después del nacimiento.

Fuente: Norma de Atención en Salud Integral, MSPAS, 2010.

Si la paciente llega al servicio en período de expulsión, atender el parto vía vaginal y cumplir el protocolo de ARV.

Puerperio

En el manejo del período del post parto en la mujer viviendo con VIH y VIH avanzado (sida), se deben tomar en cuenta acciones que aplican a todas las mujeres, independientemente, de su condición de VIH, la prevención de hemorragia post evento obstétrico, analgésicos en el post operatorio, así como las visitas de seguimiento para revisión de herida operatoria, prevención de complicaciones como mastitis, infecciones de herida operatoria, atención nutricional, psicológica y brindar oferta sistemática de métodos de planficación familiar y la entrega del método de elección por la mujer.

Depresión post parto

Es la depresión de moderada a intensa en una mujer después de que ha dado a luz y se puede presentar poco después del parto o hasta un año más tarde. La mayor parte del tiempo ocurre dentro de los primeros tres meses después del parto.

Causas, incidencia y factores de riesgo

Las mujeres comúnmente presentan cambios en el estado anímico durante el embarazo, especialmente, después del parto. Estos cambios pueden ser causados por cambios en los niveles hormonales. Muchos factores distintos a los hormonales también pueden afectar el estado de ánimo durante este período.

Cuadro No. 11
Seguimiento durante el puerperio

ACCIONES	Primeras 24 horas	10 días	40 días
Evaluación del globo de seguridad.	X		
Brindar analgésicos.	X	X	
Revisión / retiro de puntos de cesárea.		X	
Antirretrovirales adherencia / modificaciones.	X	X	X
Evaluacion nutricional y entrega de micronutrientes.	X		X
Oferta sistemática y entrega de método de planificación familiar.	X	X	X
Atención psicológica para evaluar grado de severidad de depresión post parto.	X	X	X

Fuente: Elaboración propia.

- Preocupaciones acerca de su capacidad como madre.
- Cambios en el cuerpo a raíz del embarazo y el parto.
- Cambios en las relaciones laborales y sociales.
- Tener menos tiempo y libertad para sí misma.
- Falta de sueño.

Si diagnostica a una mujer con depresión post parto, y al preguntarle si está pensando en hacerse daño a sí misma o a su hijo (a). Si responde afirmativamente, refiera inmediatamente a una unidad que cuente con psicólogo.

Toda mujer que vive con VIH o VIH avanzado, debe recibir apoyo emocional y la referencia a un servicio de psicología para establecer el grado de severidad de la depresión post parto, así como establecer los enlaces con nutrición posterior al evento obstétrico y el seguimiento y adherencia a los antirretrovirales.

Situaciones que requieren asistencia médica

Coméntele al médico si experimenta algo de lo siguiente:

Su depresión puerperal no desaparece después de dos semanas.

Los síntomas de depresión se vuelven más intensos.

Los síntomas de depresión empiezan en cualquier momento después del parto, incluso muchos meses más tarde.

A usted se le dificulta realizar las tareas en el trabajo o en la casa.

No puede cuidar de sí misma ni de su bebé.

Tiene pensamientos de hacerse daño a sí misma o a su bebé.

Tiene pensamientos sin asidero en la realidad o empieza a oír o ver cosas que otras personas no ven ni oyen. [15, 16]

[15] Massachusetts General Hospital Center for Women's Mental Health. (2010) *Postpartum Psychiatric Disorders.* Estados Unidos.

[16] Pearlstein T, Howard M, Salisbury A,Zlotnick C. (2009) *Postpartum depression.* Am J Obstet Gynecol. 200.357-364.

Cuadro No. 12

Actividades mínimas para establecer el estado emocional post parto de la mujer

ACTIVIDADES	ASPECTOS A CONSIDERAR
Signos y exámenes	• Síntomas o signos de Hipotiroidismo como fatiga, irritabilidad y depresión, Hacer T3, T4, TSH.
Tratamiento	• Solicítele al compañero, familia y amigos de la paciente su ayuda con las necesidades del recién nacido y el hogar. • Permítale que exprese sus sentimientos. Pídale que hable acerca de ellos con su compañero, familia y amigos. • Explíquele que no haga ningún tipo de cambios mayores en su vida, durante el embarazo o inmediatamente después de dar a luz. • Indíquele que no intente hacer demasiado o ser perfecta. • Que haga tiempo para salir, visitar a los amigos o pasar tiempo sola con su compañero. • Indíquele que debe descansar lo más que pueda. Que duerma cuando el recién nacido esté durmiendo. • Si es posible haga un club o grupo de apoyo con otras madres. • Dar atención psicológica independientemente del grado de severidad del cuadro clínico de la depresión.
Seguimiento	• Seguimiento minucioso durante al menos 6 meses. • Hay varios tipos de medicamentos antidepresivos que se le pueden dar a las madres lactantes, referir al especialista. • Referir a una clínica de Psicología. TCC y la TIP son tipos de psicoterapia que han • demostrado efectividad para la depresión posparto.

Fuente: Elaboración propia.

Atención del recién nacido expuesto

El hijo (a) de una mujer que vive con VIH, debe recibir ARV para la prevención de la transmisión materno infantil del virus. Debe ser referido de inmediato a la UAI, para su evaluación por el pediatra, diagnóstico y tratamiento profiláctico, se debe brindar orientación a la madre, para fortalecer la adherencia al tratamiento y el seguimiento.

Si el nacimiento no se ha atendido en un servicio del tercer nivel, refiera a una UAI al neonato para su diagnóstico, seguimiento y control activando el plan de emergencia comunitario. Dé orientación a la madre, al padre o encargado para efectuar el seguimiento indicado de la y el neonato expuesto. Proporcione opciones de alimentación de acuerdo al caso.

Alimentación de la y el neonato de mujer que vive con VIH

Para el tema de alimentación del recién nacido se deben tomar en consideración los lineamientos definidos en la Guía de alimentación del hijo de madre que vive con VIH, del Programa Nacional de VIH, así como las siguientes sugerencias.

Atención post aborto

Es recomendable vigilar la presencia de signos o síntomas de amenaza de aborto, ya que se ha observado que la frecuencia de abortos es mayor en las mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (sida). En caso de aborto, se recomienda el manejo habitual.

Las mujeres que reciben atención post aborto y viven con VIH o VIH avanzado (sida), necesitan información específica sobre su condición, apoyo, consejería, atención médica y otros servicios. Ver Guía de atención a las hemorragias del primero y segundo trimestre y atención post aborto del PNSR.

Refiera a toda madre que vive con VIH y VIH avanzado (sida) y su hijo(a) a la Unidad de Atención Integral (UAI) más cercana para su tratamiento y orientación sobre la alimentación adecuada, así como para su monitoreo.

Informe a la madre sobre los riesgos y complicaciones de la enfermedad al no asistir a la unidad de atención integral.

Monitoree el cumplimiento de las recomendaciones hechas por la Unidad de Atención Integral, sobre alimentación infantil en niños (as) expuestos, para vigilar el peso, talla y alimentación correcta.

Oriente a la madre, padre o encargado (a) sobre alternativas de alimentación.

Cuadro No. 13

Manejo integral en el post aborto

SITUACIÓN	ACCIONES
Infecciones de Trasmisión Sexual y otras pruebas de laboratorio	Tamizaje de Sífilis. Tamizaje de Hepatitis B y C. Diagnóstico y Manejo de infecciones otras ITS. Prueba de embarazo (Sub unidad beta cuantificada en sangre). Hematología completa y orina simple. Consejería en métodos de prevención de ITS.
Corroborar diagnóstico y clasificación de aborto	Signos vitales de la mujer. Signos de shock hipovolémico o séptico. Evaluación ginecológica para identificar hemorragia vaginal. Orificios cervicales (cerrado, entre abierto, con producto de la concepción en canal cervical, entre otros). Identificación de Enfermedades Crónicas. Realizar ultrasonido vaginal o pélvico dependiendo de la edad gestacional. Medicación si corresponde. Verificar uso de antirretrovirales que causen teratogenicidad, consulta a UAI para modificar tratamiento si se trata de amenaza de aborto.
Tratamiento integral	Si se confirma el aborto, evaluar el tratamiento dependiendo de la edad gestacional y condiciones generales de la mujer. (Misoprostol, AMEU, LUI)* ver cuadro (tecnología para el tratamiento del post aborto).
Analgésicos y otros medicamentos	Acetaminofén 500 miligramos cada 6-8 horas dependiendo de severidad del dolor, podría ser necesario un anti inflamatorio no esteroideo vía intramuscular o intravenoso si está hospitalizada. Antibióticos si se considera por infección urinaria o sepsis.
Reposo y cuidados de recuperación	Reposo relativo. Dieta libre. Evitar actividades pesadas. Evitar actividad sexual por lo menos dos semanas. Oferta sistemática y Provisión de Método de PF que la mujer escoja. Promover el uso del preservativo como método de protección dual.
Seguimiento	Evaluación Clínica a los 10 días y a los 40 días como todo puerperio. Promover la planificación familiar. Promover el periodo intergenésico adecuado (3-5 años). Seguimiento y adherencia a los antirretrovirales.
Cuidados nutricionales	Monitorear perdida o ganancia de peso durante el período de gestación. Evaluación Nutricional.
Cuidado psicológico	Consulta psicológica.
Tamizaje cervico uterino	Chequeo anual para identificación de patología cervico uterina.

Fuente: Guía para la atención de la hemorragia del primero y segundo trimestre y del post aborto y sus complicaciones. PNSR.

Los proveedores deben recibir capacitación y sensibilización en relación al abordaje integral del VIH para poder hacer una adecuada referencia a las UAI, si así corresponde, y brindarles la información necesaria sobre su estado de salud y la de sus pareja sexual o hijos.[17]

Cuadro No. 14

Tecnología para el tratamiento del post aborto

AMEU	LUI	MISOPROSTOL
AMEU, en aborto incompleto es un procedimiento tan eficiente como el curetaje (LUI) y se acompaña de menor pérdida de sangre y menor duración del procedimiento. La tasa de complicaciones menores o mayores es dos veces menor que cuando se utiliza el curetaje (LUI). Mejora el acceso y la calidad de la atención del post aborto, al mismo tiempo que reduce los costos.	El LUI procedimiento utilizado para embarazos mayores de 12 semanas, mayor tiempo de hospitalización, necesita sedación. Mayores costos.	Tratamiento médico para mujeres con aborto incompleto, con tamaño uterino menor o igual a 12 semanas de embarazo: Misoprostol 400 ug sublingual dosis única y citar a la paciente dentro de 7 días, para verificar el éxito del tratamiento. La seguridad y tolerabilidad de los esquemas de evacuación uterina con medicamentos está bien documentada. Vigilar por hemorragia vaginal. El Misoprostol es tan eficaz como la aspiración al vacío para el manejo del aborto incompleto.

Fuente: Guía para la atención de la hemorragia del primero y segundo trimestre y del post aborto y sus complicaciones. PNSR

[17] Programa Nacional de Salud Reproductiva. *Guía para la atención de la hemorragia del primero y segundo trimestre y del post aborto y sus complicaciones.* Cochrane Database Syst Rev.

La aspiración al vacío y la atención con uso de medicamentos son las técnicas recomendadas para el manejo del aborto incompleto y el aborto retenido o frustrado.(WHO, 2003). Ver Guía de atención integral de hemorragia del primero y segundo trimestre, del post aborto y sus complicaciones, del PNSR MSPAS. [18]

Es fundamental la consejeria y la oferta sistemática de metodologìa anticonceptiva para evitar un nuevo embarazo no planificado en un periodo intergenésico muy corto.

Planificación familiar

Una de las consultas más frecuentes y de relevancia en las mujeres que viven con VIH, es la de planificación familiar.

Como proveedor es importante que brinde información adecuada a las mujeres y a sus parejas, para que realicen una elección informada y voluntaria del método anticonceptivo de su interés.

La información destinada a ayudarles en la elección debe incluir:

1. Comprensión de la eficacia anticonceptiva del método,
2. Uso correcto del método y mecanismo de acción.
3. Efectos secundarios comunes.
4. Riesgos y beneficios para lasalud inherentes al método.
5. Signos y síntomas que requieren una visita al servicio de salud.
6. Información sobre el retorno a la fertilidad, después de la interrupción del método.
7. Información sobre protección contra las ITS.

La orientación es un elemento clave en la calidad de la atención y también es parte importante tanto en la iniciación como en las visitas de seguimiento; debe responder a las necesidades de las mujeres, no sólo en lo que refiere a la anticoncepción, sino también en relación con la sexualidad y la prevención de las ITS.

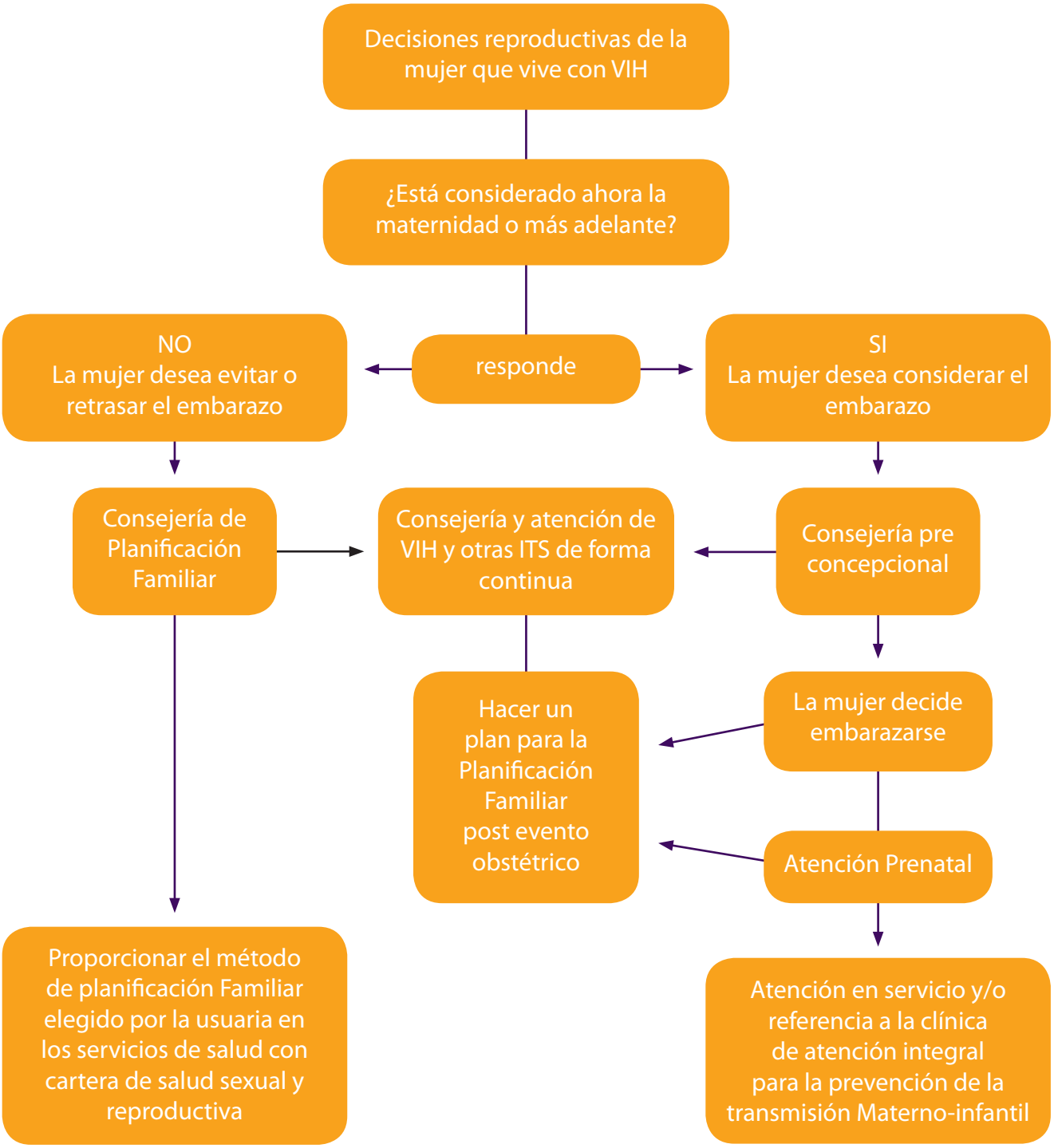
Se recomienda el uso de condón de forma sistemática y correcta, independientemente, del uso de otro método de planificación familiar, es decir, doble protección, dado que el uso del condón, no solo evita la transmisión del virus, sino que previene que la persona seropositiva adquiera posibles reinfecciones u otras ITS y de un embarazo no deseado.[19]

---

[18] Tncalp O, Gulmezoglu AM, Souza JP. (2010) *Surgical procedures for evacating incomplete miscarriage.* (9)CD001993.

[19] Ministerio de Salud y Asistencia Social. (2008) *Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH.* Argentina.

Ruta para el abordaje de la planificación familiar para mujeres que viven con VIH



Cuadro No. 15

Opciones en metodología anticonceptiva que se les puede ofrecer a las mujeres que viven con VIH.

Independiente del método de planificación familiar que se oferte a la mujer que vive con VIH, se debe reforzar en la consejería el uso del condón de forma consistente en toda relación sexual.

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN	RELACIÓN CON VIH
Preservativo o condón	Categoría 1. El uso difundido, correcto y constante de los preservativos es la estrategia mas efectiva y de mayor disponibilidad e impacto para la prevención de la transmisión sexual del VIH, se debe promover la doble protección, es decir el condón y otro método a elección.
Anticonceptivos hormonales	Categoría 1 Los anticonceptivos orales combinados son altamente efectivos. No tienen contraindicaciones particulares para ser usadas en mujeres con VIH sin tratamiento antirretroviral, pero es necesario tener en cuenta algunas consideraciones para los casos de mujeres que toman ARV. Las alteraciones metabólicas que se presentan con IP como hipercolesterolemia y/o hipertrigliceridemia son algunas contraindicaciones clásicas para el uso de Anticonceptivos orales. Se recomienda la toma separada por lo menos de 3 horas entre el ARV y en anticonceptivo. Interacciones medicamentosas entre ciertos ARV y el componente estrogénico de las píldoras, específicamente con el Etinil-estradiol. El estado actual de los conocimientos en el tema plantea que no existen contraindicaciones generales para que las mujeres en terapia ARV puedan usar anticonceptivos orales.
Anticonceptivos solo con progestina	Los anticonceptivos con progestina, orales, inyectables, anticoncepción de emergencia, implantes subdérmicos y los endoceptivos con liberación de levonorgestrel* son opciones seguras y bien toleradas para mujeres bajo tratamiento antirretroviral.
Medroxiprogesterona MDPA de depósito	La mayoría de los estudios concluyen que es una buena alternativa para mujeres que viven con VIH, especialmente las que toman ARV. La cómoda posología la ubica como una opción valida para ofrecer a las mujeres que viven con VIH.
Dispositivos Intrauterinos	Diversos estudios reportan que no existe un incremento del riesgo de las complicaciones más frecuentes y temidas como expulsión, perforación uterina, infecciones, enfermedad inflamatoria pélvica, en mujeres que viven con VIH y que no están severamente inmunocomprometidas. Es un método apropiado para mujeres que viven con VIH sin patología cervical y con acceso a los servicios de salud para seguimiento. El DIU liberador de levonorgestrel* es un excelente método para ser usado por mujeres que viven con VIH, aún aquellas que se encuentran con ARV.
Anticoncepción quirúrgica	La ligadura de trompas es una alternativa válida para las mujeres que viven con VIH, es un método seguro, sumamente eficaz y permanente, debe ser con consentimiento informado. Se recomienda continuar con el uso del condón como doble protección.
Otros métodos anticonceptivos	No existen contraindicaciones especiales para el uso de otros métodos, tales como; diafragmas, métodos de conocimiento de la fertilidad, (calendario, secreciones cervicales, temperatura basal), pero vale la pena enfatizar la recomendación del uso del condón como protección dual.

* Este sólo está disponible en el sistema privado de salud.
Fuente.(Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH, 2008)

Cuadro No. 16

Categoría de elegibilidad y conducta a seguir para métodos temporales y permanentes

CATEGORÍA	CON JUICIO CLÍNICO	CON JUICIO CLÍNICO LIMITADO
1	Use el método en cualquier circunstancia	SÍ (use el método)
2	En general, use el método	
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados	NO (use el método)
4	No se debe usar el método	
I C	Iniciar continuar	
A E	Aceptado Especial:* el procedimiento debe ser retrasado ante la presencia de una enfermedad relacionada con el SIDA.	

Fuente: (OMS, Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 2009)

De acuerdo al informe técnico del grupo de expertos de OMS en el 2012, sobre el uso de métodos anticonceptivos hormonales y su relación con el VIH, se considera, después de la exhaustiva revisión de estudios, que las mujeres que viven con el VIH pueden seguir usando todos los métodos anticonceptivos hormonales existentes (categoría 1), incluyendo, píldoras anticonceptivas orales, anticonceptivos inyectables, parches, anillos, implantes, pero que es necesario hacer la aclaración específica sobre el uso de inyectables de progestina sola, en la que se recomienda siempre el uso de condón.

En relación con el uso de dispositivos como T de cobre, tanto el (i) inicio como la (C) continuación son categoría 2 si la mujer vive con VIH, pero pasa a ser categoría 3, el quererlo iniciar cuando está en fase de VIH avanzado, o cuando

se presentan otras infecciones de transmisión sexual. La anticoncepción quirúrgica voluntaria es una opción aceptada para mujeres que viven con VIH pero se convierte en una categoría especial si se presenta alguna enfermedad relacionada con VIH avanzado y debe retrasarse el procedimiento. [20, 21]

Cuadro No. 17

Relación entre el VIH y el uso de la metodología anticonceptiva

CONDICIÓN	Anticonceptivos orales combinados	Anticonceptivos Inyectables	Anticonceptivos orales de progestina	Acetato de Medroxi Progesterona Enantato de Noretisterona[a]	Implantes sub dérmicos	DIU T de Cu.		Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
						I	C	
Infección Por VIH	1	1	1	1[a]	1	2	2	A
VIH avanzado (sida) clínicamente bien, bajo tratamiento con ARV	1	1	1	1[a]	1	3 2	2 2	E*
	VER TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL							

Fuente: OMS, Criterios médicos de eegibilidad para el uso de anticonceptivos, 2009.

[20] Organización Mundial de la Salud. (2009) *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.* Ginebra Suiza.

[21] Organización Mundial de la Salud. (2012). *La anticoncepción hormonal y el VIH.* Ginebra Suiza.

Cuadro No. 18

Adaptación posológica para anticonceptivos orales combinados en mujeres que viven con VIH y utilizan ARV

	EFECTO SOBRE ETINIL-ESTRADIOL (Efectividad)*	ADAPTACION POSOLÓGICA
ARV. Inhibidores Nucleósidos		
• AZT/zidovudina • ddI/didanosina • ddC/zalcitabina • 3TC/lamivudina • D4T/estavudina • Abacair • Tenofovir	Ningún efecto	No es necesaria
ARV. Inhibidores de Proteasa		
• Ritonavir • Indinavir • Nelfinavir • Lopinavir+Ritonavir • Amprenavir • Atazanavir • Saquinavir	Disminuye la tasa en 41% Aumenta la tasa en 24% Disminuye la tasa en 47% Disminuye la tasa en 42% Aumenta la tasa Aumenta la tasa Ningún efecto	30 ug de Etinil Estradiol (EE) 15/20nug de EE 30 ug EE 30 ug EE 15/20 ug de EE 15/20 ug de EE No es necesaria
ARV. Inhibidores no Nucleosidos		
• Nevirapina • Efavirenz • Delavirdina	Disminuye la tasa en 19% Aumenta la tasa en 37% Posible aumento	30 ug de EE 15/20 ug de EE Ningún dato
ARV. Inhibidores de fusión		
• Enfuvirtide	Ningún efecto	No es necesaria

Fuente: OMS, Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 2009.

Cuando la mujer que vive con VIH está utilizando antirretrovirales, cambia su gama de opciones para la anticoncepción, ya que es clara la relación entre el anticonceptivo, especialmente, el que tiene EE y los inhibidores de proteasa o los Inhibidores no Nucleosidos. Por lo que es muy importante hacer esta observación en la mujer, para que no se exponga a un embarazo no deseado o no planificado al disminuir la tasa de efectividad del anticonceptivo. No debe tomarse en el mismo momento, el ARV y el anticonceptivo. La consejería en planificación familiar se debe realizar en el contexto sociocultural de las personas.

Según la Guía de Planificación Familiar 2010, del PNSR, con la idea de ampliar las opciones y el acceso en PF para las mujeres, se ha propuesto que más personal de salud de los tres niveles de atención, incluyendo a los proveedores comunitarios, puedan promover y recetar los métodos de PF. Es claro que para el caso de las mujeres que viven con VIH, el abordaje debe hacerse en las UAI; sin embargo, la promoción puede estar presente en toda la red de servicios, para reducir la brecha de la demanda insatisfecha actual.

Cuadro No. 19

Personal de salud que puede recetar/promover métodos de planificación familiar a mujeres que viven con VIH

Proveedor de Salud	AQV (Femenina y masculina)	T de cobre (DIU)	Inyectables de progesterona (Inyección)	Anticonceptivos orales combinados (Pastillas)	Condón	Métodos naturales
Médico Hospitalario/CAIMI/ Maternidad Cantonal	X	X	X	X	X	X
Médico Centro de Salud		X	X	X	X	X
Médico ambulatorio		X*	X	X	X	X
Enfermera profesional		X*	X	X	X	X
Auxiliar de Enfermería		X*	X	X	X	X
Enfermera ambulatoria		X*	X	X	X	X
Facilitador institucional			X*	X	X	X
Técnico en Salud Rural			X*	X	X	X
Facilitador comunitario				X*	X	X
Promotor, guardián y vigilante de salud				X*	X	X
Comadrona				X*	X*	X*

*Previa capacitación. Fuente: Guía de Planificación Familiar 2010, del PNSR

Algunas mujeres con el VIH, no consideran la posibilidad de un embarazo por las probabilidades de transmisión al hijo/hija, en estos casos la consejería sobre métodos anticonceptivos es de suma importancia, ofreciendo los que se encuentren a nuestro alcance, de acuerdo con los criterios de selección de los métodos anticonceptivos, a la decisión de la mujer y su pareja, así como la interacción con la terapia antirretroviral. En los contextos socioculturales diferenciados, el uso de los idiomas maternos es fundamental.

Recomendaciones para las mujeres que viven con el VIH y usan métodos anticonceptivos hormonales

Pueden seguir usando todos los métodos anticonceptivos hormonales existentes sin restricción.

El uso correcto y consistente de condones, ya sean masculinos o femeninos, es indispensable para prevenir la transmisión del VIH y otras ITS a las parejas sexuales no infectadas o la reinfección.

El uso voluntario de algún método anticonceptivo en las mujeres con VIH, que deseen evitar embarazos, es un derecho y sigue siendo una estrategia de peso en la disminución de la transmisión materno infantil del VIH.

Recomendaciones para mujeres que usan métodos anticonceptivos inyectables de progestina sola

Los datos relacionados con las mujeres que usan un método anticonceptivo inyectable de progestina sola, podrían quedar expuestas a un riesgo más alto de contraer el VIH.

No obstante, dado que el cúmulo de evidencia, no es concluyente respecto de un mayor riesgo de contraer el VIH, se les debe recomendar, especialmente, a las mujeres que usen anticonceptivos inyectables de progestina que, además, utilicen siempre condones, ya sea masculino o femenino.

Las Infecciones de transmisión sexual y los anticonceptivos: doble protección

Los problemas de la exposición a las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, merecen una consideración especial debido a la idéntica importancia de la prevención del embarazo y la prevención de la transmisión de la infección.

Cuando existe riesgo de transmisión de ITS o VIH, es importante que las y los proveedoras/es de servicios de salud recomienden enfáticamente la protección dual a todas las personas en riesgo significativo, ya sea a través del uso simultáneo de condones con otros métodos o a través del uso correcto y consistente de los condones solos para la prevención del embarazo y la prevención de infecciones.

Se debe recordar, siempre, a hombres y mujeres en busca de orientación en materia de anticonceptivos, la importancia del uso del condón para prevenir la transmisión de las infecciones incluyendo el VIH, y se debe alentar y facilitar dicho uso donde sea adecuado. Está comprobado que los condones masculinos de látex son altamente eficaces contra la mayoría de las ITS y VIH cuando se usan de manera correcta y consistente, excepto en HPV y Herpes tipo II. 22

Para el caso de los pueblos y comunidades indígenas se deben generar condiciones para la dinámica con las autoridades ancestrales, terapeutas indígenas con énfasis en las comadronas, para que apoyen a dicha consejería desde sus cosmovisiones e idiomas. Se recomienda conocer sus percepciones y pensamientos alrededor de esta y otras infecciones para poder brindar consejería pertinente.

El doctor me dijo que tenia la opción de que me operaran, pero no me dio la hoja de autorización para que me operara, hasta la fecha no sé si me operaron...(María 37 años, Guatemala) MLCM+, 2010

Contraindicaciones

Los ACO no deben usarse en los siguientes casos:

- **Durante la lactancia materna, ni con menos de seis semanas posparto.**
- **Condición actual o antecedente de enfermedad cardiaca isquémica o apoplejía.**
- **Consumo de 15 o más cigarrillos diarios en una mujer de 35 años o más de edad.**
- **Presión arterial elevada (sistólica 160 o diastólica 100 mmHg).**
- **Hipertensión arterial con enfermedad vascular.**
- **Migraña con aura.**
- **Diabetes mellitus con complicaciones vasculares (incluyendo hipertensión arterial, nefropatía, retinopatía o neuropatía) o con más de 20 años de duración.**
- **Evidencia pasada o presente de trombosis venosa profunda (TVP) o embolia pulmonar (EP).**
- **Cirugía mayor con inmovilización prolongada.**
- **Enfermedad cardio valvular complicada.**
- **Cáncer de mama en los últimos cinco años.**

22 Organización Mundial de la Salud. (2009) *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.* Suiza.

Anticoncepción de emergencia

La AOE se refiere a las pastillas anticonceptivas que pueden ser utilizadas por las mujeres para prevenir un embarazo no deseado, luego de una relación sexual no protegida y hasta las 120 horas (5 días) posteriores al evento. Es importante indicar que la mayor efectividad del tratamiento, se logra si es administrado antes de los 3 días.

Cuanto más rápido se tome la AOE, mayor será su efecto de protección, disminuyendo su eficacia a medida que pase más tiempo.

Se pueden utilizar cuando:

- **Se han tenido relaciones sexuales sin usar un método anticonceptivo seguro (inyectable, pastillas condón u otro).**
- **Si el método regular no se ha usado correctamente.**
- **Si se olvidó de tomar las pastillas tres días seguidos.**
- **Si hubo deslizamiento o rompimiento del condón.**
- **Si la inyección trimestral no se ha colocado dentro de las 4 semanas.**
- **Si no se está segura de la efectividad del método anticonceptivo que se ha usado.**
- **Si ha sido víctima de violación sexual.**
- **Si se ha tenido retraso por más de 7 días para la aplicación de la inyección mensual.**

Mecanismo de acción de la AOE

Dos maneras:

1. **Impide o retrasa la ovulación, es decir no hay óvulo que fecundar.**
2. **Espesa el moco cervical, impidiendo que los espermatozoides avancen hacia las trompas de Falopio.Ambas formas de funcionamiento impiden la FECUNDACIÓN (unión del óvulo y del espermatozoide).**

Forma de administrar Anticoncepción Oral de Emergencia

Se usan píldoras de Levonorgestrel solo, o píldoras combinadas de etinil-estradiol + levonorgestrel, es decir, las mismas hormonas que contienen los anticonceptivos hormonales orales de uso regular.

Régimen combinado (régimen de Yuzpe)

Este régimen es el que se ha utilizado con más frecuencia.

Consiste en tomar dos dosis de 0,1 mg de etinil-estradiol + 0,5 mg de Levonorgestrel cada una, separadas por un intervalo de 12 horas, iniciándolas dentro de las próximas 120 horas de la relación no protegida.

Como alternativa pueden usarse, por cada dosis, 4 píldoras anticonceptivas combinadas que contienen 0,03 mg de Etinil-estradiol y 0,015 mg de Levonorgestrel. El número de pastillas dependerá de la marca disponible.

Régimen de Levonorgestrel

Se puede emplear de dos maneras

Producto dedicado: consiste en la toma de dos dosis de 0,75 mg de LNG cada una, separadas por un intervalo de 12 horas, iniciándolas dentro de las 120 horas posteriores a la relación sexual no protegida. .

Una nueva modalidad es usar una dosis única de 1,5 mg de LNG, lo que es igualmente efectivo que las dos dosis de 0,75 mg y puede ser mucho más conveniente para las mujeres porque no se olvida la segunda dosis.

Fuente: Consorcio Latino Americano de AEO. 2011.

En todos los regímenes, la primera dosis debe tomarse tan pronto como sea posible, dentro de los primeros 5 días después de la relación sexual sin protección y, la segunda dosis, debe tomarse 12 horas después de la primera.

LNG puede usarse en una sola dosis de 1,5 mg.

La dosis única del método combinado no se ha probado, porque se estima que los efectos secundarios pueden ser severos. [23]

Cuanto más rápido se use la AOE, su efecto para prevenir un embarazo será mayor y antes de que hayan pasado cinco días de haber tenido la relación riesgosa. [24]

Menopausia y climaterio

A medida que las mujeres con VIH viven más y más mujeres cercanas a la menopausia o post menopausia adquieren el VIH, los síntomas de la menopausia se vuelven más importantes de considerar. Ciertas condiciones médicas como la osteoporosis y enfermedades cardiovasculares están relacionadas a la deficiencia de estrógenos. Hay algunas asociaciones que se han propuesto entre menopausia, enfermedad de Alzheimer y el cáncer de colon.

El climaterio se asocia a una disminución de las hormonas sexuales, particularmente los estrógenos. Como se trata de una reducción paulatina y no de un fin repentino, los ciclos menstruales se tornan progresivamente irregulares antes de que se presente la menopausia. Las mujeres que viven con VIH, pueden presentar aparición de menopausia antes de lo esperado, por lo que la orientación en los síntomas debe ser parte del abordaje de la mujer.

---

23 Emergencia, Consorcio sobre Anticoncepción de www.clae.info/listado-de-productos-anticonceptivos.html.2001. Consulta realizada en el 2012.

24 Ramos Alamillo, U. Pedroza Laura A. (2008) *Guía de Salud Sexual y Reproductiva para mujeres con el VIH.* México, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

En aquellos casos debidamente evaluados por el profesional de la salud, puede ser recomendable la terapia de reemplazo hormonal, la cual, a su vez, tendrá que ser, permanentemente , vigilada para evitar efectos secundarios indeseables. Está ampliamente demostrado, por ejemplo, que la causa hormonal puede desencadenar cánceres de mama y de útero. También es cierto que algunas mujeres no requieren terapia sustitutiva de estrógenos, pues los síntomas no se presentan o son transitorios después de algunos meses, en ellas, sólo se recomiendan medidas locales como pudieran ser la aplicación vaginal de geles con o sin estrógenos o el uso de estrógenos naturales. [25, 26, 27]

MENOPAUSIA	CLIMATERIO
Se define como el cese de la menstruación durante un año o más, causada por la pérdida de la función ovárica. Su edad media es determinada genéticamente.	Es la etapa de transición del proceso de vida femenina donde se transita de una etapa reproductiva a una no reproductiva. Da inicio a los 40 años, en promedio, y termina en la senectud. Las manifestaciones propias de esta etapa empiezan antes de la menopausia o última menstruación y prosiguen después de ella. El climaterio suele coincidir con momentos de reflexión alrededor de la vida, la familia, la trascendencia y los logros alcanzados.
Investigar en clínica	
Historia clínica con fecha de última menstruación, cambios en el ciclo menstrual, frecuencia, cantidad de sangrado, duración, cualquier irregularidad menstrual o inter menstrual como manchado.	Ráfagas de calor conocidas como bochornos, nerviosismo, desgano emocional, dolor de cabeza, disminución de la fuerza muscular, reducción de la lubricación vaginal, resequedad genitourinaria, atrofia y disminución del líbido, irritabilidad, disturbios del sueño, depresión, dificultad en la memoria, ansiedad, síntomas urinarios.
Al examen físico y laboratorios	
Vagina se torna reseca, más fácil de traumatizar y más vulnerable para las infecciones. Niveles de hormona folículo estimulante elevada en suero y niveles de estradiol bajos.	

La Sociedad Americana del Cáncer recomienda la mamografía anual a partir de la edad de 40 años; para las mujeres en mayor riesgo (por ejemplo, pariente en primer grado con cáncer de mama), se recomienda hacerla antes de los 40 años. La mamografía puede ser acompañada por otros estudios complementarios, como la ecografía o resonancia magnética, de acuerdo a la categoría de Bi-Rads. La recomendación para la mujer que vive con VIH está contemplada dentro de dicho seguimiento.

[25] Alarco Bon Perfall, Claudio. (1992) *Diccionario Práctico para el conocimiento sexual. Barcelona.* Ediciones 29.

[26] Ayala, Aquiles. (1995) *Medicina de la reproducción humana.* México : Grupo Azabache.

[27] Reinixch, June y Beasley Ruth. (1992) *Nuevo informe Kinsey sobre sexo.* España : Paidos.

Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH)

Los beneficios y riesgos de la TRH han sido, extensivamente, estudiados en mujeres que son negativas para el VIH, por ejemplo, su efectividad para reducir síntomas vasomotores como bochornos, calores, disturbios en el sueño, irritabilidad y otros, así como su efectividad para reducir los efectos de resequedad vaginal y dispareunia, también su efectividad para reducir las enfermedades cardiovasculares y la osteoporosis. Otro beneficio adicional de la TRH es la prevención de cáncer de colon y enfermedad de Alzheimer.

Existe una tendencia hacia el incremento en la sobre vida de mujeres que viven con VIH, al utilizar la TRH, por lo que se recomienda que esta sea considerada en el abordaje de mujeres con VIH, que entran en la etapa de la menopausia, siempre y cuando no tengan contraindicaciones para su uso. En el caso de utilizar ARVS se debe estudiar cada mujer, individualmente, ya que puede potencializar efectos secundarios a nivel de hígado, triglicéridos o sistema cardiovascular. Debe asociarse a la TRH el consumo de calcio a 1200 mgs /día. Si la mujer no utiliza TRH, la dosis de calcio debe ser de 1500 mgs/día, el ejercicio es importante para control de peso y protección de los huesos.[28]

TRH oral, puede ser suministrada de dos formas:
Terapia continua, cuando se administra sin interrupción, si la mujer tiene útero, no tendrá menstruación, puede ser combinada.
Terapia cíclica, cuando se administra en períodos cíclicos, generalmente, de 21 días, con descansos de 1 semana para que ocurra hemorragia por deprivación del endometrio. En estos casos tendrá menstruación.

Osteopenia y osteoporosis

La pérdida de masa ósea conlleva un mayor riesgo de fracturas. Se ha descrito una frecuencia entre 20 y 50% en pacientes bajo tratamiento ARV Algunos autores han encontrado relación entre osteopenia y osteoporosis con el uso de ARV, aunque parece ser que no todos ejercen el mismo efecto sobre el hueso. Eso aún no es claro. Por otra parte, el tratamiento con ARV parece estar asociado a un aumento en el recambio óseo, así también, la propia infección por el VIH podría tener una acción directa debido al efecto de ciertas citoquinas mediadas por los linfocitos T activados. El tratamiento y la prevención de este trastorno no difieren de las recomendaciones aprobadas para la población general. Calcio y bifosfonatos (alendronato o ibandronato).[29, 30]

---

[28] Anderson, Jean. (2000) *A guide to the clinical care of women with HIV.* Meryland HRSA.gf

[29] Gramajo Garméndez, José María; García Colindres,Julio; Barrios Contreras, Mercedes Annabella. *Guía Didáctica.* Especialización en Salud Sexual y Reproductiva.

[30] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2008) *Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH.* Argentina.

Tamizaje de cáncer cérvico uterino

El riesgo de contraer la infección por el VPH en toda la vida, puede ser de hasta 80%, pero sólo menos de 2% de las mujeres infectadas desarrollarán cáncer cérvico uterino. La infección puede entrar en remisión sin ninguna intervención o evolucionar hacia cáncer, dependiendo de una serie de factores como el tabaquismo, la paridad, la disminución del sistema inmune, el inicio temprano de la actividad sexual.

Con el advenimiento del VIH se identificó un incremento en el riesgo de presentar lesiones como laneoplasia intraepitelialescamosa (SIL) en mujeres con infección por el VPH que cursan con inmunosupresión.

Se ha observado una alta prevalencia de infección por este virus en mujeres con el VIH, comparadas con mujeres negativas. En 1993, el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos de Amèrica (CDC, por sus siglas en inglés), incorporó el carcinoma invasor del cuello uterino como enfermedad marcadora de sida, mientras que la displasia moderada y grave está incluida en la lista de patologías cuyo curso puede verse comprometida por la infección de VIH.

La asociación entre el cáncer cervical con precursores de la inmunosupresión en los pacientes con trasplante de órganos ha sido conocida durante algún tiempo, pero la asociación con mujeres que viven con VIH es probablemente aún mayor. El aumento de la prevalencia de LIE en mujeres que viven con VIH, se ha demostrado en repetidas ocasiones en estudios que analizaron, tanto la citología como la histología. Algunos datos indican que en las mujeres seropositivas habría un incremento del diagnóstico citológico ASCUS. En la mayoría de los estudios, la prevalencia de la citología e histología cervical anormal está asociada de alguna manera con el grado de inmunosupresión. [31]

El impacto de la inmunosupresión en la historia natural del VPH incluye:

- La reactivación de lesiones latentes
- El establecimiento de lesiones persistentes crónicas

Sin embargo, con el advenimiento del tratamiento antirretroviral se ha favorecido que la inmunosupresión pueda ser reversible, mejorando el pronóstico en la evolución de las lesiones; esto significa que entre mejor conservado se encuentre el sistema inmunológico (linfocitos T CD4 altos) y que la carga viral se lleve a niveles indetectables, la evolución de la infección por el VPH, tendrá una menor progresión.

[31] Ministerio de Salud. (2008) *Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH.* Argentina.

Las mujeres que viven con el VIH, presentan mayor riesgo de recurrencia de lesiones como condilomas, desarrollo de lesiones en vagina, vulva y recto, por lo que la revisión colposcópica debe incluir vulva y vagina.

Se debe alentar a las mujeres que viven con VIH a hacerse el tamizaje temprano para detectar lesiones precancerosas o cancerosas. El examen citológico es, igualmente, eficaz en mujeres que viven con VIH, como lo es en mujeres negativas a VIH. [32]

De acuerdo al Manual para tamizaje del cáncer cérvico uterino del PNSR las mujeres que viven con VIH presentan mayor riesgo epidemiológico de desarrollar cáncer de cérvix, por lo que el tamizaje cérvico uterino es importante dentro de las acciones básicas de salud integral.

Se recomienda realizarlo cada 6 meses, si el resultado es normal continuar el tamizaje con esta frecuencia, si el CD4 es menor de 200, aunque el Papanicolaou esté normal, se deben referir para colposcopía.

Todo establecimiento de salud o institución que brinde servicios de toma decitología cérvico vaginal, realizará la búsqueda activa de casos, dirigida, especialmente, al grupo de mujeres identificadas como prioritarias.

La citología cérvicovaginal, podrá ser tomada a nivel institucional y comunitario, esta última en aquellas áreas con menor accesibilidad a servicios de salud, por personal médico o de enfermería, debidamente capacitado.

Inspección visual con ácido acético (IVAA)

En este método de tamizaje se realiza una aplicación con torunda o hispoado al cuello uterino con una solución de ácido acético al 3 – 5% (vinagre) antes de proceder al examen visual. Las diferencias de estructura y de las tasas de absorción de las células precancerosas hacen que las células anormales adquieran un aspecto blanquecino temporal cuando se ponen en contacto con esta solución.

En otros métodos de tamizaje visual se ha recurrido a la aplicación de una solución de yodo (la solución de Lugol) como medio para teñir las células cérvicouterinas normales de color pardo, mientras que las células anormales adquieren un color amarillento o no se tiñen. [33, 34]

Colposcopia

---

[32] ICW, E. h. (2006). *Salud sexual y reproductiva para mujeres, niñas y adolescentes con VIH. Manual para capacitadores y gerentes de programas.* Págs. 62, 63.

[33] Ramos Alamillo, Ubaldo, Pedroza Laura A. (2008) *Guía de Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres con el VIH.* México : Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

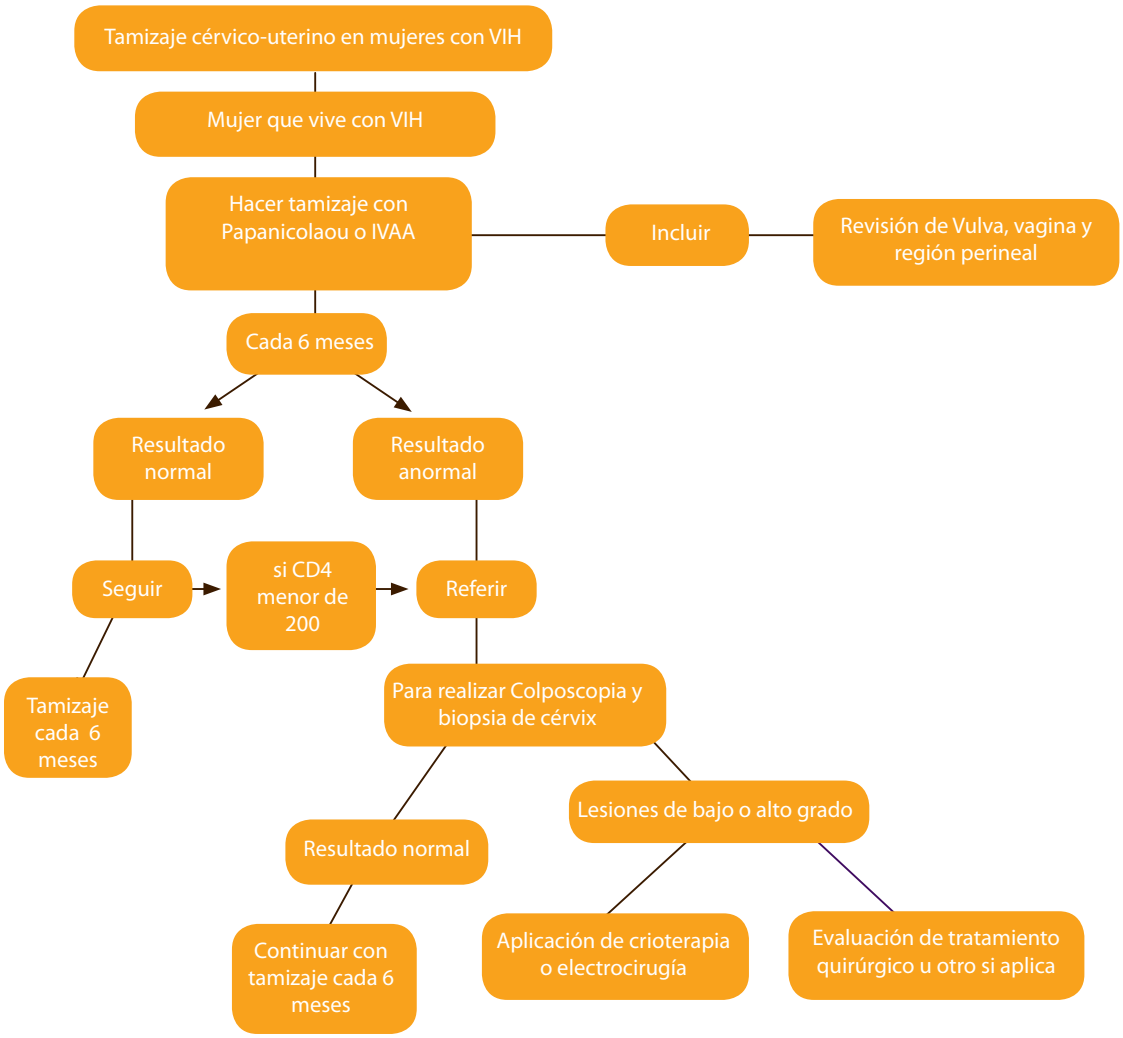
[34] Ministerio de Salud Pública. (2008) *Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH.* Argentina.

Es el método que permite visualizar a gran aumento la integridad del epitelio del tracto genital inferior. Mediante tinciones del cuello uterino, vagina y vulva, es posible ver cambios que sugieren la presencia de células anormales, a las que luego se les hará biopsia para su estudio anatomopatológico.

Si el resultado está alterado, corresponde ofrecer tratamiento a las lesiones pre cáncer o referencia a unidad especializada, para atención gineco oncológica correspondiente.

Tratamiento de lesiones pre cáncer

La aplicación de crioterapia o electrocirugía son los procedimientos para el tratamiento de las lesiones de bajo y alto grado, a criterio del colposcopista se designa a la paciente, según el caso individual. Los procedimientos deben realizarse bajo los parámetros de asepsia y antisepsia, así como las normas de desinfección de alto nivel y bioseguridad inherentes a los procedimientos. [35]



[35] PNSR, Ministerio de Salud Pública. (2010) *Manual para tamizaje del cáncer cérvicouterino.* Guatemala.

Atención psicológica de mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (sida)

No representan riesgo las siguientes acciones
Saludar dando la mano, dando un beso o abrazo según lo considere
Compartir utensilios tales como tazas, vasos, platos tenedores
Compartir prendas de vestir
Permanecer conversando durante el tiempo que necesiten
Tener contacto con las lágrimas, saliva y sudor

La vulnerabilidad social, cultural y económica en la que la mujer guatemalteca se ve involucrada, es una condición que predispone a las mujeres que viven con el VIH y VIH avanzado (sida) a una serie de presiones que afectan su bienestar emocional. Los diferentes estados de ánimo, los factores psicológicos, las alteraciones mentales, problemas clínicos de ansiedad y los hábitos de salud que intervienen en la ,infección por VIH, tienen un impacto en el proceso de salud-enfermedad que afecta la calidad de vida.

Si la mujer tiene hijos que también viven con el VIH, mantiene una sobrecarga emocional, además de lo relacionado a su salud y vida, presenta temores relacionados con la desesperanza, la impotencia y el miedo de morir y dejar abandonado a su hijo (a).

Las mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (sida) enfrentan, además, un ambiente adverso al ser estigmatizadas y discriminadas. Esto puede limitarles el acceso a servicios de salud, educación y trabajo. En la mayoría de casos son emociones negativas y, por lo tanto, contribuirán a acelerar el proceso de deterioro de salud en general. Debido a ello, se considera necesaria la atención psicológica o consejería que brinde herramientas para enfrentar y manejar el estado emocional de la persona con VIH o VIH avanzado (sida).

Ruta de atención psicológica a mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (sida)

Paso 1: Recepción
Oriente a la persona que ingresa al servicio correspondiente y apoye de acuerdo a las necesidades.
Proceda a la búsqueda del expediente o llenado de ficha. Si es primera consulta llévela al médico, enfermera, psicólogo/a, trabajadora social o encargado de dar el apoyo emocional.
Explique a la persona el tiempo de espera para la atención.
Brinde un espacio seguro, confiable.
Tomar en cuenta en todas las alternativas de atención. Debe contemplarse la pertinencia étnica el enfoque de Género e integralidad.

Paso 2: Atención
Profesionalismo: como orientador debe ser imparcial y no emitir juicios personales que puedan bloquear el proceso o minimizar el padecimiento emocional de la persona que se atiende, evite caer en situaciones de discriminación.
Tome en cuenta que durante la sesión, no haya escritorio u otro objeto entre usted y la mujer, evite distractores, tales como teléfonos celulares, radios, televisores encendidos y otros.
Salude afectivamente llamando a la mujer por su nombre, dando la mano o señalando la silla e invitando a sentarse.
Délabienvenidaalserviciodeconsejeríaopsicologíaeinformequelaconversaciónquesostendránes, estrictamente, confidencial e indique el tiempo que dura la sesión.
Pregunte: ¿Cómo se siente? manteniendo contacto visual, cuidando el lenguaje gestual y evitando sonrisas exageradas, manifestaciones de cansancio, como bostezos o estiramiento, actitudes de indiferencia, por ejemplo estar pendiente del teléfono, reloj, puerta; conductas de ansiedad: movimiento de piernas, brazos cruzados o movimientos de la cabeza constantes, expresiones de rechazo.
Afectividad: algunas personas al expresar emociones y sentimientos en ocasiones sienten la necesidad de un detalle afectivo como un abrazo, apretón de manos, sonrisa tierna, palmadas etc. El consejero debe llenar esta necesidad , siempre y cuando se sienta cómodo y lo considere conveniente.
Escuche atentamente, dele tiempo a la mujer para preguntar y hablar, sin interrumpirla y respetando las pausas y silencios. Es importante transmitir señales claras de que se está prestando atención y comprendiendo, tales como asentir, mirar directamente y hacer sonidos de escucha. Se sugiere el uso del silencio empático mirando y prestando atención.
Formule preguntas abiertas, que faciliten la apertura del diálogo, que abran la conversación, por ejemplo, ¿Cómo se siente? ¿Qué piensa al respecto? ¿Qué considera que se debe hacer?) y preguntas que permitan recabar información y clarificar lo que la persona dice, por ejemplo: ¿Desde cuándo se siente así? ¿Qué hace cuando se siente así?
Provea información: la toma de decisiones requiere contar con información correcta y comprensible, tome en cuenta la edad, grado de escolaridad. utilice términos y lenguaje apropiados y comprensibles.
Al finalizar la sesión, resuma la información, los datos importantes, los sentimientos expresados y los acuerdos que se hayan tomado durante el diálogo para clarificar y rescatar los elementos centrales tratados. La mujer debe estar de acuerdo cuando usted haga el resumen o puede corregir algunos aportes.

Paso 3 Continuidad del tratamiento
Explique el tipo de atención que debe recibir, la necesidad de continuar con la consejería e indicar la periodicidad de las sesiones. Consejero y paciente deben comprometerse a cumplir con lo siguiente: • Confidencialidad • Puntualidad • En caso de cancelar sesiones informar con 2 días de anticipación • Informar lugar y hora de atención

[36, 37]

Paso 4 Brindar alternativas de consejería o atención psicológica De acuerdo al personal de cada servicio
Las siguientes alternativas deben ser dirigidas por médico, enfermera, trabajadora social o psicólogo y tomarse en cuenta los recursos que se tienen antes de elegir.
Soporte emocional: consultas breves de asesoramiento e información, sobre cualquier duda o problemática puntual, que pueda evitar la aparición o agravamiento de problemas psicológicos
Terapia psicológica: asistencia de problemática emocionales asociada al VIH u otras dificultades que puedan presentarse. Se ofrece de forma individual, de pareja, grupal y familiar.
Orientación psicológica: proceso de acompañamiento en temas puntuales, que brindan información para la resolución de conflictos y otros estados emocionales.

Educación de pares: se puede acudir a esta opción para hablar con otra persona viviendo con VIH, exponer inquietudes y dudas sobre medicación, cuidados, futuro, miedos y otros.

Grupos de apoyo: es un espacio donde puedan expresar inquietudes con otras personas con VIH, que pueden tener problemáticas similares, dirigida por el encargado.

Terapias familiares: participan los miembros de la familia que lo deseen, es un espacio donde se permite la expresión del sentir de cada uno, se debe lograr el involucramiento de la familia y apoyo a la mujer que vive con VIH.

Los encargados del manejo de las alternativas de manejo emocional, deben brindar información sistematizada unificada y popularizada sobre el tema de VIH.

El logro de los objetivos de los procesos anteriores, dependerá de los factores protectores psicosociales que se detecten en las mujeres viviendo con VIH. Estos pueden ser:

- Es parte de hogar integrado por padre, madre y otros miembros.
- Estabilidad laboral individual o familiar, si es menor de edad.

---

[36] Moursund, R. G. (2010). *Psicoterapia Integrativa en Acción*. KarnacBooks

[37] Roger, C. (2010). *Psicoterapia, técnicas de psicoterapia existencial.* Washington DC: KarnacBooks .

- Grado de escolaridad.
- Sentido de pertenencia.
- Manejo adecuado de estrés.
- Contar con proyecto de vida.
- Hábitos saludables.
- Participación en actividades escolares y comunitarias.
- Conducta sexual voluntaria, consciente y responsable de sus causas y consecuencias.
- Conocimiento de daños que causa el uso de drogas.
- Participación en actividades recreativas y deportivas.
- Valores y espiritualidad.
- Experimentar esperanza, alegría éxito y amor.
- Buenas relaciones interpersonales con su familia, pares y comunidad.

Cuidados nutricionales

Toda mujer que vive con VIH debe ser evaluada por nutricionista en la primera visita. Si es atendida en un servicio que no cuenta con un profesional en nutrición debe ser referida al servicio de nivel superior que cuente con este servicio, o al servicio de nutrición del hospital más cercano. La intervención nutricional tiene como objetivo reforzar los conocimientos sobre la importancia de llevar una dieta balanceada y realizar ejercicio. Se debe hacer énfasis en el consumo de alimentos ricos en hierro, alimentos ricos en energía y mezclas vegetales. En mujeres que están utilizando AZT, evaluar hemograma mensual, ya que tienen más riesgo a padecer anemia.

Dieta Balanceada

Alimentos ricos en hierro.	Hígado y otras vísceras, huevo, carne, pollo, hojas color verde intenso, frijol, cítricos.
Alimentos ricos en energía.	Atoles fortificados espesos.
Mezclas vegetales.	Combinación de arroz con frijol, frijol con maíz.

Suplementación (profiláctica)

CARACTERÍSTICAS	HIERRO	ÁCIDO FÓLICO
Presentación	Sulfato ferroso en Tabletas de 300 mgs.	Acido fólico en tabletas de 5 mgs.
Dosis	2 tabletas de 300 mgs cada 8 días.	1 tableta de 5 mg cada 8 días.

Fuente: Normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las Personas. MSPAS. 2010. P.32.

Aspectos generales a considerar

El agua es un elemento indispensable para el equilibrio de la persona. Se deben reforzar conocimientos sobre la potabilización del agua.
Enfatizar en la importancia de que se realicen tres tiempos de comida y dos refacciones diarias
Si se tiene duda de que la alimentación no sea correcta, discútalo con la usuaria.
Explique que debe ser escrupulosa con las fechas de caducidad, la conservación de los alimentos, y en general, todas las medidas higiénicas.
Un alimento contaminado, al ser tomado por personas con bajas defensas puede causar enfermedades como la toxoplasmosis, salmonelosis y otras afecciones gastrointestinales.
Es importante mantener el aporte nutritivo si el apetito decrece. Puede necesitar suplementos dietéticos, vitaminas, minerales, pero estos no deben sustituir a la comida, sino acompañarla.
Evita comer carne cruda o poco cocida, huevos crudos, leche no pasteurizada y verduras y frutas no lavadas.
La falta de apetito en algunos momentos puede ser agobiante: Existen puntos para mejorarlo una vez que esté descartado que no existan otros problemas (infecciones, efectos secundarios de la medicación, etc.):
1. Aumentar el número de comidas, disminuyendo su volumen.
2. Preparar comidas que le gusten y apetezcan. Mejor aún, pedir ayuda a algún familiar para que las prepare.
3. Compartir, a la hora de la comida, con amigos, familiares.
4. Reservar tiempo suficiente para comer. Se debe ser disciplinada con los horarios.
5. Disminuir, o mejor aún, evitar la ingesta de alcohol, café y tabaco.

Fuente: Manual para personas con VIH sida
Para mayor información consultar la Guía de Nutrición del Programa Nacional de Sida, MSPAS. 2012.

Conceptos y definiciones

CONCEPTO	DEFINICIÓN
Adherencia al tratamiento	Implica la toma de todos los medicamentos prescritos en las dosis e intervalos indicados por el profesional de salud.
Atención psicológica	Proceso de acompañamiento emocional que se brinda a las personas, para el logro de estabilidad personal, que le permita relacionarse adecuadamente con su entorno.
Atención prenatal	Atención de la mujer embarazada en forma interdisciplinaria, basada en la evidencia, con una visión humanizada de la mujer y su familia, de acceso universal y que se asegure la tención precoz.
Carga viral plasmática	Detección y cuantificación de ARN viral en plasma, suele expresarse en número de copias/ml por gota de sangre.
Caso VIH en adulto	Se considera como persona con VIH, cuando presente dos resultados reactivos de pruebas rápidas de anticuerpos con principios distintos.
Caso SIDA en adulto	Las personas VIH positivas que presenten menos de 350 LTCD4+ y las que hayan presentado una de las enfermedades señaladas en la categoría C. Una vez que el paciente ingrese a la categoría definida por la clínica o por el número de LTCD4+, no podrán volver a la categoría previa.
Caso VIH en niños/as menores de 18 meses de edad	Se define como no infectado, un niño menor de 18 meses con dos pruebas virológicas negativas en 2 tomas diferentes de al menos un mes de diferencia después de 1 mes de edad y/o 2 pruebas de anticuerpos negativas después de los 6 meses de vida. Se confirma la infección con 2 test virológicos positivos de al menos un mes de diferencia después del primer mes de edad. Si se usa carga viral esta debe estar > 20,000 copias (Posibilidad de falsos positivos con valores menores).
Consejería	Proceso de acompañamiento en temas puntuales que brindan información para la resolución de conflictos y otros estados emocionales. Según OPS-ONUSIDA, la consejería sobre el VIH y el sida puede definirse como "un diálogo confidencial entre un cliente y su consejero para ayudar al primero a sobrellevar la tensión y apoyarlo en la toma de decisiones personales que le permitan convivir y enfrentar la infección y la enfermedad de una manera funcional. El diálogo en sí debe comenzar durante el primer contacto del cliente, ya sea con los servicios de consejería de atención que incluyen todos los establecimientos de salud, tanto formales como informales, donde se da atención y apoyo social".
Depresión	Estado distintico del área psicológica de las personas, que se manifiesta con desánimo, facilidad en el llanto que afecta su funcionamiento en general.
Derechos reproductivos	Son los derechos básicos de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos/as, el espaciamiento entre los nacimientos, a disponer de la información y los medios para que ello ocurra y a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y salud reproductiva. Abarca también su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.
Derechos sexuales	El término se refiere a los derechos humanos relacionados con la vida sexual, incluida la salud sexual y reproductiva, y la toma de decisiones libre y responsable, sin coerción, discriminación ni violencia. Implica una visión más amplia al favorecer relaciones igualitarias entre hombres y mujeres, el respeto a las relaciones sexuales y la reproducción, la integridad de las personas, el consentimiento recíproco y la voluntad para asumir la responsabilidad del comportamiento sexual.
Diagnóstico serológico	Establecimiento del diagnóstico de una infección por la presencia de anticuerpos específicos en el plasma.

CONCEPTO	DEFINICIÓN
Diagnóstico virológico	Establecimiento del diagnóstico de una infección por la presencia de parte o la totalidad de un virus en el plasma, en las células de sangre periférica o en otras muestras.
Discriminación	Se puede expresar, a través de actitudes negativas o de comportamientos o acciones particulares. Con frecuencia se le describe como una distinción hecha respecto de una persona que resulta en un trato desigual e injusto con base en su pertenencia, o percepción de pertenencia, a un grupo particular.
Emociones	Influencias innatas y aprendidas, invariables sirven para establecer nuestra posición con respecto a nuestro entorno.
Educación integral en sexualidad	La educación integral en sexualidad busca un enfoque holístico basado en el marco de los derechos humanos. Reconoce que la información en sí misma es importante, si bien insuficiente, por lo que trata de vincular los conocimientos, las aptitudes esenciales para la vida, el desarrollo de actividades, actitudes y valores positivos para el ejercicio de una sexualidad física y emocionalmente placentera; pero, también, responsable, sea que se refiera a una persona o a una colectividad. Desde este marco, todas las personas son seres sexuados que construyen su sexualidad de forma subjetiva, a partir de sus cuerpos, viéndose influidos por factores sociales, culturales, económicos y políticos.
Estigma	Se refiere a las actitudes y creencias desfavorables dirigidas hacia alguien o algo, normalmente una construcción cultural. Las actitudes estigmatizantes se dirigen hacia personas con VIH y hacia comportamientos que se cree que dan origen a la infección. Las personas que de por sí suelen estar marginadas socialmente: la gente pobre, las poblaciones indígenas, los hombres que tienen sexo con hombres, los trabajadores del sexo, son a menudo quienes llevan la carga más pesada del estigma relacionado con el VIH.
Fármacos antirretrovirales	Son los fármacos, específicamente, diseñados para inhibir la replicación del VIH en el organismo humano.
Indicadores de cumplimiento de PTMI de VIH y Sífilis.	Se considera eliminación a la reducción de la transmisión madre hijo del VIH al 2% o menos y a la reducción de la incidencia de la sífilis congénita (incluidos óbitos fetales) a 0.5 casos o menos por cada 1,000 nacidos vivos.
Interculturalidad	Reconocimiento, respeto y comprensión de las diferencias socioculturales.
Género	Involucra el modo como un individuo o la sociedad definen al "hombre" o a la mujer". Los roles de género son actitudes, comportamientos, expectativas y responsabilidades de hombres y mujeres que son social y culturalmente definidos.
Parejas sero discordantes	Aquellas parejas en las que una persona es VIH (+) y la otra es VIH(-).
Pertinencia cultural	Adecuado a la cultura, derecho a la diferencia. Conceptualizar los servicios organizados e implementados tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos.

38, 39, 40, 41, 42, 43

[38] Centro de DerechosReproductivos. Los derechos reproductivos a la vanguardia 2012. http://reproductiverights.org/es.

[39] International, family care. Acción para el siglo XXI. Salud y derechos reproductivos para todos. 1994. http://www.crr.org.

[40] Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre población y Desarrollo, 1994. El Cairo.

[41] IPPF Federación Internacional de Planificación de la Familia, Carta de IPPF de los derechos sexuales y reproductivos. Visión año 2000, 1996, Inglaterra.

[42] IMPARES. Manual fuerza joven; prohibido para mayores. Perú.

[43] Alianza Nacional Por El Derecho a Decidir, Las hojas de Andar, Núm. 6 México, 2005.

CONCEPTO	DEFINICIÓN
Primo infección o infección aguda por VIH.	Periodo que va desde la entrada del micro organismo infectante en el organismo humano hasta la seroconversión, con una replicación viral muy elevada y máxima posibilidad de transmisión.
Recuento de linfocitos CD4.	Expresa el número de linfocitos con el marcador CD4 en su superficie/ml. Una persona sin VIH tiene recuentos de 700 a 1100, el criterio para considerar a una persona en fase sida, el recuento debe ser menor de 350 aunque no presente ningún síntoma.
Resistencia a fármacos antirretrovirales.	Implica la pérdida de efectividad de un fármaco antirretroviral, generalmente secundaria a una o más mutaciones en el genoma viral.
Re infección.	Implica la presencia de otra infección relevante en una persona con VIH y otra infección de transmisión sexual sífilis, gonorrea, chancro blando, papiloma, condiloma acumulado o hepatitis crónicas virales entre otras (pudiendo ser infecciones virales o bacterianas).
Salud Mental.	Capacidad de relacionarse en paz y armonía con la familia y la comunidad, aceptarse a si mismos y a los demás, afrontando los problemas y obstáculos con actitud positiva.
Salud Reproductiva.	Es un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la libertad de procrear o no, y decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable.
Síndrome.	Es un grupo de síntomas que aquejan a la persona y ésta refiere al realizar la historia clínica, sumados a los signos que se observan o se identifican durante el examen físico.
Sucedáneos de la leche.	Preparados obtenidos fundamentalmente a partir de leche de vaca manipulados para aproximarse a la composición en nutrientes y oligoelementos a la leche humana.
Tratamiento psicológico.	Proceso sistemático de evaluación y atención a las personas del manejo de emociones, sentimientos, que ocasionan estados distimicos que impiden la armonía con si mismos y su entorno.
VIH.	El virus de la inmunodeficiencia humana.
Vulnerabilidad.	Incluye causas de raíz que las personas no tienen posibilidades de modificar, a través de comportamientos individuales simplemente (se trataría de los factores económicos, sociales, culturales, políticos, de género y otros de tipo estructural que contribuyen a la transmisión del VIH y de las ITS, a la progresión de la enfermedad del VIH, a embarazos no deseados y a problemas de SSR)

44, 45, 46, 47, 48, 49

---

44 Health, Engender. (2004)*Training for health care workers: Reducing stigma and discrimination related to HIV and AIDS.* Nueva York.

45 (ICW), EngenderHealth e International Community of Women Living with HIV/AIDS. (2006) *Salud sexual y reproductiva para mujeres y niñas adolescentes con VIH, Manual para capacitadores y gerentes de programas.* Nueva York y Londres. Págs. 31,32.

46 Barrios Martínez, David. (2003) *Educación sexual y crítica a la tecnología educativa.* México, Someshi.

47 Cerruti, Stella. (1996) *La educación sexual en el contexto de la salud integral en la adolescencia.* Uruguay.

48 IPPF Federación Internacional de Planificación de la Familia. (1996) *Carta de IPPF de los derechos sexuales y reproductivos Visión año 2000.* Londres.

49 Organización Panamericana de la Salud, Centro Latinoamericano de Perinatología. (2010) *Salud de la mujer y reproductiva. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita.* Washignton, D.C. :OPS.

Anexo 1

Metodología para el desarrollo del manual

Como primer paso, se socializó con el grupo de trabajo, las solicitudes de las mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (SIDA), respecto a la salud sexual y reproductiva, se compartió un estudio realizado en Brasil que aborda el tema desde una perspectiva más amplia, promoviendo la participación de la población que se beneficiará y de la sociedad civil, como garante, en los procesos de auditoría social, participación política y en la creación de espacios favorables para la promoción, respeto y protección de los Derechos Humanos (DDHH) de este grupo poblacional. Además, se fue presentado un resumen de la evidencia científica disponible sobre el tema en la región latinoamericana, misma que sirvió como el punto de partida para la elaboración de este documento.

Posteriormente, se procedió a realizar el ejercicio de grupo focal de mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (sida), beneficiarias de las acciones impulsadas por Red Guatemalteca Mujeres Positivas en Acción y Asociación de Mujeres Gente Nueva, provenientes de los departamentos de Izabal, Suchitepéquez, Petén, Retalhuleu, Escuintla y Guatemala. Con el objetivo de conocer las principales necesidades en la atención de la salud sexual y reproductiva, la cartera de servicios y la calidad en la atención que esperan por parte del proveedor del servicio de salud, de esa actividad surgió información importante no solo de las necesidades sentidas, sino de las brechas en la atención que reciben. Con esos insumos se procedió a desarrollar los contenidos del presente manual, los cuales fueron supervisados y discutidos en múltiples reuniones con el equipo técnico y, como etapa final, fue revisado por un panel de expertos que trabajan en el tema, quienes dieron sus aportes de acuerdo a sus conocimientos y prácticas.

Necesidades a cubrir en SSR en mujeres y su relación con VIH evidenciadas en el grupo focal

Conocimiento sobre sexualidad y educación integral en sexualidad.
Atención Integral y diferenciada para adolescentes.
Evaluación ginecológica periódica.
Planificación familiar.
Consejería pre concepcional.
Atención prenatal, parto, puerperio y al recién nacido.
Prevención de transmisión materna infantil del VIH.
Atención de infecciones de transmisión sexual.
Tamizaje temprano del VPH cáncer de cérvix.
Conocimientos sobre auto examen mamario.
Atención al climaterio y menopausia.
Adherencia a antirretrovirales, efectos secundarios.
Atención nutricional.
Atención psicológica.
Atención integral a víctimas sobrevivientes de violencia de género y sexual, incluyendo anticoncepción de emergencia.

Anexo 2

Antecedentes, situación de la SSR y VIH en Guatemala

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. [50]

De acuerdo al Artículo 25 de la Declaración Internacional de los Derechos Humanos, toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. [51]

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tomar decisiones libres e informadas, sobre su sexualidad, SSR, sin estar sujeta a la discriminación y la violencia.

En el marco de las relaciones de poder socialmente construidas, existen situaciones que no permiten a las mujeres ejercer su derecho a la salud, algunas de estas son:

- Escaso empoderamiento para requerir a su pareja que se adopten prácticas sexuales libres de riesgo.
- Acceso limitado a la información.
- Acceso limitado a los servicios de prevención y tratamiento en SSR, incluyendo el abordaje integral con base en la normativa de las infecciones de transmisión sexual y VIH.

La Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, que "reafirma la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing en relación a la situación de la mujer, la niña y el VIH/SIDA, en la Resolución 54/2 entre otros, menciona lo siguiente:

- Se reafirma que la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo a las personas con el VIH/sida, son elementos de toda respuesta eficaz, que se refuerzan mutuamente y deben integrarse en un enfoque amplio para combatir la epidemia.
- Se reconoce la necesidad de asegurar el respeto, la protección y la realización de los derechos humanos en el contexto del VIH/Sida.
- Se reconoce la mayor vulnerabilidad a la infección por el VIH, que sufren

[50] ONU Comité de Derechos Económicos, sociales y culturales, Observación No. 14 (2000)E/C.12/2000/4. 121. 11 de agosto 2000. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales.

[51] Organización Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948, Asamblea General Resolución 212 A (III).

las niñas y mujeres con discapacidad, que presentan infección por el VIH/ Sida, como resultado, entre otras cosas, de las desigualdades sociales, jurídicas y económicas, incluida la pobreza.

- Otros factores culturales y fisiológicos, como:
  - La violencia contra las mujeres, las niñas y las adolescentes.
  - El matrimonio precoz, matrimonio de niños y forzoso.
  - Las relaciones sexuales prematuras y tempranas.
  - La violencia basada en género, la violencia sexual.
  - La explotación sexual con fines comerciales.
  - La discriminación y las violaciones de sus derechos.
  - La ausencia de información desagregada por pueblos y comunidades sociolingüísticas de personas viviendo con VIH y VIH avanzado.
  - La ausencia de atención a las mujeres indígenas y rurales.
  - Escasos estudios cualitativos en pueblos indígenas y rurales relativos a VIH y VIH avanzado.
  - Escasa información relacionada al VIH en idiomas indígenas y comunicación alternativa.

- Se reconoce que las mujeres y las niñas son más vulnerables al VIH y que el acceso a los recursos sanitarios, para la prevención de la infección por el VIH y el tratamiento, el cuidado y el apoyo de las personas que viven con el VIH o que han sido afectadas por el sida, así como el uso de esos recursos es diferente y desigual.
- Se destaca que la igualdad entre los géneros y el empoderamiento político y socioeconómico de las mujeres y las niñas, son elementos fundamentales para disminuir su vulnerabilidad al VIH y esenciales para hacer retroceder la pandemia. [52] (Unidas N. , Resolución de Asamblea General, 2012).

Los determinantes sociales de la salud comprendidos, como las condiciones sociales en las que vive una persona, influyen sobre su estado de salud. Aspectos como pobreza, escasa escolarización, inseguridad alimentaria, exclusión social, discriminación social, deficiente calidad de la vivienda, condiciones de falta de higiene en los primeros años de vida y escasa calificación laboral constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen, tanto entre los distintos países como dentro de ellos mismos, en lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de sus habitantes. Para mejorar la salud de las poblaciones de la región y fomentar equidad sanitaria, se precisan nuevas estrategias de acción que tengan en cuenta esos factores sociales que influyen en la salud. [53]

En Latinoamérica existen esfuerzos relacionados con la elaboración y publicación de documentos, guías y protocolos que plantean la necesidad

[52] Organización de Naciones Unidas. Resolución de Asamblea General, 2012, New York.

[53] Consejo de Ministros de Salud de Centro América y República Dominicana. (2010) *Plan de salud de Centroamérica y República Dominicana 2010-2015*. Costa Rica.

de vincular los servicios de VIH y SSR basados en los siguientes pilares o fundamentos:

- La población objetivo es la misma: adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres, en edad fértil.
- Ambos programas promueven un comportamiento sexual seguro y responsable.
- Promueven la doble protección, uso correcto y sistemático del condón.
- Permite una respuesta integral a la salud sexual y reproductiva.
- El enfoque integrado fortalece las acciones para la eliminación de la transmisión del VIH materno infantil.
- Fortalece el derecho a la equidad y la reducción del estigma y la discriminación asociados al VIH.
- Se minimiza la pérdida de oportunidades, incrementando el acceso y la cobertura a servicios vitales.
- Se mejora la eficiencia de los servicios, lo que produce una reducción de costos, se elimina la duplicación de esfuerzos, promoviendo la coordinación de las acciones.

Los trabajadores de servicios de salud constituyen un colectivo clave en la promoción de "la no discriminación", en la protección y el respeto de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, en brindar información veraz y oportuna a las mujeres que viven con VIH y sida, en el respeto a la toma de decisiones de manera libre, voluntaria, de acuerdo con la forma de pensar, sentir y de las preferencias personales de cada mujer, es decir, respetando sus cosmovisiones maya, garífuna, xinka y mestiza. [54]

[54] (ICW), EngenderHealth e International Community of Women Living with HIV/AIDS (2006) *Salud sexual y reproductiva para mujeres y niñas adolescentes con VIH, Manual para capacitadores y gerentes de programas.* Nueva York y Londres.

[55] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010) Informe de Acceso Universal de VIH sida. Guatemala.

Situación de la SSR y del VIH en Guatemala

Según estimaciones del Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, incorporados al informe de acceso universal del 2009, se confirmaron un total de 354 mujeres viviendo con VIH, de las cuales 299 (84%), estaban dentro del rango de los 10 a 54 años, es decir, edad reproductiva, identificándose 37 casos en los que la vía de trasmisión fue materno infantil. Fueron diagnosticadas con VIH avanzado (sida) 201 mujeres, de las cuales 157(78%) estaban en edad reproductiva (10 a 54 años), cabe resaltar que tanto para los casos de VIH como VIH avanzado (sida), en hombres y mujeres, la vía de transmisión más frecuente sigue siendo la transmisión sexual. (1125 casos, 92%). [55]

Cuadro No. 20

Situación del VIH para el 2009

Datos del Informe de acceso universal 2009	
Total de personas viviendo con VIH.	673
Total de Mujeres viviendo con VIH.	354
Mujeres viviendo con VIH en edad reproductiva (10 a 54 años).	299
CASOS DE VIH SEGUN CATEGORIA DE TRANSMISIÓN, 2009	
Transmisión sexual.	584
Transmisión materna infantil.	37
CASOS VIH AVANZADO	
Total de personas con VIH avanzado (sida).	612
Total de Mujeres con VIH avanzado (sida).	201
Mujeres con VIH avanzado en edad reproductiva (10-54 años).	157
CASOS DE VIH AVANZADOSEGUN CATEGORIA DE TRANSMISIÓN, 2009	
Transmisión sexual.	541
Transmisión materna infantil.	23

*Previa capacitación. Fuente: Guía de Planificación Familiar 2010, del PNSR

De acuerdo al boletín epidemiológico de junio 2012 del Centro Nacional de Epidemiología del MSPAS se evidencia que la relación del VIH entre el sexo masculino y femenino es mayor en el sexo masculino; sin embargo, cabe resaltar que para los rangos de edad de 10 a 19 años la relación es inversa, siendo más afectadas las niñas y adolescentes. Ver cuadro No. 21.

Cuadro No. 21

VIH y VIH avanzado: casos acumulados según grupo-edad y sexo Guatemala enero 1984 – junio 2012

Grupo-edad	Femenino	Masculino	Relación masculinidad	Sin dato	Total	%
0-4	646	650	1.01	21	1298	4.81
5-9	87	122	1.40	0	209	0.77
10-14	75	37	0.49	0	112	0.42
15-19	712	401	0.56	2	1115	4.13
20-24	1825	1954	1.07	2	3781	14.02
25-29	1895	3075	1.62	3	4973	18.43
30-34	1376	2670	1.94	**5**	4051	15.02
35-39	965	1896	1.96	2	2863	10.61
40-44	690	1389	2.01	1	2080	7.71
45-49	469	1040	2.22	2	1511	5.60
50-54	373	744	1.99	0	111**7**	4.14
55-59	245	536	2.19	0	781	2.89
60-64	127	377	2.97	1	505	1.87
65-69	57	196	3.44	0	253	0.94
70-74	31	115	3.71	0	146	0.54
75 y mas	11	63	5.73	0	74	0.27
Sin dato	791	1311	1.66	7	2109	7.82
Total	10375	16576	1.60	27	26978	100.00

*Previa capacitación. Fuente: Guía de Planificación Familiar 2010, del PNSR

Según la ENSMI 2008-2009, el VIH es la ITS que más conocen en todas las regiones, en todos los grupos de edad y en cualquier estado civil de las mujeres. Las mujeres que tienen menos conocimiento sobre las ITS y VIH son las mujeres indígenas (76.2%) y las mujeres que residen en el área rural (83%). Es importante resaltar que el conocimiento sobre el VPH es muy bajo en todos los grupos de edad e independientemente de la etnia y nivel educativo, situación importante que debe tomarse en cuenta ya que existe mayor riesgo de cáncer de cérvix en mujeres que viven con VIH. Ver cuadro No.22.

Cuadro No. 22

Mujeres de 15 a 49 años que tienen conocimiento sobre ITS, según categorías Guatemala (2008/9)

Porcentaje							
	VIH	Gonorrea	Sífilis	Herpes genital	Papilomas	Otras	Conoce algunas ITS
Total	88,8	45,0	34,4	35,2	9,8	1,1	89,0
Grupo de edad							
15-19	86,8	41,8	35,1	33,0	6,3	1,0	87,0
20-24	88,5	45,3	35,9	35,7	9,5	1,2	88,7
25-29	90,3	44,1	33,2	34,4	10,9	1,3	90,5
30-34	90,1	46,9	34,4	36,8	12,8	1,7	90,3
35-39	89,4	44,5	31,4	34,6	11,8	1,2	89,7
40-44	88,4	46,2	32,7	36,7	11,0	0,4	88,8
45-49	89,9	50,7	38,0	39,0	9,1	0,8	90,2
Etnicidad							
Indígena	75,7	23,0	17,3	16,0	2,4	0,5	76,2
No indígena	97,0	58,7	45,1	47,3	14,4	1,5	97,0
Nivel educativo							
Sin educación	69,2	17,9	11,8	9,8	1,9	0,5	69,8
Primaria	89,7	30,9	18,1	20,6	5,7	0,5	89,8
Secundaria	99,6	78,5	67,0	67,3	18,2	2,0	99,6
Superior	100,0	96,2	93,6	93,0	31,4	4,2	100,0
Experiencia Sexual							
Sí	89,3	44,1	32,6	33,8	10,7	1,2	89,5
No	87,5	47,3	39,7	39,3	7,1	0,9	87,6
Quintil económico							
1 (más bajo)	67,0	14,8	10,8	8,4	1,0	0,3	67,5
2	84,4	25,4	15,6	15,2	2,3	0,5	85,1
3 (intermedio)	94,0	39,9	25,8	27,3	6,0	0,9	94,1
4	98,6	61,4	47,4	49,3	15,7	1,5	98,7
5 (más alto)	99,4	84,5	74,1	77,6	24,6	2,5	99,4

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil -Ensmi 2008/2009.
* Incluye sólo la respuesta afirmativa para cada columna.

De las mujeres jóvenes encuestadas sólo un 2.2% recibieron información sobre ITS y asistieron a charlas de educación sexual solo el 3.5% de las mujeres que no tenían ningún nivel de educación. Es importante mencionar que la edad mediana de la primera relación sexual, en mujeres con estudios superiores se postergó 6.6 años en relación a aquellas que no tuvieron ningún nivel de educación.

Tanto para las mujeres con educación superior, como para las mujeres sin educación, la principal forma de evitar el VIH es tener una sola pareja sexual (92.9% y 93.3%), respectivamente. En relación al conocimiento de la forma de transmisión de la madre al hijo o hija la forma de transmisión más identificada fue durante el período del embarazo (89.3%), luego durante el parto (85.7%) y finalmente después del parto (75.1%). No hubo diferencias entre el área de residencia urbana y rural, escasa diferencia según grupos de edad, nivel de educación y quintil económico.

En cuanto al tema de PF, se observa que el grupo de mujeres de 15 a 25 años que menos conocen de métodos de PF, es el de las mujeres indígenas que no tuvieron acceso a educación y que están ubicadas en el quintil económico más bajo.

De las mujeres adultas jóvenes sin educación, que habían tenido relaciones sexuales, solamente, el 3.7%utilizaron condón. En relación al embarazo se observa que el 39.5% de las mujeres de 15 a 24 años, ya ha tenido por lo menos un embarazo, reflejando la relación que existe entre la falta de acceso a educación y la maternidad temprana (64.7%). Es importante mencionar que la educación sobre el uso de los métodos de PF se inicia en la mayoría de las veces, una vez que las jóvenes tienen su primer hijo, lo que refleja que los servicios de salud lo hacen, a partir de la maternidad adolescente, pero no antes del inicio de la primera relación sexual, lo que puede disminuir el total de eventos obstétricos en su vida reproductiva, pero no evita la reproducción temprana. 56

En relación a la situación de las ITS se calculan más de 340 millones de casos nuevos curables, en hombres y mujeres de 15 a 49 años, a nivel mundial, causados por Sífilis (Treponema Pallidum), Gonorrea (Neisseria Gonorrhoeae), Chlamydia Trachomatis y Trichomonasvaginalis. Las consecuencias de estas enfermedades son aún peores, si se considera su contribución potencial a la transmisión de la infección por VIH. 5 [57]

[56] Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS)/Instituto Nacional de Estadísticas(INE)/ Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI 2008/09) Guatemala.

[57] Ministerio de Salud y Asistencia Social . (2008) *Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH.* Argentina.

La forma más frecuente de transmisión es a través de relaciones sexuales, sin el uso del condón, con una persona que tiene una ITS. Las relaciones con penetración anal son consideradas de mayor riesgo para ITS o VIH. Otras formas de transmisión son las transfusiones o contacto con sangre y fluidos corporales de una persona que tenga infección, así como el de la transmisión de ITS o VIH durante el embarazo, el parto y a través de la lactancia materna (para el VIH).

Las ITS son un factor de riesgo para la transmisión del VIH, se ha observado que la presencia de estas puede incrementar de 2 a 10 veces el riesgo de adquirir el VIH. [58]

Cuadro No. 23

Situación de SSR en Guatemala

Proporción de mujeres de 15 a 24 años de edad que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años del área rural.	9.9%
Proporción de mujeres de 15 a 24 años de edad que tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años del área urbana.	6.9%
Proporción de mujeres de 15 a 17 años, sin ningún nivel de educación que inician su vida sexual temprana.	41.5%
Proporción de mujeres de 15 a 49 años que tuvieron relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses, que usaron condón en la última relación sexual.	24.6%
Proporción de mujeres de 15 a 49 años en unión que usan métodos anticonceptivos.	54.1%
Necesidad Insatisfecha en planificación Familiar.	20.8%
Proporción de las parejas que utilizaron métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, que usaron el condón.	12.7%
Proporción de embarazo en mujeres de 15 a 24 años en el país.	39.5%
Proporción de mujeres que reciben atención prenatal en casa de comadrona.	33.2%
Atención prenatal en el primer trimestre.	60.4%
Proporción de Partos del área rural atendidos en casa de la mujer embarazada.	47.1%
Proporción de mujeres que asistieron a atención post parto.	25.7%
Proporción de mujeres de 15 a 49 años se han realizado el examen de Papanicolaou.	60.4%

Fuente: ENSMI 2008/09

[58] Ministerio de Salud y Asistencia Social (2007) *Manual para el abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual con énfasis en el manejo sindrómico.* Guatemala. Pág. 16.

En cuanto al estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH, los resultados demuestran que aún hay mucho que trabajar. En el país sólo 12.2% de las mujeres, de acuerdo a sus respuestas, se pueden considerar sin actitudes de estigma o discriminación hacia el VIH. Los mayores porcentajes de actitudes negativas se encuentran en el área rural. Las mujeres en edad reproductiva del grupo indígena y aquellas sin educación son las que más orientación reciben en los establecimientos donde se realizan la prueba; todo lo contrario ocurre con las mujeres con educación superior. La realización de la prueba durante la atención prenatal, se ha hecho en el 88.7% de las mujeres, no observándose diferencia entre el área rural o urbana. Según la edad, las adolescentes de 15 a 19 años se les realizó la prueba en el 98.7%. [59]

En el Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007, fueron reportaron 40 casos de mortalidad materna indirecta, de los cuales 6 correspondieron a mortalidad por VIH avanzado (sida), equivalente a un 15%. [60] Si tomamos en consideración que según datos del PNSR, en el primer semestre del año 2012, se han atendido 88,046 partos por personal de servicios de salud del MSPAS, de esos el 25% (22,067) han ocurrido en mujeres menores de 20 años, el riesgo de morir por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio es elevada y el VIH contribuye a incrementar el riesgo de morir.

[59] Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS)/Instituto Nacional de Estadísticas(INE)/ Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC), Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI 2008/09), Guatemala.

[60] Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.(2007) *Estudio Nacional de Mortalidad Materna*. Guatemala.

Anexo 3

Marco legal y de derecho, nacional e internacional para la salud sexual y reproductiva y VIH en Guatemala

En Guatemala existe un amplio marco legal y de derecho para la salud sexual y reproductiva que incluye la temática de VIH y VIH avanzado, que se resumen en el siguiente cuadro:

DOCUMENTO MARCO	REFERENCIAS
Pacto Internacional Económico 1976.	Art. 12 incisos a, b, c y d.
La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres CEDAW 1,979.	Art. 5 y 10.
Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo Cairo 1994.	Capítulo IV incisos A y B.
Acuerdos de Paz Firme y duradera , 1996.	Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas establece en el apartado II de la Lucha Contra la Discriminación, literal B de los Derechos de la Mujer Indígena:
Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales OIT 1989 y ratificados 1997.	Art. 3, Art. 5, 7 inciso 2 , Art. 8 inciso 2. Parte V articulo 25.
Código de Salud, Decreto 90-97 del Congreso de la República 1997.	Art. 41 y Art 62c Salud de la familia. Art. 62 Desarrollará programas de educación, detección, prevención y control de ETS, VIH y sida.
Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 6 Combatir el VIH y Sida, malaria y otras enfermedades, 2000.	Meta 9: Haber detenido y comenzado a reducir, para el 2015, la propagación del VIH y sida. Meta 10: Lograr para el 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH y sida de todas las personas que lo necesiten.
Ley General para el combate del VIH-Decreto No. 27-2000. Congreso de la Repùblica.	ARTICULO 46.
UNGASS 2001 Sesión Especial sobre VIH y sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas.	Cantidad de fondos nacionales destinados a VIH y VIH avanzado (sida). Existencia de un Plan Estratégico para luchar contra el VIH y VIH avanzado (sida). Existencia de una política o estrategia general para fomentar la información, educación, comunicación, las intervenciones en salud, la ampliación del acceso a servicios y productos básicos de prevención, atención y apoyo integrales para el VIH y sida, con interés particular en los grupos vulnerables.
Ley de Desarrollo Social Decreto 42-2001del Congreso de la Repùblica.	Art.24, 25,26.
Acuerdo gubernativo número 317-2002:	Reglamento de la ley general para el combate del virus de inmunodeficiencia adquirida – VIH – y del síndrome de inmunodeficiencia adquirida – sida – y de la promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el sida".
Constitución Polìtica de la República de Guatemala año 1985.	Art 1, 2, 3, 4, 44, 46 ,47, 52, 72, 93 y 94.
Política de Desarrollo Social y Población 2002	Art.24, 25,26.2.
Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia Decreto Número 27-2003 del Congreso de la Repùblica.	ARTÍCULO 56 a), c), d) CAPÍTULO II Art. 76. h).

DOCUMENTO MARCO	REFERENCIAS
Política Pública Acuerdo Gobernativo Numeral 638-2005:	Respecto de la prevención a las infecciones de transmisión sexual – ITS – y de la respuesta a la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
Decreto 52-2005, del Congreso de la Repùblica Ley Marco de los Acuerdos de Paz 2005	Artículos 1. 10, 11 y 1.2.
Decreto 87-2005 ley de Acceso universal y Equitativo a los servicios de Planificación familiar. Art. 1	Asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva, provisión a métodos de planificación familiar.
Declaración de la Organización de las Naciones Unidas, sobre los derechos de los Pueblos Indígenas	Articulo 1, 2 y 24.
Declaración Ministerial Prevenir con Educacion, 2008.	"Implementar y/o fortalecer estrategias intersectoriales de educación integral de la sexualidad y promoción de la salud sexual, que incluya la prevención del VIH e infecciones de transmisión sexual, la Ley Contra el Femicidio y Otras Formas de Violencia Contra la Mujer".
Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH 2010.	1. información sobre las necesidades y los derechos específicos de las mujeres y las niñas en el contexto del VIH. 2. Convertir los compromisos políticos en mayores recursos y acciones eficaces, para que los programas sobre el VIH respondan mejor a las necesidades de las mujeres y las niñas. 3. Movilizar a los líderes para que generen entornos más seguros en los que mujeres y las niñas puedan sentir que tienen la facultad de ejercer sus derechos humanos.
Acuerdo Ministerial Número1632-2009 Unidad de Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas e Interculturalidad.	Desarrollar Polìticas , marcos legales, planes y proyectos que favorezcan el desarrollo de los sistemas de salud indígena y la interculturalidad en salud, en todos los niveles del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Sector Salud.
Política Nacional de Juventud 2010-2015.	Reducir la propagación del VIH y sida en las y los adolescentes y jóvenes. Incrementar el acceso a tratamientos y medicamentos para adolescentes y jóvenes portadores del VIH y sida. Prestar especial atención a madres gestantes. Incrementar el uso de preservativos a través de la distribución a nivel nacional.
Ley para la Maternidad saludable Decreto Nùmero 32-2010 Congreso de la Repùblica.	Artículo 1. Objeto de la ley Artículo 8, inciso f).

Anexo 4

Compromisos internacionales
Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CAIRO)

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, efectuada en el Cairo en 1994, brinda una plataforma para desarrollar su programa de acción, basado en el consenso internacional a la que se llegó desde la Conferencia Mundial de Población, celebrada en Bucarest en 1974 y la Conferencia Internacional sobre Población, celebrada en Ciudad de México en 1984, para examinar las amplias cuestiones de población, crecimiento económico sostenido y desarrollo sostenible, y sus interrelaciones, así como los adelantos, por lo que se refiere a la situación educacional y económica de la mujer y a su habilitación. Debe respaldar la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz, celebrada en Nairobi en 1985.

En el Capítulo IV, expresa IGUALDAD Y EQUIDAD ENTRE LOS SEXOS Y HABILITACIÓN DE LA MUJER

A. Mejoramiento de la condición de la mujer;
B. La niña;
C. Responsabilidades y participación del hombre.

En el Capítulo VII se relaciona con los DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA

A. Derechos sexuales y salud reproductiva;
B. Planificación de la familia;
C. Enfermedades de transmisión sexual y prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)
D. Sexualidad humana y relaciones entre los sexos;
E. Adolescentes.

En el Capítulo VIII SALUD, MORBILIDAD Y MORTALIDAD

A. Salud de la mujer y la maternidad sin riesgo;
B. El VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida sida. [61]

[61] Organización de Naciones Unidas. (1994) *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.* El Cairo.

Agenda para la acción acelerada de los países, para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH

El Programa Mundial conjunto de Naciones Unidas en VIH /sida (ONUSIDA), junto con el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), la sociedad civil, los gobiernos y los asociados para el desarrollo, han elaborado la agenda para la acción acelerada de los países proporcionando orientación a los organismos de las Naciones Unidas a escala nacional respecto a las acciones que se deben tomar para el desarrollo, a fin de lograr que las políticas y los programas nacionales del sida, respondan mejor a las necesidades específicas de las mujeres y las niñas y protejan mejor sus derechos.

La sociedad civil es especialmente importante, ya que suele tener relaciones estrechas con las mujeres y las niñas (incluso a nivel de la comunidad), una comprensión profunda de las realidades de la vida de las mujeres y la situación local, y las aptitudes y la experiencia necesarias para diseñar e implementar programas eficaces.

La agenda para la acción acelerada de los países se elaboró en torno a tres recomendaciones principales:

1. De manera conjunta, producir información sobre las necesidades y los derechos específicos de las mujeres y las niñas en el contexto del VIH y lograr una mejor comprensión de aquellos, con el objeto de que los programas nacionales sobre sida puedan responder con mayor eficacia.
2. Convertir los compromisos políticos en mayores recursos y acciones eficaces, para que los programas sobre el VIH, respondan mejor a las necesidades de las mujeres y las niñas.
3. Movilizar a los líderes para que generen entornos más seguros en los que mujeres y las niñas puedan sentir que tienen la facultad de ejercer sus derechos humanos.

Entre las acciones clave se encuentran:

Recopilar y utilizar información en grupos de edades de cinco años (especialmente, 10 a 14, 15 a 19, 20 a 24) sobre cómo afecta el VIH a las mujeres y las niñas, en particular, a aquellas que viven con el VIH y sobre cómo los programas afectan los derechos humanos y los resultados de salud de las mujeres y las niñas.

Analizar de qué manera los factores culturales, el estigma y la discriminación, la pobreza, y las barreras sociales y jurídicas impiden que las mujeres y las niñas ejerzan sus derechos humanos y las hacen más vulnerables al VIH y a las consecuencias asociadas a él.

Vigilar la implementación de los compromisos nacionales, regionales y mundiales, asumidos por los gobiernos relativos a la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH, incluso, a través del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y utilizar la información para la promoción y para responsabilizar a los gobiernos.

Apoyar las campañas de difusión de los derechos de cada uno y la prestación de servicios de asistencia jurídica gratuitos y accesibles para permitir que las mujeres y las niñas ejerzas sus derechos.

Incorporar acciones a los programas nacionales del sida, para responder a la violencia contra las mujeres y las niñas e impedir que se produzca, en función de datos mejorados sobre la violencia contra mujeres y niñas

Garantizar la implementación de un paquete nacional mínimo de servicios integrados para la salud sexual y reproductiva, el VIH y la tuberculosis.

Apoyar a las mujeres, especialmente, a las mujeres jóvenes y las niñas, para que reivindiquen sus derechos de salud sexual y reproductiva, lo que incluye relaciones sexuales seguras y de mutuo acuerdo y un mayor acceso a servicios, información y suministros relacionados con la salud sexual y reproductiva, incluidos los preservativos femeninos.

Educar a hombres y niños sobre el derecho de la mujer a negociar si desea tener relaciones sexuales y cómo desea hacerlo.

Fomentar y apoyar el acceso nacional a una educación sexual integral, que promueva la igualdad de género, los derechos humanos y el desarrollo de aptitudes para la negociación de las relaciones sexuales.

Promover movimientos sociales amplios, para reducir el estigma y la discriminación y para impulsar los derechos de la mujer.

Apoyar el micro financiamiento y los programas de protección social, que fortalezcan la situación económica de las mujeres y reduzcan su vulnerabilidad al VIH.

Hacer participar a hombres y niños y tratar las normas sociales sobre género y relaciones sexuales, de manera que reduzcan la violencia, aborden el estigma y la discriminación, y proporcionen las bases para la igualdad de género.

Abogar por cupos u objetivos para que las mujeres que tengan la experiencia necesaria, participen en los Mecanismos de Coordinación de País (al menos un 40% de los puestos).

Asociarse con líderes políticos, religiosos o de otro tipo, con el objeto de establecer mensajes de promoción comunes para las políticas y para la protección de los derechos humanos de las mujeres y las niñas. [62]

Carta acuerdo Prevenir con Educación

Su principal objetivo es establecer elmarco de coordinación y cooperación interinstitucional entre el MINEDUC y el MSPAS, en la implementación y fortalecimiento de estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la SSR, que incluya la prevención del VIH, sida y otras infecciones de transmisión sexual, embarazos de adolescentes, violencia sexual, entre otros relacionados, aunando los esfuerzos en el ámbito de sus respectivas funciones. La meta del inciso se refiere a Asegurar que los servicios de salud provean acceso efectivo a consejería y pruebas de detección de ITS y VIH, atención integral de las ITS, condones e instrucción sobre su uso, orientación sobre decisiones reproductivas, incluyendo a personas con VIH, así como el tratamiento para el uso problemático de drogas y alcohol, para todas las personas, especialmente la niñez, las y los adolescentes y jóvenes.[63]

Establece que el Estado de Guatemala deberá promover y monitorear campañas de sensibilización y generación de espacios de discusión para la concertación e impulso de políticas públicas para la prevención de la violencia contra la mujer y del femicidio y que requiere de la coordinación interinstitucional como condición básica para su eliminación.

Determina que el MINEDUC en coordinación con el MSPAS, revisará, actualizará e implementará al menos cada cinco años, el currículo de los niveles primario y medio, para garantizar el cumplimiento de los establecidos en la Ley de Desarrollo Social y Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva; la Ley General para el Combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana –VIH- y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –Sida- y de la Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y VIH avanzado (sida).

Señala que las acciones de promoción, educación e información para la salud en la prevención de ITS, VIH y VIH avanzado (sida), a la población guatemalteca, estarán bajo la coordinación y supervisión del MSPAS a través del PNS y del MINEDUC; La Polìtica Nacional de Promoción y Desarrollo Integral de las Mujeres; y el Plan de Equidad de Oportunidades 2008- 2023, establece acciones estratégicas para el fortalecimiento de la sinergia entre

---

62 ONUSIDA. (2009) *Agenda para la acción acelerada de los países para abordar la problemática de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH.*

63 Ministerio de Educación, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010) *Carta Acuerdo Prevenir con Educación*. Guatemala.

las instituciones públicas en el avance de los compromisos relativos a salud y educación, varios de ellos relacionados con la prevención de la infección por el VIH y acceso a los servicios de SSR incluyendo la atención integral del VIH y la prevención de la violencia en todas sus expresiones incluyendo la violencia sexual. [64]

[64] Ministerio de Educación, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010) Carta *Acuerdo Prevenir con Educación*. Guatemala

Bibliografía

1. (MLCM+), A. M. (2010). Nuestras historias, nuestras palabras: SITUACION DE LAS MUJERES QUE VIVEN CON VIH EN 14 PAISES DE AMÉRICA LATINA. Guatemala: ONUSIDA.

2. Manual para personas con VIH sida. (27 de 09 de 2001). Recuperado el 2012, de www.euskadi.net/r33-2288/es/.../enfer.../manualsida_c.pdf - España: www.euskadi.net/r33-2288/es/.../enfer.../manualsida_c.pdf España

3. Alarco Bon Perfall, C. (1992). Diccionario Práctico para el conocimiento sexual. Barcelona: Ediciones 29.

4. Alianza Nacional Por El Derecho a Decidir. (enero 2005). Las hojas de Andar. Núm. 6 México, D.F.

5. Anderson, J. (2000). A guide to the clinical care of women with HIV.Meryland: HRSA.

6. Ayala, A. (1995). Medicina de la reproducción humana. México: Grupo Azabache.

7. Chu, S., & Hanson, D. (1996;87(2)). Pregnancy rates among women infected with HIV. Obstet & Gynecol, 195-198.

8. Corte de Constitucionalidad. (1985). Constitución Política de la República de Guatemala. Guatemala.

9. Ramos Alamillo,Ubaldo D. L. (2008). Guía de Salud Sexual y Reproductiva para Mujeres con el VIH. México, D. F.: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

10. Ministerio de Educación y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2010). Carta Acuerdo Prevenir con Educación. Guatemala.

11. Centro Nacional de Epidemiología, (marzo 2012). Boletín Epidemiológico de VIH. Guatemala: MSPAS.

12. Foucault, M. (1998). Historia de la sexualidad 2: el uso de los placeres. Madrid: Siglo XXI.

13. Giraldo Neira, O. (1985). Explorando las sexualidades humanas. Colombia: Cali.

14. Gobierno de Guatemala. (1996). Acuerdo de Paz firme y duradera. Guatemala: Magna Terra.

15. Gobierno de Guatemala. (2000). Decreto 27-2000 Ley general para el combate del virus de inmunodeficiencia humana VIH y del sindrome de inmunodeficiencia adquirida -Sida- y de la promocion, protección y defensa de los derechos humanos ante el VIH y sida. Guatemala.

16. Gobierno de Guatemala, (2001). Ley de Desarrollo Social . Guatemala.

17. Gobierno de Guatemala, (2005). Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación ¨Familiar. Guatemala.

18. Gobierno de Guatemala, (2006). Política Pública 638-2005 respecto de la prevencion a las infecciones de transmision sexual y la respuesta a la epidemia del sindrome de inmunodeficiencia adquirida sida. Guatemala.

19. Gobierno de Guatemala, (2010). Ley para la Maternidad Saludable. Guatemala.

20. ICW, E. h. (2006). Salud sexual y reproductiva para mujeres, niñas y adolescentes con VIH. Manual para capacitadores y gerentes de Programas.

21. INTERNATIONAL, F. C. (1994). Acción para el sigo XXI. Salud y derechos reproductivos para todos. Recuperado el 2012, de http://www.crr.org

22. IPPF Federación Internacional de Planificación de la Familia. (1996). Carta de IPPF de los derechos sexuales y reproductivos Visión año 2000. Londres.

23. Maya Kaqchikel, A. Q. (2012). Interculturalidad. Guatemala.

24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010). Norma de Atención en Salud Integral . Guatemala: MSPAS.

25. Moursund, R. G. (2010). Psicoterapia Integrativa en Acción. Karnac Books.

26. MSPAS, P. N. (2011). Guía para la atención integral de la hemorragia del primer y segundo trimestre y del post aborto y sus complicaciones. Guatemala: MSPAS primera Edición.

27. ONUSIDA. (2009). Agenda para la acción acelerada de los paises para abordar la problematica de las mujeres, las niñas, la igualdad de género y el VIH. ONUSIDA.

28. PNSR, M. d. (2010). Manual para tamizaje del cáncer cervicouterino. Guatemala.

29. Gramajo Garméndez,José María. (2011). Guía Didactica. Especialización en Salud Sexual y Reproductiva. Guatemala: USAC.

30. Ministerio de Salúd Pública y Asistencia Social. (2010). Guía Práctica de tamizaje cérvico uterino. Guatemala.

31. Reinixch, J. y. (1992). Nuevo informe Kinsey sobre sexo. Barcelona: Paidos.

32. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva, (2011). Compendio del Marco Legal y de Derecho para la Salud Sexual y Reproductiva en Guatemala. Guatemala.

33. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa Nacional de Salud Reproductiva, (2011). Guía para la implementación de la atención integral materno neonatal. Guatemala.

34. Reproductivos, C. d. (s.f.). Los derechos reproductivos a la vanguardia. Recuperado el 2012, de http://reproductiverights.org/es

35. Roger, C. (2010). Psicoterapia, técnicas de psicoterapia existencial. Washington DC: Karnac Books

36. Ministerio de Salud, (2008). Guías para la atención integral de las mujeres con infección por VIH. Argentina.

37. Organización Panamericana de la Salud, (2004). Guía sobre atención integral de personas que viven con la coinfección de VIH en America Latina y El Caribe. Washington DC.: OPS.

38. Organización Panamericana de la Salud, (2010). Guía Clínica para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe . OPS.

39. Organización Panamericana de la Salud, (2010). Iniciativa Regional para la Eliminación de laTransmisión Maternoinfantil del VIH y de la Sífilis Congénita. Washignton, D.C.: OPS.

40. Schwarcz, R. e. (2001). Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal. Argentina: Ministerio de Salud .

41. Organización de las Naciones Unidas, (2012). Resolución de Asamblea General. Nueva York: ONU.

42. Organización de las Naciones Unidas (1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo.

43. Organización de las Naciones Unidas (1995). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing: ONU.

Diciembre 2,012
Segunda Edición 2015

Gobierno de Guatemala
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social

UNFPA
Fondo de Población
de las Naciones Unidas

ICW
Capítulo Guatemala
Comunidad Internacional de
Mujeres viviendo con VIH/SIDA