COLECCIÓN
Producción de Conocimiento

Guía de Atención Integral a las Mujeres Cisgénero con VIH

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES
GOBIERNO DE COSTA RICA

Guía de Atención Integral a las Mujeres Cisgénero con VIH

362.4
I59 g

Instituto Nacional de las Mujeres

Guía de atención integral a las mujeres cisgénero con VIH / Instituto Nacional de las Mujeres; Costa Rica. Ministerio de Salud. -- 1. ed. -- San José: Instituto Nacional de las Mujeres; Ministerio de Salud, 2026. -- (Colección Producción de conocimiento; no. 62; Aportes metodológicos, no. 28) 1 recurso en línea (91 p.); PDF: 31.1 Mb.

Forma de acceso: Internet
ISBN 9789968254427

1.VIH SIDA. 2.DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. 3. SEXUALIDAD. 4.SERVICIOS DE SALUD. 5.MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS. 6.DECISIONES REPRODUCTIVAS. I. Costa Rica. Ministerio de Salud. II. Título.

Producción: Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)

Autoras:
INAMU:
Eva Núñez Torres, Departamento de Construcción de Identidades y Proyectos de Vida, Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)
Ministerio de Salud:
Rosalyn Aguilar Hernández, Unidad de Planificación Sectorial, Dirección de Planificación, Ministerio de Salud
Maricruz Pérez Retana, Unidad de Planificación Sectorial, Dirección de Planificación, Ministerio de Salud

Revisión del documento: Dirección de Áreas Estratégicas, Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU)

Diseño Gráfico: Manuel Padilla Castro
Ilustraciones: Celia Altamirano Jiménez

Tabla de contenido

Introducción 1

Siglas 2

Conceptos generales 3

Objetivo General 6

Objetivos Específicos 6

1 Contexto de las mujeres cisgénero con VIH 7

2 Abordaje de la atención integral de las mujeres con el VIH 13

3 Atención psicoemocional de las mujeres que viven con VIH 17

3.1 Apoyo emocional, psicosocial y comunitario en la atención integral del VIH 20

3.1.1 Apoyo emocional individualizado 20

3.1.2 Consejería y orientación continua 20

3.1.3 Grupos de apoyo y redes entre pares 21

4 Primeros auxilios psicológicos 22

4.1 Articulación con recursos comunitarios 23

4.2 Primeros auxilios psicológicos 23

5 Decisiones en salud sexual y salud reproductiva 26

6 Consideraciones para la planificación familiar 30

7 Anticoncepción 35

7.1 Uso del condón como método de barrera 37

7.1.1 Condón externo 37

7.1.2 Condón interno 37

7.2 Métodos hormonales 39

7.2.1 Anticonceptivos orales combinados 40

7.2.2 Anticonceptivos orales de progestágeno solo 40
7.3 Inyectables hormonales 41
7.4 Parche anticonceptivo combinado 42
7.5 Anillo vaginal combinado 42
7.6 Implantes subdérmicos de progestágeno 43
7.7 Dispositivos intrauterinos (DIU de cobre y DIU hormonal) 43
7.7.2 DIU hormonal 44
7.8 Métodos permanentes de planificación familiar 45
7.8.1 Esterilización femenina 45
7.8.2 Vasectomía 46
7.9 Anticoncepción Oral de Emergencia. 46
8 Violencia obstétrica en mujeres con VIH 48
9 Postparto y lactancia materna 53
Lactancia materna 55
10 Atención de la mujer con VIH posterior a una pérdida gestacional temprana 57
11 Atención en salud reproductiva en mujeres con VIH durante el climaterio 60
11.1 Cambios físicos y emocionales 61
11.2 Terapias disponibles y abordaje clínico 62
11.3 Recomendaciones para un cuidado integral 63
Conclusiones 65
Referencias 67

Introducción

La epidemia del VIH ha impactado profundamente la salud global, afectando a millones de personas en todo el mundo. Dentro de esta realidad, las mujeres enfrentan desafíos únicos debido a factores biológicos, sociales y culturales que influyen en la transmisión, progresión y manejo del VIH. Esta guía se presenta como un recurso diseñado para abordar de manera integral algunas de las necesidades de las mujeres que viven con VIH, desde la prevención hasta el tratamiento y el apoyo psicosocial.

El enfoque integral en la atención a mujeres cisgénero con VIH reconoce la intersección de la salud física, mental y social. Se considera no solo el acceso a medicamentos antirretro virales, sino también la importancia de la educación, la equidad de género, la prevención de la violencia de género, y el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva. Este documento pretende proporcionar a las y los profesionales, organizaciones, actores sociales y personas tomadoras de decisiones, las herramientas necesarias para ofrecer y recibir una atención centrada en la mujer, respetuosa de sus derechos y adaptable a las realidades que enfrentan.

Reconociendo la diversidad de las experiencias de vida de las mujeres cisgénero con VIH, esta guía promueve un enfoque personalizado, que considere las diferencias en edad, orientación sexual, estado socioeconómico, y otras circunstancias que pueden influir en su salud y bienestar. A través de este enfoque, se busca empoderar a las mujeres para que tomen decisiones informadas sobre su salud, mejorar la calidad de la atención que reciben, y contribuir a la erradicación del estigma asociado al VIH.

Esta guía es un llamado a la acción para que los actores involucrados en la atención y respuesta al VIH, que atienden a mujeres cisgénero, trabajen coordinadamente y con una visión común: garantizar que cada mujer, sin importar su contexto, tenga acceso a una vida plena y saludable.

Siglas

AOC	Anticonceptivos Orales combinados
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CD4	Linfocitos T CD4+ (células inmunitarias objetivo del VIH)
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CBT	Terapia cognitivo-conductual
DIU	Dispositivo Intrauterino
DSDR	Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
INAMU	Instituto Nacional de las Mujeres
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SSSR	Salud Sexual y Salud Reproductiva
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TRH	Terapia de Reemplazo Hormonal
TV	Transmisión Vertical
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WLWH	Women Living With HIV (Mujeres que viven con VIH)

Conceptos generales

1. Autonomía sexual y reproductiva: Se refiere a la capacidad de cada persona, especialmente de las mujeres y niñas, para tomar decisiones libres e informadas sobre su cuerpo, su vida sexual y reproductiva, sin coacción, discriminación ni violencia. Implica el acceso equitativo a información, educación y servicios de salud sexual y reproductiva, así como el derecho a ejercer el control sobre su propio cuerpo en un entorno que respete su dignidad, su integridad y su capacidad jurídica plena (UNFPA, 2021; OMS, 2018).

2. Cisgénero: Es un término que describe a una persona cuya identidad de género actual es consistente con la identidad de género asumida generalmente para el sexo que les fue designado o asignado al nacer, que se basa, por lo general, en los genitales externos. Por ejemplo: una mujer cisgénero es aquella que se identifica como mujer y a la que se le asignó el sexo femenino al nacer (por ejemplo, el sexo que se menciona en el certificado de nacimiento) (Moseson, H., Zazanis, N et al, 2020).

3. Empoderamiento: Proceso mediante el cual las mujeres desarrollan capacidades, autoestima y control sobre sus decisiones vitales y de salud. Implica su participación en espacios de decisión y el acceso a recursos que mejoren su calidad de vida (ONUSIDA, 2021).

4. Estigma y discriminación: El estigma relacionado con el VIH se manifiesta como un proceso social que desacredita a las personas asociadas al virus, generando actitudes negativas como el rechazo, el miedo o la culpa. Este proceso refuerza des igualdades estructurales y vulnera la dignidad y los derechos humanos de quienes viven con el VIH o son percibidos como tales. Cuando estas actitudes se traducen en acciones que impiden el acceso a servicios, derechos o recursos, se configura la discriminación. Ambos fenómenos limitan la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado, y constituyen barreras críticas en la respuesta al VIH (ONUSIDA, 2002; ONUSIDA, 2021).

5. Planificación familiar: Es el derecho de todas las personas a decidir libre y responsablemente si desean tener hijos, cuántos y en qué momento, con acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces y culturalmente aceptables. Esta práctica permite a las personas y a las parejas ejercer su sexualidad con autonomía, mejorar su salud, bienestar y calidad de vida, y contribuir al desarrollo social y económico de sus comunidades (OPS, 2023).

6. Salud: Es una condición integral de bienestar físico, mental y social, que va más allá de la simple ausencia de enfermedad. Es reconocida como un derecho humano fundamental y un objetivo prioritario para el desarrollo social y económico de las naciones. Alcanzar el nivel más alto posible de salud requiere no solo la acción del sector sanitario, sino también la participación de otros sectores sociales y económicos, así como el compromiso colectivo de la comunidad mundial (OMS, 1978). 6

7. Salud mental: Es una condición esencial del bienestar integral, en la que las personas son capaces de manejar el estrés cotidiano, desarrollar sus capacidades, desempeñarse eficazmente en el trabajo o el estudio y contribuir activamente en su entorno social. Este estado no solo implica la ausencia de trastornos mentales, sino que es un proceso dinámico y diverso, influenciado por múltiples factores individuales, sociales y estructurales. Además, constituye un derecho humano fundamental y un componente clave para el desarrollo personal y colectivo (OMS, 2022).

8. Salud sexual y salud reproductiva: Estado integral de bienestar físico, emocional, mental y social vinculado con la sexualidad y la reproducción. Este concepto requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia las relaciones sexuales, asegurando experiencias libres de coerción, discriminación o violencia. El logro de este bienestar solo es posible si se respetan, protegen y cumplen los derechos sexuales de todas las personas, reconociendo las diferencias entre salud sexual y reproductiva, aunque ambas estén estrechamente relacionadas y deban abordarse de manera coordinada (OMS, 2018).

9. Sistema sexo-género: Estructura social que asigna roles, comportamientos y expectativas diferenciadas a hombres y mujeres, con base en su sexo asignado al nacer. Este sistema reproduce desigualdades de poder y limita la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo y su salud (Guzmán, 2002).

10. Violencia basada en género: se refiere a cualquier acto de violencia dirigido hacia una persona como resultado de su género y de las normas sociales impuestas sobre los roles que hombres o mujeres deben desempeñar. Aunque esta violencia afecta de manera desproporcionada a las mujeres, al evidenciar relaciones de poder desiguales y su posición de subordinación histórica, también puede impactar a hombres y niños, especialmente en contextos de violencia sexual (Fundación PANIAMOR, 2016 citado por Instituto Nacional de las Mujeres 2021).

Objetivo General

Promover una guía orientativa para el fortalecimiento de las acciones que realizan actores sociales involucrados en el abordaje integral de las mujeres que viven con VIH basado en el enfoque de derechos humanos.

Objetivos Específicos

1. Identificar las necesidades en el abordaje integral de la salud en las mujeres cisgénero que viven con VIH.

2. Establecer acciones que fortalezcan la intervención desde un enfoque integral y de derechos humanos en la respuesta a las mujeres que viven con VIH.

1

Contexto de las mujeres cisgénero con VIH

Desde el primer caso de VIH-sida en el mundo, se ha ido haciendo adaptaciones conceptuales que permitan caracterizar la epidemia, desde los “grupos de riesgo”, las “prácticas de riesgo” hasta las “situaciones y contextos de riesgo” y recientemente, se habla de “condicionantes sociales de riesgo” dando paso al concepto de vulnerabilidad como categoría de análisis.

La vulnerabilidad permite reflejar las inequidades y desigualdades sociales, por lo que además al incorporarse como una categoría e indicador en las políticas y programas, plantea la necesidad de dar respuesta en las estructuras sociales y políticas vinculadas al tema de VIH-sida. En este sentido, las condiciones sociales, culturales, económicas, políticas, entre otras, de desigualdad que enfrentan las mujeres, son los principales factores que las vulneran.

En relación con la epidemia del VIH-sida, las mujeres presentan múltiples vulnerabilidades, por ejemplo: biológicas, epidemiológicas, sociales y culturales sobre el cómo enfrentan no solo un diagnóstico, sino también, sobre la propia vivencia de su sexualidad que se encuentra permeada por roles tradicionales de género que se dictan desde las sociedades patriarcales. De modo que, los roles de género y sexuales asignados a hombres y mujeres, continúan limitando principalmente a las mujeres a la hora de identificar y prevenir conductas de riesgo, no solo de ellas mismas sino también de sus parejas.

La estrategia de atención en VIH-sida se ha enfocado principalmente en poblaciones que han sido categorizadas como “poblaciones claves”, en las cuales se priorizan mujeres transgénero, personas en trabajo sexual, y hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Si bien es esta última población la que ha presentado mayores índices de VIH-sida en el país, no se puede omitir que es quizá en esta misma población donde se encuentran las situaciones y contextos que ponen en riesgo a las mujeres cisgénero.

Se debe resaltar que, los procesos de socialización marcan de manera diferenciada a las mujeres en la vivencia de su sexualidad, así como del reconocimiento y ejercicio pleno de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Por

consiguiente, debemos comprender que el género y la sexualidad están estrechamente vinculados, y no sólo representan formas de socialización o división sexual de los trabajos, sino que también evidencia relaciones de poder.

Estas relaciones de poder basadas en el sistema sexo-género, configuran la forma en la que hombres y mujeres vivencian su sexualidad, pues influyen en las prácticas, simbolismos, normas, representaciones sociales y valores que determinan los vínculos sexoafectivos ya que se construye a partir de estos, ideales, expectativas y proyectos que se basan en la idea de amor romántico. Para Herrera y Campero (2002), estas características de ideales y expectativas obstaculizan de manera preocupante la prevención eficaz del VIH-sida, ya que, si bien no todas las personas cumplen con los roles tradicionales socioculturalmente estipulados, si determinan muchas de las prácticas de riesgo. Como se mencionó anteriormente, se generan vulnerabilidades específicas y diferenciadas para las mujeres cisgénero pues los factores de la cultura desde el sistema sexo-género, lleva a las mujeres cisgénero y heterosexuales a aceptar o ignorar de manera pasiva, conductas de riesgo de sus parejas hombres como por ejemplo las múltiples parejas sexuales que estos pueden tener, que también incluyen otros hombres. De esta manera, la vivencia de la sexualidad de las mujeres está marcada por las nociones del amor romántico, en donde la negociación o el uso del condón y métodos de barrera en las prácticas sexuales, significa desde una cultura patriarcal, una pérdida de confianza por parte de sus parejas hombres, por lo que, se suele aceptar el ideal del amor sin condiciones ni infidelidades como un hecho. Asimismo, las expectativas sociales alrededor de estas concepciones tradicionales de las relaciones sexoafectivas, llevan también a las mujeres a acceder a los deseos de los hombres en sus prácticas sexuales desde el rol socialmente esperado, es decir la sumisión, y por el otro lado, al sentir que hay un vínculo estable, muchas parejas deciden dejar de utilizar métodos de barreras, al interpretar el uso como un elemento de desconfianza.

Estas situaciones colocan a las mujeres cisgénero en desventaja, pues no se tiene consciencia de la noción de riesgo en ellas, principalmente en quienes se vinculan desde la monogamia, teniendo sus ideales y proyectos de vida basados en una

pareja estable, de confianza y por supuesto, desde la mutua fidelidad. Pese a ello, el tema de VIH-sida sigue siendo abordado de manera estereotipada, en donde la atención se focaliza principalmente en HSH, y en el caso de mujeres, sólo se contemplan mujeres trans, usuarias de drogas o trabajadoras sexuales, lo cual representa un obstáculo para la visibilización de las mujeres cisgénero ante el VIH-sida.

Según los datos del Ministerio de Salud (2024), se reportaron un total de 940 casos de VIH, de los cuales 146 corresponden a mujeres, lo que representa el 15,5% del total de casos. Aunque la tasa de incidencia de VIH-sida es notablemente más alta en hombres (29,7 casos por cada 100.000 habitantes) en comparación con las mujeres (5,5 casos por cada 100.000 habitantes). A continuación, se presenta una tabla que ilustra estos datos y permite una mejor comprensión de la distribución del VIH en las mujeres.

Tabla 1

Costa Rica: Total de casos[1] VIH-sida por grupo de edad[2] y sexo, periodo 2024

Grupo de edad	Sexo						
	Total	Tasa	Hombre	Tasa	Mujer	Tasa	Indefinido
Total	**940**	**17.7**	**794**	**29.7**	**146**	**5.5**	**0**
0 a 4 años	11	3.1	6	3.3	5	2.9	0
5 a 9 años	1	0.3	0	0.0	1	0.5	0
10 a 14 años	2	0.5	1	0.5	1	0.5	0
15 a 19 años	40	10.6	34	17.6	6	3.3	0
20 a 24 años	138	34.7	115	56.7	23	11.8	0
25 a 29 años	187	43.7	170	77.8	17	8.1	0

Grupo de edad	Sexo						
	Total	Tasa	Hombre	Tasa	Mujer	Tasa	Indefinido
30 a 34 años	168	37.5	147	63.7	21	9.7	0
35 a 39 años	129	28.6	106	45.8	23	10.5	0
40 a 44 años	72	18.3	57	28.5	15	7.8	0
45 a 49 años	66	19.8	53	31.8	13	7.8	0
50 a 54 años	44	15.2	39	27.3	5	3.4	0
55 a 59 años	34	12.1	28	20.5	6	4.2	0
60 a 64 años	28	10.9	21	16.8	7	5.3	0
65 a 69 años	10	4.9	7	7.0	3	2.8	0
70 a 74 años	6	4.1	6	8.6	0	0.0	0
75 a 79 años	2	2.2	2	4.6	0	0.0	0
80 años y más	1	0.9	1	2.1	0	0.0	0
Desconocidos	1	-	1	-	0	-	0

Notas: [1]Datos sujetos a cambios por revisión de serie histórica, al corte del 31-03-2025. [2]Grupo de 0 a 4 años corresponden a notificaciones en proceso de análisis de caso a nivel operativo.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección de Vigilancia de la Salud, 2024

La tabla anterior indica que la mayor concentración de casos de VIH-sida en mujeres se encuentra en los grupos etarios de 20 a 24 años y de 25 a 29 años, con 23 y 17 casos, respectivamente. Aunque la tasa de incidencia en estos grupos de edad es significativamente más baja que en hombres, es importante destacar que las mujeres jóvenes constituyen un grupo vulnerable. Además, se observa una disminución en la cantidad de casos a medida que se avanza en el ciclo de vida, especialmente en los grupos de mayor edad.

Cabe destacar que, en ocasiones, los diagnósticos positivos en VIH-sida de mujeres cisgénero están estrechamente vinculados con el continuum de la violencia de género, ya que evitar o prevenir las ITS es más complejo para las mujeres que para los hombres. Son las mujeres quienes tienen menos acceso a información sobre educación sexual, a procesos educativos formales, a la autonomía económica, menor libertad de apropiación de sus cuerpos, de su placer y su sexualidad, además, según su contexto (rural o urbano) así como características sociales como la etnia, edad, orientación sexual, identidad o expresión del género, situación de discapacidad, nacionalidad, entre otras, se agravan las situaciones de desigualdad y aumentan las dinámicas de poder.

En este sentido, la sexualidad y el VIH-sida requieren de una reflexión y abordaje desde la perspectiva de género y de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, partiendo de los sistemas de poder que condicionan a las mujeres y las expone a mayor vulnerabilidad y violencia. De modo que, es necesario transformar el enfoque sobre el cómo se aborda y se atienden las ITS, incluyendo el VIH-sida, pues se sigue responsabilizando y culpabilizando a las mujeres de las prácticas y métodos que no siempre tienen la autonomía para controlar, obviando que estas situaciones se dan mayoritariamente en mujeres que están en vínculos que ellas consideran estables y, olvidando que existen dinámicas estructurales de poder patriarca les que las coloca en mayor vulnerabilidad respecto a su autonomía sexual.

2

Abordaje de la atención integral de las mujeres con el VIH

Para una atención integral de las mujeres con VIH, es crucial ir más allá del diagnóstico y tratamiento del virus, de manera que debe contemplarse un enfoque multidimensional que considere todos los aspectos de la salud y el bienestar de las mujeres, reconociendo que el VIH es solo una parte de su experiencia de vida y no define por completo su identidad, su condición como mujer, ni sus necesidades, así como también, de las dinámicas de poder en las que están inmersas.

La OMS (1978), define la salud integral como un estado completo de bienestar físico, mental y social, partiendo de lo anterior, es necesario que el abordaje de la salud de estas sea desde un enfoque de Derechos Humanos de las Mujeres. Los derechos humanos, buscan garantizar el ejercicio de las libertades fundamentales inherentes a la condición humana y que parten de marcos normativos y jurídicos que garanticen la igualdad, libertad y justicia, aspectos de suma importancia para que las mujeres alcancen su desarrollo individual y colectivo.

No obstante, las desigualdades y desventajas históricas a las cuáles se han enfrentado las mujeres, así como la lucha por su reconocimiento ha sido una tarea compleja en los contextos socioculturales como el costarricense, dificultando así el reconocimiento de las mujeres en su diversidad como sujetas de derechos.

Para alcanzar la igualdad en la garantía y acceso a derechos humanos se deben realizar esfuerzos que permitan poner en marcha el principio de igualdad y no discriminación, que establece un rechazo categórico de cualquier forma de discriminación por razones de sexo, género, orientación sexual, identidad y expresión del género, edad, nacionalidad, situación de discapacidad, condición socioeconómica, etnia, condición de enfermedad, nivel educativo, entre otras.

Por tanto, es necesario comprender cómo operan estas desigualdades que sostienen las brechas de género y dificultan que las mujeres disfruten plenamente de sus derechos humanos, es necesario partir del sistema sexo-género. El género es una consecuencia de un sistema impuesto que influye en todos los ámbitos, por lo que, se instaura a través de los agentes de socialización como la familia, la religión, la educación, el mercado, medios de comunicación, etc.

En este sentido, Guzmán (2002) sostiene que, El sistema sexo-género tiene raíces estructurales (división sexual del trabajo) e institucionales (normas y reglas) que guían la distribución de recursos y oportunidades en la sociedad y entre hombres y mujeres en particular. Este sistema se construye también a nivel simbólico, se nutre, se sustenta y reproduce en las concepciones, mentalidades e imaginarios colectivos. Este orden hasta ahora ha hecho posible que los hombres movilicen una mayor gama de recursos -símbolos, autoridad, reconocimientos, objetos y servicios- en distintos terrenos institucionales (p.11).

Este orden asignado a los hombres de manera sistemática denominado patriarcado, naturaliza y sostiene la segmentación de roles, comportamientos y actitudes que influye directamente en la vida de las mujeres, en el ámbito privado y público. Por eso, la autonomía y el empoderamiento de las mujeres es la base de la igualdad, y se debe dar en tres dimensiones, integrales entre sí, autonomía física, autonomía económica y autonomía en los procesos de toma de decisiones.

De modo que, cuando se hace referencia a la salud de las mujeres se debe trascender más allá de lo meramente biológico e integrar una serie de elementos psicosociales que son de terminantes en el estado de bienestar y salud, que les permita el crecimiento y desarrollo personal, así como, una vida plena y segura. El reconocimiento de que las mujeres tienen derecho a la salud sexual y salud reproductiva ha sido una de las principales reivindicaciones más importante en torno a los derechos humanos de estas, ya que hace la distinción entre la vivencia de la sexualidad y la reproducción pues, por mucho tiempo la sexualidad de las mujeres se limitaba únicamente a su capacidad reproductiva.

Es por eso por lo que la atención integral de las mujeres con VIH debe ser un proceso continuo que las vea como individuos completos, no solo como pacientes de un diagnóstico. Además, se debe reconocer y visibilizar los condicionamientos sociales que hacen que las mujeres tengan mayor dificultad de expresar sus necesidades, gustos, límites y demás, y anteponen los vínculos basados en el amor romántico y la entrega incondicional a su pareja (hombre) la protección y cuidado de su propia salud.

De modo que, el personal de salud que trabaja en temas de prevención y atención en VIH-si da, así como en la promoción de la salud, debe tener la concientización y sensibilización a factores socioculturales adicionales de riesgo frente a las ITS y cómo lo afrontan las mujeres. Por tanto, se debe procurar que las estrategias de atención en el marco del VIH-sida, reconozcan que, en situaciones de vulnerabilidad y violencia, las mujeres no pueden cuestionar a sus parejas por las relaciones extraconyugales que tienen, ni pueden negociar el uso de condones, ni abstenerse a tener una práctica sexual.

Es por esta razón que, se debe transformar el enfoque de las estrategias de atención de la epidemia del VIH-sida, en un enfoque integral, interseccional y que incluya a las mujeres cisgénero, adultas, jóvenes y niñas, como poblaciones que en sus contextos y situaciones cotidianas las coloca en riesgo, sobre todo, en situaciones de abuso o violencia. Este enfoque integral, que contemple las desigualdades e inequidades en la autonomía sexual de las mujeres, puede mejorar de manera significativa la vida, la salud y bienestar emocional de estas.

3

Atención psicoemocional de las mujeres que viven con VIH

Las mujeres que viven con VIH experimentan síntomas de depresión, ansiedad y estrés postraumático con mayor frecuencia que sus homólogos masculinos. Estos problemas de salud mental no solo afectan el bienestar y la calidad de vida, sino que también tienen implicaciones para el manejo del VIH y la prevención de la transmisión. (Waldron et al.,2021). Con base en lo anterior y conscientes de los riesgos que puede sufrir una mujer en su salud mental como consecuencia de un diagnóstico de VIH positivo, se considera sumamente importante abordar la atención psicoemocional.

El diagnóstico de VIH no solo afecta el estilo de vida de la persona, sino que también provoca incertidumbre principalmente por el estigma social que aún persiste alrededor del tema. El impacto emocional y psicológico en las mujeres que viven con VIH puede ser muy particular debido a los contextos sociales, culturales y de género. Por todo esto es importante que se brinde un enfoque integral para poder así brindar un apoyo emocional efectivo, que se base en la empatía y el reconocimiento de las problemáticas que enfrentan estas mujeres.

Las preocupaciones sobre la salud mental también impactan como las mujeres adquieren el VIH, por ejemplo, la depresión se ha asociado en algunos casos a prácticas sexuales de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de entrar en contacto con el VIH. Entre las mujeres que viven con VIH también existe una fuerte conexión entre la depresión, el trauma infantil y la violencia de pareja (Canady, K. Dale y Lynn, 2024).

El diagnóstico de VIH desencadena diferentes respuestas emocionales, que van desde el temor y la incertidumbre hasta la angustia y la desesperanza. En las mujeres, el impacto psicológico puede verse intensificado por factores como el estigma, la exclusión social y los roles de género. Entre los principales retos se encuentran:

- **Estigma social y auto estigma:** se percibe de manera más aguda en las mujeres, con una posición económica, social o cultural menos favorecida. Cándida Álvarez, fundadora de la Asociación Gallega de Afectados VIH (AGAVIH), afirma que “las mujeres sufrimos un doble estigma: el de mujer

- y el de VIH" (IAPAC, 2021). Las mujeres con VIH pueden ser objeto de discriminación en los diferentes entornos, dígase social y/o laboral, esto puede generar sentimientos de vergüenza y culpa. El auto estigma, o la internalización de estas creencias, puede socavar la autoestima y dificultar la búsqueda de apoyo. Muchas mujeres viven con culpa y arrastrando el peor de los estigmas, el auto estigma. "Yo he llegado a oír a muchas mujeres el horrible: me lo merezco. Se sienten sucias", cuenta Álvarez, que recuerda que la incidencia de depresión entre mujeres con VIH dobla a la de los hombres, según datos de la International Association of Providers of Aids Care (IAPAC, 2021).
- **Trastornos psicológicos:** Las personas que viven con VIH corren un alto riesgo de sufrir problemas de salud mental, como estrés, depresión y trastorno de estrés postraumático, que pueden afectar negativamente su autocuidado y el manejo del VIH. Las mujeres que viven con VIH (WLWH) tienen más probabilidades de tener condiciones de salud mental comórbidas, comorbilidades de salud mental y física concurrentes, y peor salud mental general, que los hombres que viven con VIH y las mujeres sin esta condición de salud.

Esto puede deberse, en parte, a que las mujeres con enfermedades mentales se encuentran en posiciones vulnerables asociadas con la adquisición del VIH (p. ej., incluida la violencia de pareja, el uso inconsistente del condón, el sexo de trueque, el historial de otras infecciones de transmisión sexual) en comparación con las mujeres sin problemas de salud mental.

Alternativamente, el diagnóstico de VIH puede conducir a sintomatología de enfermedad mental o exacerbar los síntomas de enfermedad mental existentes en las mujeres debido al estigma y el estrés psicológico asociado con el manejo de la enfermedad. Por ejemplo, las mujeres experimentan 3 veces más problemas de salud mental después, en comparación con antes, de su diagnóstico de VIH. Por tanto, las disparidades de género establecidas en las condiciones de salud mental, incluyendo depresión, ansiedad, y trastorno de estrés postraumático pueden exacerbarse en el contexto del VIH. (Waldron, et al.,2021).

3.1 Apoyo emocional, psicosocial y comunitario en la atención integral del VIH

La atención emocional y psicosocial de las mujeres que viven con VIH debe ser comprensiva, sensible y diferenciada, considerando no solo las repercusiones emocionales del diagnóstico, sino también las múltiples transiciones que atraviesan a lo largo de su ciclo vital. Este enfoque debe contemplar intervenciones individuales, grupales y comunitarias que respondan a sus necesidades específicas en contextos marcados por el estigma, la discriminación y la des igualdad de género. Por ello, es fundamental implementar acciones centradas en las usuarias y articuladas con los equipos de salud, organizaciones de sociedad civil y redes de apoyo.

3.1.1 Apoyo emocional individualizado

Brindar acompañamiento emocional desde el momento del diagnóstico mejora la aceptación y fortalece la capacidad de afrontamiento. Las intervenciones breves basadas en terapia cognitivo-conductual (CBT) han mostrado ser eficaces para reducir síntomas de ansiedad y de presión, además de contribuir a una mayor adherencia al tratamiento antirretroviral (Abbas et. al., 2023).

3.1.2 Consejería y orientación continua

La consejería debe ser continua y adaptada al ciclo vital de las mujeres, incorporando temas como salud sexual, prevención de infecciones de transmisión sexual, planificación reproductiva, vínculos afectivos, autocuidado y toma de decisiones informadas. Esta orientación debe basarse en los derechos humanos, promoviendo la autonomía y autoestima de las mujeres con VIH (ONUSIDA, 2021).

El personal de salud y facilitadores de organizaciones que ofrecen consejería deben establecer un entorno basado en la escucha empática, sin juicios y con plena confidencialidad, lo que permite que la mujer se sienta segura para expresar sus dudas, emociones y necesidades (OMS, 2017). Además, es esencial proporcionar

acceso a información científica clara y comprensible sobre salud sexual, opciones reproductivas y autocuidado, siempre desde un enfoque basado en los derechos humanos. Este enfoque fortalece la autonomía, la autoestima y la capacidad de las mujeres para tomar decisiones informadas.

3.1.3 Grupos de apoyo y redes entre pares

Los espacios grupales y las redes entre pares generan un entorno de contención emocional y solidaridad. Este tipo de intervención reduce el aislamiento, fortalece las redes sociales y promueve el empoderamiento colectivo, especialmente cuando es facilitada por profesionales o facilitadores de las organizaciones de sociedad civil capacitados (Bernard et al., 2024 y Breslow et al., 2024).

4

Primeros auxilios psicológicos

En situaciones de crisis, como un diagnóstico reciente o una experiencia de violencia, los primeros auxilios psicológicos ofrecen una intervención básica, empática y no invasiva. Esta herramienta permite brindar contención inicial, explorar necesidades urgentes y facilitar la conexión con servicios especializados (OMS, War Trauma Foundation y Visión Mundial Inter nacional, 2012).

4.1 Articulación con recursos comunitarios

El apoyo psicosocial no debe limitarse al entorno clínico. Establecer vínculos con organizaciones de sociedad civil y redes comunitarias amplía las posibilidades de acompañamiento integral y sostenido, especialmente en contextos de exclusión o vulnerabilidad estructural (Zeleke et al., 2025).

4.2 Primeros auxilios psicológicos

A lo largo de la vida, todas las personas afrontan diversas adversidades que pueden generar crisis emocionales. Estas crisis pueden surgir en cualquier contexto, como en el trabajo, la familia, la vida académica o incluso dentro del entorno personal. En situaciones de crisis, las personas suelen experimentar una desorganización interna de sus recursos emocionales y cognitivos, lo que afecta su capacidad de manejar la situación (Osorio, 2017). En este sentido, los primeros auxilios psicológicos son una herramienta fundamental para brindar apoyo inmediato a personas en crisis, ayudándola a restablecer el equilibrio emocional y afrontar el estrés generado por una situación adversa, como lo es vivir con VIH.

Los primeros auxilios psicológicos pueden ser ofrecidos por cualquier persona, mediante una escucha empática y activa. Esta escucha implica comprender al otro desde su propia experiencia, sin emitir juicios, y puede ser fundamental para ayudar a la persona a organizar sus pensamientos y emociones, reducir la angustia y conectarla con recursos de apoyo adecuados.

El primer paso en la intervención de primeros auxilios psicológicos es establecer un contacto emocional, que genere un ambiente de confianza y seguridad para la persona que atraviesa la crisis (Cortés, 2015). Es clave prestar atención al lenguaje verbal y no verbal, mostrando interés a través de la mirada, gestos de asentimiento y frases cortas que denoten comprensión y apoyo.

El siguiente paso consiste en “examinar las dimensiones del problema” (Osorio, 2017). En este momento, se debe ayudar a la persona a clarificar la situación, explorando el presente, el pasado reciente y el futuro inmediato. Ayudar a clarificar, a través de preguntas como: ¿Qué te ocurrió? ¿Cómo te sientes? ¿Qué puedes hacer? ¿Cuál es el problema? ¿Cuándo ocurrió? ¿Dónde ocurrió? ¿Quién/es estaban involucrados/as? ¿Eventuales dificultades? NO forzar, ni interpretar, ni dar soluciones, esto permite que la persona visualice la situación desde diferentes perspectivas y comience a organizar sus pensamientos (Hernández et al., 2014 y Arroyo, 2021). Este proceso también ayuda a identificar posibles riesgos que puedan surgir en el futuro cercano. ceso también ayuda a identificar posibles riesgos que puedan surgir en el futuro cercano.

Una vez identificadas las posibles soluciones, el siguiente paso consiste en “asistir en la ejecución de una acción concreta” (Osorio, 2017). Es fundamental que la persona afectada tome la iniciativa en este proceso; sin embargo, si la alteración emocional persiste, se pueden ofrecer orientaciones más directivas. En este contexto, es importante acompañar a la persona en la activación de recursos, asegurándose de tener en cuenta las siguientes recomendaciones (Arroyo, 2021):

- Nunca deje sola a la persona en crisis.
- Contacte a un ser querido de confianza de la persona afectada.
- Llamar al 911 para solicitar apoyo inmediato.
- Ayúdela a encontrar asistencia profesional adecuada.

En el caso específico de mujeres viviendo con VIH, este paso puede incluir estrategias para manejar el estrés relacionado con el tratamiento, la aceptación del diagnóstico o la necesidad de comunicarse con recursos de apoyo social (Álvarez et al., 2020). Finalmente, es fundamental realizar un "seguimiento" (Osorio, 2017). Este paso se realiza después de la intervención inicial y puede incluir una llamada telefónica o un encuentro programado. El objetivo es verificar si la persona ha logrado superar la crisis inicial y si necesita apoyo adicional, como la referencia a profesionales especializados si fuera necesario (Álvarez et al., 2020).

A continuación, se presenta un resumen de los pasos esenciales para aplicar esta intervención:

1. **Contacto y ambiente seguro:** Crear un entorno de confianza y escucha activa, mostrando empatía sin juzgar.

2. **Explorar el problema:** Ayudar a la persona a clarificar la situación mediante preguntas abiertas, permitiéndole organizar sus pensamientos.

3. **Identificar soluciones:** Facilitar que la persona priorice y enfoque sus necesidades más urgentes para reducir su sensación de agobio.

4. **Apoyo en la acción:** Motivar a la persona a tomar una acción concreta que le ayude a retomar el control de la situación.

5. **Seguimiento:** Verificar su bienestar posterior y, si es necesario, derivarla a un profesional. En el contexto de mujeres que viven con VIH, los primeros auxilios psicológicos no solo proporcionan un espacio para aliviar la angustia emocional, sino que también ofrecen la oportunidad de empoderarlas, facilitando su comprensión y manejo de la situación. Una intervención solidaria y empática puede tener un impacto significativo en su bienestar emocional, fortaleciendo su capacidad para afrontar los desafíos asociados con el VIH de manera más resiliente.

5

Decisiones en salud sexual y salud reproductiva

La lucha por el reconocimiento de la Salud Sexual y Salud Reproductiva (SSSR) como parte integral de los derechos humanos de las mujeres, ha sido de los procesos más importantes en torno a los derechos de las mujeres y a la distinción entre la sexualidad y la reproducción, pues históricamente la sexualidad de las mujeres ha sido limitada a su capacidad reproductiva negándoseles el derecho al placer y la satisfacción sexual.

Se debe señalar que, la salud sexual y la salud reproductiva se encuentran interconecta da a los principios de autonomía, integralidad, dignidad y la no discriminación. En este sentido, es que se reconocen los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (DSDR), los cuales buscan ver la sexualidad y las prácticas sexuales desde un enfoque positivo y respetuoso, así como la libertad y autonomía de las personas para decidir y determinar con responsabilidad su vida reproductiva y sus prácticas sexuales.

De este modo, no se puede omitir que los DSDR son inherentes a la condición humana y que, por ello, todas las personas sin importar su condición respecto al VIH-sida, tienen derecho a que se les reconozca y garantice el acceso a dichos derechos de manera integral. Tal y como se menciona en la Política Nacional de Sexualidad (2011), los DSDR hacen alusión a aspectos que están vinculados a la salud sexual y salud reproductiva, así como a la autodeterminación en el ámbito de la sexualidad y la reproducción, la integridad corporal, el empoderamiento y al ejercicio de la ciudadanía.

En este sentido, existe protección internacional sobre aspectos de la sexualidad que procuran que la vivencia de esta sea libre de toda discriminación, coacción o violencia, tal es el caso de la CEDAW de 1979 que, si bien su tema central no es sobre sexualidad, estipula que los Estados deben brindar servicios de atención en salud en igualdad de condiciones entre hombres y mujeres, incluyendo los servicios de planificación familiar.

Por otra parte, la Conferencia de Viena de 1993 marca un hito pues es donde se reconocen los derechos humanos de las mujeres y reafirma la necesidad de erradicar las discriminaciones basadas en género. Un año después, en 1994 con el Programa de Acción de El Cairo y en 1995 con la Plataforma de Acción de Beijing, se menciona que los DSDR son derechos humanos, por lo que se reconocen como inalienables, integrales e indivisibles de los derechos humanos universales, y menciona la necesidad de adoptar medidas para asegurar la igualdad entre hombres y mujeres en temas de salud sexual y salud reproductiva.

A su vez, el Consenso de Montevideo en el 2013 plantea que se deben promover políticas que garanticen los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, así como, la posibilidad de tomar decisiones en este ámbito de manera libre, responsable, sin coerción, discriminación ni violencia. Si bien no hay un listado como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos sexuales son aquellos que refieren al derecho del disfrute y placer de la vida sexual que se elige, sin violencia, riesgos ni discriminación, por tanto, comprende la identidad de género, el cómo vivimos y sentimos nuestra corporalidad, los deseos, gustos, emociones, la orientación sexual, así como la educación sexual, la información que accedemos sobre la sexualidad, infecciones de transmisión sexual, embarazo, entre otras.

Por otra parte, los derechos reproductivos están enfocados principalmente al derecho a decidir si se quiere o no tener hijos e hijas. En este caso, no es solo el hecho de decidir si se quiere reproducir, sino también a elegir con quién tenerlos, cuántos y con qué frecuencia, al acceso a la atención en salud durante el embarazo, parto y postparto, el acceso a métodos anticonceptivos y de barrera y su orientación sobre el uso adecuado de estos, al control prenatal y a la vivencia del parto sin violencia obstétrica.

No obstante, en Costa Rica existen nudos críticos que obstaculizan el que las mujeres puedan acceder a estos derechos sin discriminación alguna, a servicios de atención e información basadas en evidencia científica y que les permita tomar

decisiones libres e informadas sobre el ejercicio no solo de su salud reproductiva, sino también de su salud sexual principalmente, en la importancia de que existan servicios diferenciados que contemplen las necesidades específicas de las poblaciones, como por ejemplo, las mujeres que conviven con VIH-sida.

De modo que, se debe romper con la visión de las mujeres como objetos pasivos en la atención de la salud reproductiva y de su salud sexual, así como la urgencia de transgredir con los mitos, estereotipos y prejuicios en relación con la vivencia de la sexualidad, incluyendo su derecho a la reproducción, de las mujeres tienen un diagnóstico en VIH-sida.

Por tanto, es indispensable reconocer la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud sexual y salud reproductiva. En el caso de las mujeres que conviven con el VIH-sida, si bien pueden existir riesgos vinculados en el embarazo, por ejemplo, debe res petarse las decisiones que tomen respecto a su reproducción, o no, pues son decisiones que toman estas mismas plenamente conscientes de su situación.

Es por esta razón, que desde los servicios de salud en el país se debe promover y garantizar el abordaje integral a la salud de las mujeres con VIH-sida, para que estas puedan disfrutar de una sexualidad responsable y sin limitaciones socioculturales, jurídicas, psicológicas, o biomédicas que están asociadas al diagnóstico desde el estigma y discriminación. Además, se debe recalcar la necesidad de que las mujeres en el ejercicio de su autonomía y la toma de decisiones respecto a su salud sexual y salud reproductiva cuenten con espacios para la consejería, acompañamiento, orientación e información de manera que estas puedan comprender con facilidad, libres de coerción y estigma, desde la confidencialidad, y que satisfaga las necesidades según la población para que las decisiones de estas sean informadas y conozcan así, las ventajas y desventajas que puedan tener estas decisiones respecto a su estado de salud.

6

Consideraciones para la planificación familiar

La planificación familiar consiste en el derecho de todas las personas a decidir el momento y la cantidad de hijos o hijas que deseen tener, permitiendo el disfrute de la sexualidad de manera responsable y decidiendo sobre su futuro reproductivo (OPS, 2023). Todas las mujeres, indiferentemente de su condición social o clínica, tienen el derecho a decidir si desean o no reproducirse. En este sentido, la infección por VIH no es una contraindicación en sí misma para que las mujeres interrumpan su embarazo, ni tampoco el embarazo per se modifica dicha infección.

En este sentido, la atención en los servicios de salud de las mujeres embarazadas con VIH se fundamenta en dos objetivos, en primer lugar, la atención de las mujeres independientemente de su condición de embarazo, y, por otra parte, evitar la transmisión vertical (TV). A inicios de la epidemia del VIH, se sostuvieron muchos mitos alrededor del embarazo en mujeres portadoras del virus, por tanto, muchas de ellas evitaban ser madres o fueron persuadidas para interrumpirlos.

Gracias a los avances en los estudios del virus, y el tratamiento de este, se sabe que esta condición no afecta la fertilidad, el embarazo no acelera el proceso de la enfermedad y la transmisión vertical se ha reducido considerablemente. Pese a esto, siguen existiendo barreras, tabúes e información errónea que llevan a las mujeres a sentir culpa por decidir ser madres siendo positivas en VIH.

Si bien el VIH-Sida en mujeres embarazadas demanda una atención especial en los servicios de salud, se debe tomar en cuenta que algunas de estas mujeres descubren que son portadoras del virus durante el embarazo al realizarse los chequeos médicos en su atención prenatal. Por lo que, se puede decir que hay tres escenarios de diagnóstico en mujeres embarazadas, en primer lugar, aquellas que ya conocían su infección antes del embarazo, aquellas que se enteran al momento de su primera consulta, como se dijo anteriormente, o, por el contrario, las que son diagnosticadas en etapa avanzada antes o después del parto.

En este sentido, no solo deben tenerse las consideraciones de salud por las enfermedades e infecciones oportunistas que pueden aparecer durante el embarazo y afectar la salud de las mujeres, así como la reducción de la transmisión vertical,

sino que también debe considerar factores psicosociales que pueden llevar a las mujeres a afectaciones en su salud mental ante la noticia de ser portadoras.

Por otra parte, tanto para las mujeres que reciben su diagnóstico durante su embarazo como para quienes ya conocían su estado serológico previo decidir ser madres, se debe considerar realizar consejería pre y postparto con el fin de establecer un diálogo para enfrentar sus miedos y dudas, la toma de decisiones durante el embarazo, parto y postparto, así como la discusión de aquellos elementos para la prevención de la transmisión vertical del virus. Por trasmisión vertical (TV) se entiende la transferencia del virus de la madre a la criatura, la cual se puede dar durante el embarazo, el parto o a través de la lactancia.

Aunque las investigaciones indican que el tratamiento de mujeres infectadas por el virus y que tienen adherencia, puede reducir al 1-2% o menos el riesgo de transmisión, se deben orientar a las mujeres en los servicios de salud para valorar los riesgos sin que esto coaccione su capacidad y autonomía en la decisión reproductiva. De modo que, el objetivo principal de la consulta y consejería de las mujeres que tienen VIH y que desean ser madres, es promover que el embarazo se dé en el momento más idóneo, según factores como adherencia al tratamiento, enfermedades o infecciones oportunistas, el riesgo de transmisión vertical y el impacto en las medidas profilácticas, riesgos de la lactancia, entre otras.

Partiendo de lo anterior, se debe reconocer que los servicios de salud están obligados a brindar información accesible, en lenguaje comprensible y sin que se reproduzcan mitos, a las mujeres no solo de su diagnóstico, sino también sobre el embarazo adecuado al tema de VIH, así como de las pruebas a las que será sometida durante todo el desarrollo de su embarazo para conocer su estado serológico trimestralmente y garantizarles el tratamiento que requieran.

Según se establece en el Manual para la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres que viven con VIH y VIH avanzado (Sida), elaborado por Guatemala en el 2012, se debe seguir una serie de recomendaciones según

los diferentes momentos en la atención. En primer lugar, sobre la **consejería preconcepcional** este manual indica que se debe considerar las condiciones de estatus serológico de la pareja, en los siguientes escenarios:

- Cuando la mujer es VIH negativo y su pareja hombre es VIH positivo: en este escenario se debe esperar la supresión virológica, pero además podría recomendarse técnicas de inseminación asistida.
- Cuando la mujer es VIH positivo y su pareja hombre es VIH positivo: Además de esperar la supresión virológica, se debe evitar antirretrovirales que puedan producir alteraciones, y de igual forma, se podrían valorar técnicas para la inseminación asistida.
- Cuando ambas personas en la pareja son positivas: al igual que las anteriores se debe esperar la supresión virológica, pero, además se recomienda evitar antirretrovirales que puedan generar alteraciones, restringir las prácticas sexuales sin protección en periodos ovulatorios y realizar estimulación de la ovulación con gonadotropinas, sin embargo, este último generalmente solo está disponible en los servicios de salud privados.

Por otra parte, sobre la **atención prenatal**, la meta es que la carga viral de las mujeres logre mantenerse por debajo de 1000 copias, disminuyendo así considerablemente el riesgo de trasmisión y recomendando la cesárea como vía para el parto. En este sentido, durante toda la atención se debe:

- Realizar la prueba diagnóstica de Sífilis y Hepatitis B y C, en la primera consulta y luego trimestralmente hasta el parto.
- Utilizar el condón en las prácticas sexuales durante el embarazo.
- Garantizar el tratamiento antirretroviral.
- Evitar procedimientos invasivos y que puedan poner en riesgo la salud y bienestar de las mujeres y de sus hijos e hijas.
- Brindar orientación e información sobre la realización de cesárea para reducir el riesgo de trasmisión vertical, alternativas de alimentación del recién nacido y sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral para el recién nacido.

A su vez, respecto a la **resolución del embarazo** se debe recordar a las mujeres, al igual que se ha brindado información en las consultas prenatales, las razones por las cuales se debe programar una cesárea. Así como hacer énfasis en aquellas señales o síntomas que pueden indicar peligro como una hemorragia vaginal, dolores tipo cólicos, contracciones o disminución del movimiento fetal.

Por último, en el **postparto** al igual que con mujeres que no tienen el diagnóstico en VIH se debe prevenir las hemorragias post evento obstétrico, así como la revisión de seguimiento que se realiza a la herida operatoria, la atención nutricional y psicológica de la paciente, además de la consejería sobre la oferta de métodos anticonceptivos a disposición. En relación con el estado de salud mental de las mujeres, se deben considerar factores de indicio de depresión postparto para brindar la asistencia que requieran las mujeres lo antes posible y puedan ser referidas a servicios de atención psicológica o psiquiátrica según sea el caso.

Al mismo tiempo, durante la atención de los embarazos de cualquier mujer, pero principalmente de las mujeres con VIH-Sida, se debe garantizar que los servicios de salud sean libres de violencia obstétrica ya que, según investigaciones, las mujeres con VIH sufren una doble o triple vulneración, discriminación y violencia pues no sólo es atender el proceso gineco obstétrico, en donde se presentan situaciones de violencia obstétrica en todas las mujeres, sino que también en el caso de las mujeres con VIH, se enfrentan otros protocolos e imaginarios sobre estar gestando o ser madre con un diagnóstico positivo.

7

Anticoncepción

Las mujeres que viven con el VIH requieren una atención diferenciada en salud sexual y reproductiva, especialmente en lo que respecta a la anticoncepción. Este grupo enfrenta desafíos adicionales al elegir un método anticonceptivo, ya que deben considerar el riesgo de transmisión del virus, las posibles interacciones con la terapia antirretroviral y los efectos adversos asociados con algunos métodos hormonales (OPS, 2012).

La anticoncepción es un proceso dinámico en el que deben tomarse en cuenta factores como la edad, el sexo, las comorbilidades y las preferencias individuales de la persona. Además, todas las personas tienen derecho a recibir asesoramiento integral sobre anticoncepción y prevención sobre las ITS. En los casos en que un método anticonceptivo haya demostrado ser seguro y efectivo para la usuaria sin provocar efectos adversos ni representar un riesgo significativo de complicaciones, se recomienda su continuidad (CCSS, 2018).

La CCSS (2018) brinda una serie de métodos anticonceptivos dirigidos a personas en edad fértil, con un enfoque integral en la promoción de la salud sexual y reproductiva. Esta oferta está basada en criterios técnicos, clínicos y de accesibilidad, y contempla de manera específica las necesidades diferenciadas de mujeres que viven con VIH, garantizando su derecho a decidir libre y responsablemente sobre su reproducción.

La elección del método anticonceptivo más adecuado debe basarse en información clara y fundamentada en el derecho a la salud sexual y reproductiva. Según la OMS (2019), todas las mujeres, incluidas aquellas que viven con VIH, deben poder acceder a métodos anticonceptivos seguros y eficaces. Para reducir el riesgo de transmisión del VIH y otras ITS, se recomienda la estrategia de “doble protección”, que implica el uso simultáneo de un método anticonceptivo eficaz junto con preservativos masculinos o femeninos (OPS, 2012).

Es importante considerar que ciertos fármacos antirretrovirales pueden reducir la eficacia de los anticonceptivos hormonales, especialmente los inhibidores de la proteasa y los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa. Por lo tanto,

resulta fundamental que las mujeres con VIH reciban asesoramiento adecuado sobre posibles interacciones y las alternativas anti conceptivas más seguras para su condición (OMS, 2015).

7.1 Uso del condón como método de barrera

Los condones externos e internos constituyen un pilar esencial en la anticoncepción y la prevención de ITS, incluido el VIH. Estos métodos de barrera ofrecen una protección dual: previenen embarazos no planificados y reducen significativamente la transmisión de ITS cuando se utilizan correctamente.

7.1.1 Condón externo

El condón externo, comúnmente denominado masculino, está elaborado principalmente de látex, aunque también existen presentaciones en poliuretano y poliisopreno (polímero sintético, similar al caucho natural) para personas con alergia al látex. Su variedad de presentaciones como formas, tamaños, texturas, colores y sabores los convierte en una opción accesible y adaptable a diversas preferencias (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

7.1.2 Condón interno

Anteriormente denominado femenino, está elaborado con materiales como poliuretano o nitrilo y puede insertarse en la vagina antes del acto sexual. Su diseño incluye dos anillos flexibles que facilitan su colocación anticipada y permiten un uso autónomo por parte de la persona usuaria, lo que resulta especialmente útil en situaciones donde el uso del condón externo no es posible o no se desea (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019). En el caso de la inserción vaginal, el anillo del extremo cerrado se introduce profundamente para cubrir el cuello uterino, mientras que el anillo externo permanece por fuera de la vagina, cubriendo parcialmente los labios mayores. Este tipo de preservativo ofrece varias ventajas: puede ser colocado con antelación, incluso 4 horas antes del acto sexual; permite que la persona tenga control total sobre su colocación y retirada; y es una

alternativa útil si la pareja no utiliza un preservativo masculino, ya sea por negativa, incomodidad o dificultades para mantener una erección (OPS OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

El uso correcto y sistemático de los condones es clave para su eficacia. Se recomienda revisar la fecha de vencimiento, almacenarlos en lugares frescos y evitar la exposición al calor o la fricción prolongada en billeteras, bolsillos o carteras, lo que puede comprometer su integridad. Además, se sugiere utilizar lubricantes a base de agua o silicona para evitar la ruptura del material, ya que los lubricantes a base de aceite pueden deteriorar los condones de látex (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

Desde una perspectiva de salud pública, los condones constituyen el único método que ofrece protección dual contra el embarazo y las ITS, por lo que su promoción sigue siendo funda mental en estrategias de prevención combinadas del VIH (OPS, 2012).

Consejos adicionales

- Para incrementar la seguridad y el placer durante las relaciones sexuales la OPS/OMS (2019) recomienda utilizar lubricante. Este no solo ayuda a prevenir la ruptura del condón, sino que también reduce el riesgo de pequeños cortes o desgarros tanto en la vagina como en el ano o el pene durante la penetración. El lubricante puede ser útil tanto si el preservativo ya está prelubricado como si no, ya que en ocasiones la lubricación del condón no es suficiente por sí sola.
- Si se está usando condones de látex, asegurase de utilizar únicamente lubricantes a base de agua. Evitar los lubricantes a base de aceite, como la vaselina, el aceite de coco o el aceite para bebé, ya que pueden debilitar el material del condón y aumentar el riesgo de ruptura. Además, el lubricante puede mejorar la sensación durante el acto sexual, ya que existen diferentes tipos y marcas con diversas texturas, sensaciones y sabores. Algunos incluso incluyen componentes que intensifican la sensación de calor o estimulan aún más (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

7.2 Métodos hormonales

Los métodos anticonceptivos hormonales previenen el embarazo principalmente a través de la inhibición de la ovulación o mediante la alteración del ambiente uterino, dificultando así la fertilización y la implantación. Estas alternativas incluyen formulaciones combinadas de estrógeno y progestágeno, así como presentaciones de solo progestágeno, disponibles en diversas formas como píldoras, inyecciones, implantes, parches y anillos vaginales. La efectividad de estos métodos depende en gran medida de la adherencia al esquema de uso y de posibles interacciones con otros medicamentos (OPS, 2012).

Dentro de las opciones hormonales, se encuentran tanto las combinaciones de estrógeno y progestágeno como las de progestágeno solo. Estas alternativas se ofrecen en diferentes presentaciones, que varían en su forma de uso: diaria, semanal, mensual o incluso cada varios meses o años, como es el caso de ciertos implantes y dispositivos intrauterinos hormonales (DIU). Para iniciar el uso de métodos hormonales, generalmente se requiere una prescripción médica, y algunos procedimientos, como la aplicación de inyecciones o la colocación de implantes y DIU, deben ser realizados por profesionales de la salud (OPS OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

Es importante tener en cuenta que algunos medicamentos utilizados para tratar el VIH pueden disminuir la efectividad de los anticonceptivos hormonales, lo que aumenta el riesgo de un embarazo no planeado. Por esta razón, es fundamental contar con la orientación de un profesional de la salud al elegir un método anticonceptivo.

Por otro lado, algunos medicamentos contra el VIH pueden incrementar los niveles de anticonceptivos hormonales, aunque los efectos de esta interacción aún no se comprenden completamente. Es crucial que converse con un profesional en salud para evaluar si sus medicamentos contra el VIH influyen en su método anticonceptivo y cómo se pueden ajustar las dosis de ambos tratamientos (OPS/OMS, 2019).

A continuación, se describen los principales métodos hormonales:

7.2.1 Anticonceptivos orales combinados

Los anticonceptivos hormonales orales combinados (AOC) están compuestos por dos tipos de hormonas: un estrógeno y un progestágeno. Su principal mecanismo de acción consiste en inhibir la ovulación, impidiendo que los ovarios liberen un óvulo. Además, producen un cambio en el moco cervical, haciéndolo más espeso, lo cual dificulta el paso de los espermatozoides hacia el útero (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

Este método requiere una toma diaria, sin interrupciones, para asegurar su eficacia anticonceptiva. Cuando se utiliza de forma correcta y constante, menos de 1 de cada 100 mujeres presenta un embarazo durante el primer año de uso, lo que lo convierte en una opción altamente efectiva (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

Entre los beneficios adicionales del uso de los AOC se encuentra la reducción del riesgo de cáncer de ovario y de endometrio, así como la mejoría en síntomas del síndrome de ovario poliquístico, incluyendo el acné y el hirsutismo (crecimiento excesivo de vello). Asimismo, pueden aliviar el dolor menstrual y contribuir a regular el ciclo menstrual (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

No obstante, es importante considerar que estos anticonceptivos no ofrecen protección contra infecciones de transmisión sexual. Además, su uso puede estar contraindicado en mujeres con factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión, antecedentes de trombosis, o en aquellas mayores de 35 años que fuman, debido al aumento del riesgo de eventos tromboembólicos (CCSS, 2018).

7.2.2 Anticonceptivos orales de progestágeno solo

Las píldoras anticonceptivas que contienen únicamente progestágeno, también conocidas como píldoras de progestágeno solo, representan una opción adecuada para mujeres que están en periodo de lactancia o que presentan alguna

contraindicación para el uso de estrógenos. Su mecanismo de acción se basa en el espesamiento del moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides, y en algunos casos también inhiben la ovulación.

Para que este método mantenga su efectividad, es fundamental que la píldora se tome todos los días a la misma hora, sin retrasos significativos. Su puntualidad es más estricta que la de las píldoras combinadas, debido a su menor margen de tiempo para conservar la eficacia.

Entre sus principales ventajas se destaca que no interfiere con la producción de leche materna, lo que permite que pueda ser utilizada de manera segura desde el momento inmediato posterior al parto. Por estas razones, es una alternativa recomendada durante el periodo de lactancia y en mujeres con condiciones de salud que contraindiquen el uso de métodos hormonales combinados (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

7.3 Inyectables hormonales

El anticonceptivo inyectable más comúnmente empleado es el acetato de medroxiprogesterona en dosis de 150 mg. Este método se administra por vía intramuscular o subcutánea, normalmente se administra cada tres meses, es decir, cada 12 semanas, lo que lo convierte en una opción práctica para quienes desean un método eficaz y de larga duración sin requerir una toma diaria.

Se trata de un anticonceptivo de alta efectividad, siempre y cuando se aplique de forma puntual en los intervalos establecidos. Está especialmente recomendado para mujeres en el postparto, adolescentes y aquellas personas que presentan dificultades para adherirse a métodos anticonceptivos que requieren uso diario, como las píldoras (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

Sin embargo, es importante considerar que su uso prolongado puede asociarse a una reducción de la densidad mineral ósea, particularmente en adolescentes, por lo que se recomienda una evaluación médica periódica para valorar su continuidad en el tiempo (CCSS, 2018).

7.4 Parche anticonceptivo combinado

El parche anticonceptivo es un método hormonal que libera de forma continua estrógeno y progestágeno a través de la piel. Su funcionamiento se basa en la absorción transdérmica de estas hormonas, lo que permite mantener niveles hormonales constantes en el organismo durante el tiempo de uso.

Este método se utiliza colocando un parche nuevo sobre la piel una vez por semana durante tres semanas consecutivas, seguido de una semana sin parche, en la cual ocurre el san grado por deprivación hormonal. Esta pauta mensual facilita su uso y reduce el riesgo de olvidos frecuentes, en comparación con otros métodos que requieren administración diaria. Entre sus principales ventajas se encuentra su practicidad, lo que lo convierte en una opción adecuada para personas que desean evitar la toma diaria de píldoras, sin sacrificar la efectividad del método (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

7.5 Anillo vaginal combinado

El anillo vaginal es un método anticonceptivo hormonal que se coloca dentro de la vagina, donde libera de forma continua estrógeno y progestágeno. Su acción hormonal impide la ovulación y modifica el moco cervical, dificultando así el paso de los espermatozoides. Este método se utiliza manteniendo el anillo colocado durante tres semanas consecutivas, seguido de una semana de descanso en la que se produce el sangrado por deprivación hormonal. Posteriormente, se inserta un nuevo anillo para iniciar un nuevo ciclo. Entre sus beneficios destaca su carácter discreto y su administración mensual, lo cual reduce significativamente el riesgo de olvidos frecuentes que pueden ocurrir con otros métodos, como las píldoras diarias. Por estas razones, es una opción conveniente para quienes bus can eficacia y facilidad de uso (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

7.6 Implantes subdérmicos de progestágeno

El implante anticonceptivo es una pequeña varilla flexible que se inserta bajo la piel del brazo, desde donde libera progestágeno de forma continua al organismo. Su principal mecanismo de acción consiste en inhibir la ovulación y espesar el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

Este método ofrece una protección anticonceptiva prolongada, con una duración de hasta tres años, lo que lo convierte en una opción de baja exigencia en cuanto a mantenimiento. Dentro de los servicios públicos de salud, el uso del implante anticonceptivo está priorizado para adolescentes que presentan un alto riesgo de embarazo no deseado o que han tenido dificultades para adherirse a las terapias con anticonceptivos orales combinados (AOC). Asimismo, su uso se extiende a pacientes con discapacidades mentales o condiciones psiquiátricas que dificultan el cumplimiento adecuado de otros métodos anticonceptivos (CCSS, 2018).

Entre sus principales ventajas se destacan su alta efectividad, la comodidad de no requerir atención constante y su rápida reversibilidad una vez retirado, permitiendo el retorno a la fertilidad en un corto plazo (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

7.7 Dispositivos intrauterinos (DIU de cobre y DIU hormonal)

Los dispositivos intrauterinos (DIU) son métodos anticonceptivos altamente efectivos y de acción prolongada que se colocan dentro del útero. Existen dos tipos principales: el DIU de cobre y el DIU hormonal. Ambos actúan principalmente impidiendo la fecundación, ya sea mediante la liberación de iones de cobre que afectan la movilidad espermática o mediante la liberación controlada de progestágeno, que espesa el moco cervical y suprime el crecimiento endometrial (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

7.7.1 DIU de cobre

Este dispositivo no contiene hormonas y actúa liberando iones de cobre que interfieren con la movilidad espermática, impidiendo la fecundación. Su duración puede extenderse hasta 10 años (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019). Está indicado para mujeres que desean evitar anticonceptivos hormonales, con ciclos menstruales regulares y sin necesidad de tratamiento para dismenorrea (dolor menstrual, como calambres o molestias en la parte baja del abdomen, que ocurren antes o durante la menstruación) o menorragia (sangrados menstruales abundantes o prolongados). No se recomienda en casos de anomalías anatómicas uterinas, infecciones pélvicas activas, sangrados uterinos de causa no identificada o antecedentes de aborto séptico (CCSS, 2018).

7.7.2 DIU hormonal

Este sistema libera levonorgestrel (una hormona similar a las que se encuentran en las píldoras anticonceptivas) de forma continua y ofrece protección por aproximadamente cinco años. Además de prevenir el embarazo, está indicado para tratar sangrados uterinos anormales (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019). Su uso en los servicios públicos requiere prescripción y colocación por parte de un especialista en ginecología. Comparte contraindicaciones similares al DIU de cobre, incluyendo infecciones activas o alteraciones estructura les del útero (CCSS, 2018).

Ambos dispositivos requieren inserción por parte de personal médico capacitado y, aunque su mantenimiento es mínimo, deben ser retirados o reemplazados una vez alcanzado el tiempo máximo de uso. En general, los DIU no interfieren con la actividad sexual, permiten un retorno rápido a la fertilidad tras su retiro y no requieren de acciones diarias por parte de la usuaria (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

Sin embargo, estos métodos no están exentos de contraindicaciones. En el caso del DIU de cobre, no se recomienda su uso en mujeres con malformaciones uterinas, infecciones pélvicas activas, sangrados uterinos de causa no determinada o antecedentes recientes de aborto séptico. Asimismo, el DIU hormonal puede estar contraindicado en situaciones similares, incluyendo presencia de masas uterinas que distorsionen la cavidad endometrial o en casos de cáncer cervical no tratado (CCSS, 2018).

7.8 Métodos permanentes de planificación familiar

Los métodos permanentes, que incluyen la esterilización femenina y la vasectomía, ofrecen una solución anticonceptiva definitiva para personas que no desean tener hijos en el futuro. Son procedimientos altamente eficaces y seguros cuando se realizan correctamente, aunque es fundamental que la decisión sea voluntaria, bien informada y tomada con convicción, dado que generalmente no son reversibles (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

7.8.1 Esterilización femenina

La esterilización femenina implica la interrupción permanente de las trompas de Falopio, impidiendo así el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide. Este procedimiento, puede realizarse mediante diferentes técnicas quirúrgicas como la laparoscopía. La esterilización femenina es altamente efectiva para prevenir embarazos y no afecta el funcionamiento hormonal, la menstruación ni la vida sexual de la mujer. Sin embargo, es un método que debe ser considerado únicamente cuando la mujer está completamente segura de su deseo de no tener más hijos, ya que, aunque existen técnicas de reversión, su éxito no está garantizado (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

7.8.2 Vasectomía

La vasectomía es el procedimiento de esterilización masculina que consiste en cortar o bloquear los conductos deferentes para evitar el paso de los espermatozoides. Es una intervención sencilla, de bajo riesgo y de rápida recuperación. Aunque la vasectomía es altamente eficaz, se recomienda utilizar otro método anticonceptivo durante los primeros tres meses posteriores al procedimiento, hasta confirmar mediante pruebas que el semen está libre de espermatozoides. La vasectomía no afecta la producción de hormonas masculinas, la capacidad de erección ni la actividad sexual (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

Antes de realizar cualquiera de los métodos permanentes, es fundamental recibir asesoría integral, asegurando que la persona comprenda la naturaleza irreversible del procedimiento, sus riesgos, beneficios y alternativas disponibles. El consentimiento informado es un requisito esencial para garantizar que la decisión sea plenamente consciente y voluntaria (OPS, OMS y Universidad Johns Hopkins, 2019).

7.9 Anticoncepción Oral de Emergencia.

Es una herramienta esencial en la prevención de embarazos no planificados, particularmente en situaciones de riesgo o en casos de relaciones sexuales sin protección. Por lo tanto, en mujeres que viven con VIH, la anticoncepción oral de emergencia puede ser un apoyo en la prevención de embarazos no planificados, cuando se tiene una práctica sexual de riesgo, que podrían complicar la salud materna e infantil.

En Costa Rica, la pastilla del día después, conocida también como anticoncepción oral de emergencia, se recomienda dentro de las primeras 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección. Su eficacia es mayor cuanto antes se utilice (Ministerio de Salud, 2019). En el Decreto 41722-S se establece que no es necesario tener una prescripción médica para comprar el medicamento. Esto es importante, pues el anticonceptivo de emergencia está disponible en farmacias privadas, las

cuales no deben exigir requisitos para realizar la compra. En lo que respecta a la CCSS, el anticonceptivo oral de emergencia puede ser solicitado y prescrito en cualquiera de los siguientes servicios a los que acuda la usuaria:

- Servicio de emergencias.
- Consulta externa de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS).
- En consulta externa de las Áreas de Salud u Hospitales, esto en caso de que la usuaria tenga una cita programada que coincida con el periodo máximo de 120 horas de transcurrida la relación sexual con posibilidad de embarazo. (CCSS, 2020, p.6).

En cualquiera de los casos, el personal de medicina y enfermería en obstetricia de la CCSS, que brinda la atención, es responsable de realizar un acompañamiento integral, para que la usuaria tome una decisión informada, autónoma y responsable (CCSS, 2020).

En el caso de las mujeres que viven con VIH y que toman su tratamiento de antirretrovirales es indispensable que comuniquen esto. Pues varios medicamentos antirretrovirales interfieren con el efecto de la píldora del día después y en ocasiones se deberá tomar el doble de la dosis habitual de la pastilla del día después (Wilberg, 2021).

Por otro lado, es sumamente importante que se consulte al médico antes de utilizar este método, ya que puede tener provocar efectos secundarios como náuseas, vómitos, fatiga, dolor abdominal, dolor de cabeza y/o mareos. Garantizar que las mujeres con VIH tengan información clara, confidencial y acceso sin barreras permite ejercer la autonomía sobre su salud sexual y reproductiva, y sobre todo prevenir embarazos no planificados.

8

Violencia obstétrica en mujeres con VIH

La violencia obstétrica es una expresión más de la violencia más contra las mujeres y representa una violación a los derechos humanos. En este sentido, pese a que Costa Rica ha ratificado tratado y convenciones de derechos humanos para proteger a las mujeres de situaciones de discriminación y violencia, las mujeres con VIH-sida presentan una mayor vulnerabilización a situaciones de violencia obstétrica basada en estereotipos, tabús, imaginarios y desinformación respecto a su diagnóstico y su derecho reproductivo.

Según Cárdenas y Salinero (2022), la violencia obstétrica se define como la apropiación del cuerpo de las mujeres por parte del personal de salud a través de prácticas que llevan a una medicalización innecesaria y patologización de los procesos reproductivos, dando como resultado una pérdida de la autonomía de las mujeres y en una afectación significativa de su calidad de vida. De modo que, esta violencia es una expresión más del continuo de la violencia contra las mujeres que se encuentra permeada de concepciones socioculturales y políticas sobre las mujeres y sus cuerpos.

Si bien no existen necesariamente estadísticas sobre este tema en nuestro país, basta con conversar con mujeres que han sido madres para evidenciar los tratos discriminatorios, violentos e incluso tortuosos a los que fueron sometidas durante su embarazo, parto y posparto. Por tanto, es necesario reconocer la relación de poder que existe entre el personal de salud y las mujeres en estado de embarazo, es así como, el conocimiento empírico de las mujeres embarazadas o en trabajo de parto es descalificado por la institucionalidad, desplazando incluso, el protagonismo y el conocimiento de las mujeres sobre su propio cuerpo.

Así conforme han ido evolucionando los derechos de las mujeres, se debe replantear los abordajes de la maternidad y todo lo relacionado con esta, pues, a partir de los estudios con enfoque de género se ha evidenciado que existe una presión social y del Estado en relación con la intervención médica. Por consiguiente, es necesario identificar aquellas prácticas que pueden configurar una violación a los derechos de las mujeres, es decir, que son violencia obstétrica, según Medina (2017):

1. **Violencia obstétrica física:** cuando se realizan prácticas invasivas y suministros de medicación que no están justificados, o cuando no se respetan los tiempos y posibilidades de un parto biológico cuando este no presenta contraindicaciones.

2. **Violencia obstétrica psicológica:** es quizá la violencia más común y la cual vivencia la mayoría de las mujeres, incluyen trato deshumanizado, grosero, discriminatorio, humillante y de burla cuando las mujeres solicitan asesoría o requieren de atención, o bien cuando expresan dolor o alguna otra necesidad durante el proceso de embarazo, parto y posparto. También comprende la omisión de información sobre la evolución del parto, el estado de su hijo o hija, y que se le omita de las diferentes actuaciones del personal de salud que le atiende.

3. **Otras omisiones:** una de las situaciones más comunes e invasivas es la omisión de anestesia cuando se realiza un legrado ante la sospecha de un aborto, la omisión de información sobre las distintas intervenciones médicas sin que las mujeres puedan decidir libremente cuando existen otras alternativas. Además, la omisión de la intimidad durante todo el proceso y que debe ser prestada dentro de los centros con los medios que se cuenten y, por último, omitir la consideración de aspectos culturales.

Lo anterior solo por mencionar algunos ejemplos, aunque existen muchas más prácticas que son también catalogados como violencia obstétrica. Si bien en Costa Rica existe la Ley #10081 Derechos de la mujer durante la atención calificada, digna y respetuosa del embarazo, parto, posparto y atención del recién nacido, que establece el parto humanizado como el modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres durante el embarazo, parto y postparto, siendo estas las protagonistas de su propio parto garantizando así su autonomía y decisiones informadas, lamentablemente no todas las mujeres tienen experiencias positivas, placenteras o dignas en estos procesos.

El VIH-sida puede ser un detonante que establece una doble violencia obstétrica, no solo por su condición de vulnerabilidad y el abuso de poder por parte del personal de salud en algunos casos, sino también, por su condición de portadora del virus. En consecuencia, pese a los esfuerzos normativos a nivel nacional e internacional, la condición de salud de las mujeres portadoras de VIH-sida implica un aumento en las situaciones de violencia obstétrica al momento de su embarazo, parto y posparto.

Pese a que en la agenda pública en relación con el VIH-sida uno de sus principales objetivos es la reducción de la trasmisión vertical, la mayoría de las discusiones sobre maternidad en mujeres con este diagnóstico están centradas en el panorama salud-enfermedad y no en una atención integral sin violencia, lejana a los derechos humanos, principalmente al derecho reproductivo de las mujeres (García, 2009).

En este sentido, es necesario exponer las carencias dentro del sistema de salud que se traducen en una violación, estigma, prejuicio y discriminación en espacios de atención médica, que resultan en malas prácticas médicas y violencia obstétrica en mujeres embarazadas portadoras de VIH. Se parte entonces de tres prejuicios vinculados al virus, en primer lugar, persiste en algunos casos el pensamiento que al ser incurable conlleva a la muerte, aunque se sabe que esta no necesariamente se da por vivir con dicha infección. En segundo lugar, sigue existiendo una noción de culpabilidad por la conducta sexual activa de las mujeres que son portadoras del virus, etiquetándolas en ocasiones de promiscuas por haber adquirido el VIH, por último, se considera una "falta de responsabilidad" la decisión de ejercer la maternidad pese al virus, culpando a las mujeres por querer reproducirse pese a la infección.

El caso Francisca en Chile (2000), nos permite revisar estas situaciones a las que se enfrentan las mujeres con VIH-sida, en donde se evidencian situaciones que constituyen graves vulneraciones y violaciones a los derechos humanos de estas, y en donde se toman decisiones no consentidas por las mujeres basadas en los prejuicios que tienen el personal de salud respecto a la reproducción en mujeres positivas en VIH.

No obstante, pese a que este caso fue reconocido mundialmente y se dio una sentencia a favor de la víctima por parte de la Corte- IDH veinte años después de los hechos, muchas otras mujeres portadoras del VIH-sida sufren estas violaciones a sus derechos sin que los Estados sancionen ni investiguen a sus responsables, que han sido calificadas por los mismos organismos internacionales, como nuevas formas de tortura.

Por ello, es necesario que los Estados actúen frente a estas situaciones y que, realicen procesos de capacitación, sensibilización y concientización del personal de salud respecto a los derechos de las mujeres, y del trato digno y respetuoso a sus pacientes sin importar si es portadora o no del VIH-sida.

Asimismo, se debe brindar procesos de empoderamiento, información y orientación a las mujeres para que se reconozcan como sujetas de derecho, y sobre todo, sobre la necesidad de que las mujeres cisgénero puedan percibirse también en riesgo a una posible infección en ITS, en tanto estas, por lo general acuden únicamente a solicitar servicios de planificación familiar sin considerar las infecciones de transmisión sexual como un riesgo para ellas, debido también, a los mismos estereotipos en relación a estas y la asociación únicamente a lo que se ha denominado como “poblaciones clave”.

9

Postparto y lactancia materna

Las mujeres con VIH en el posparto tienen una serie de preocupaciones e inquietudes, por lo que es importante sensibilizar en esta etapa sobre la importancia del uso de métodos anticonceptivos seguros y eficaces para prevenir embarazos no planificados y así lograr reducir el riesgo de transmisión materno infantil del virus.

Es importante destacar que, en un estudio descriptivo observacional retrospectivo en Argentina, realizado con el objetivo de evaluar las características de las mujeres embarazadas infectadas por VIH, en donde se analizó el control del embarazo y se evaluó la adherencia al tratamiento y las pérdidas de seguimiento posterior parto, se comprobó que: “de 104 embarazos, 32.7% de mujeres menores de 25 años. El diagnóstico se realizó durante el control del embarazo en 36.5% de ellos. La terapia antirretroviral (TARV) se inició antes de la semana 24 en 70% de los embarazos. El régimen utilizado incluyó 2 nucleós(t)idos + 1 inhibidor de la proteasa potenciado con ritonavir (IPr) en 84.5% de los casos. La cesárea electiva fue el modo más frecuente de parto. La carga viral luego de la semana 32 de embarazo estaba disponible en el 82.7% de las pacientes siendo menor a 1000 copias/ml en 78 (75%) y menor a 200 en 70 (67.3%), no hallándose disponible en 18 (17.3%) de los casos. Observamos una alta frecuencia de fallos de adherencia y pérdidas de seguimiento posteriores al parto” (Warley, 2016).

Con base en lo anterior, demuestra la importancia no solo del control durante el embarazo, sino del seguimiento posterior al parto, seguimiento que puede ser realizado en los procesos de consejería o citas de control del niño sano. Este acompañamiento es vital, porque existe el riesgo de que se interrumpa la terapia antirretroviral.

Trabajar en el empoderamiento y autocuidado de las mujeres en postparto, es vital para garantizar la continuidad del tratamiento, para la prevención de la transmisión al recién nacido por medio de la educación, para fortalecer la salud mental y el apoyo integral, para recibir asesoría de anticoncepción y planificación.

Con base en lo anterior, la etapa del postparto en las mujeres con VIH debe ser integral, garantizar una información sin prejuicios y la protección de los derechos reproductivos para que cada mujer pueda decidir de manera libre y segura.

Lactancia materna

El riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna se ha reducido de manera significativa con la introducción y el uso adecuado de la terapia antirretroviral. En el caso de las madres que reciben tratamiento antirretroviral y mantienen una carga viral indetectable de forma sostenida durante y después del embarazo, la probabilidad de trans misión del virus por esta vía es inferior al 1%. No obstante, aunque el riesgo es muy bajo, no es completamente nulo (Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2025).

Asimismo, en entornos donde se combina la terapia antirretroviral materna durante el embarazo, la supresión viral y la administración adecuada de la profilaxis posexposición al recién nacido, la evidencia más reciente confirma que el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna se sitúa entre el 0,3% y el 1%. Estos datos provienen del estudio “Infant feeding for people living with HIV in high resource settings: a multi-disciplinary approach with best practices to maximise risk reduction”, publicado en The Lancet Regional Health Americas (2023), el cual analiza la transmisión postnatal del VIH en lactantes amamantados por madres en tratamiento antirretroviral.

Aunque el riesgo de transmisión del VIH a través de la lactancia materna puede reducirse significativamente con un tratamiento antirretroviral eficaz y sostenido, organismos internacionales como la OMS y la OPS (2004) continúan recomendando que las mujeres con VIH eviten amamantar a sus hijos siempre que se cuente con condiciones adecuadas para ofrecer una alternativa segura de alimentación. Específicamente, esta recomendación aplica cuando la alimentación de sustitución como el uso de fórmula infantil es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura.

Esta postura se fundamenta en que la transmisión del VIH a través de la leche materna es un riesgo acumulativo, lo que significa que el peligro de que el virus sea transmitido al niño aumenta cuanto más tiempo se prolongue el amamantamiento. Aunque el riesgo puede ser bajo en condiciones ideales de tratamiento, no desaparece por completo, y por ello se prioriza la opción más segura para el infante cuando está disponible (OPS/OMS, 2004).

En el contexto costarricense, la recomendación está orientada a evitar la lactancia materna en mujeres con VIH, recomendando en su lugar el uso de fórmula infantil, la cual es proporcionada por el sistema público de salud (Porras et al., 2009). Esta recomendación forma parte de un proceso integral de consejería que debe ofrecerse a todas las mujeres embarazadas que viven con VIH, y, en la medida de lo posible, también a sus parejas. Esta consejería no debe limitarse únicamente a informar sobre los riesgos de transmisión del virus, sino que debe abordar de manera clara y empática las distintas opciones de alimentación infantil, sus ventajas, limitaciones y condiciones necesarias para su implementación segura.

Además, la consejería debe incluir aspectos clave del manejo clínico y preventivo del VIH, como la importancia de mantener una adherencia estricta al tratamiento antirretroviral, las recomendaciones sobre evitar prácticas de riesgo postnatal (como la premasticación de alimentos), y orientaciones sobre planificación familiar, salud sexual y reproductiva, incluyendo el uso de métodos anticonceptivos, la posibilidad de nuevos embarazos, y la adopción de prácticas sexuales seguras.

10

Atención de la mujer con VIH posterior a una pérdida gestacional temprana

La atención de mujeres que viven con VIH posterior a una pérdida gestacional temprana o un aborto debe abordarse desde una perspectiva integral, humanizada y libre de estigma. Este abordaje debe considerar tanto los aspectos clínicos inmediatos como los derechos sexuales y reproductivos, el estado emocional, la prevención de nuevas infecciones y la continuidad del tratamiento antirretroviral.

Según el Protocolo Clínico de Atención Integral a Personas Usuarias con Pérdida Gestacional Temprana, se define como pérdida gestacional temprana completa como aquella “expulsión de la totalidad de los productos de la concepción antes de la semana 22 completada de gestación, idealmente con endometrio menos a 27mm según la edad gestacional” (CCSS, 2023, p.10). Esta definición permite delimitar el tipo de atención requerida y adecuar las intervenciones clínicas, emocionales y sociales.

El protocolo enfatiza que toda atención obstétrica debe ofrecerse de manera respetuosa, cálida y sensible al dolor que puede conllevar la pérdida de una gestación, reconociendo el impacto físico y emocional que esta situación implica. Una de las intervenciones fundamentales en la atención posterior a una pérdida gestacional es la consejería en salud sexual y reproductiva. Esta debe ser individualizada y contemplar la compatibilidad entre los métodos anticonceptivos y el tratamiento antirretroviral. El protocolo establece que es posible iniciar anticoncepción inmediatamente después del procedimiento de evacuación uterina, incluyendo dispositivos intrauterinos, siempre que no haya sospecha de infección (CCSS, 2023).

El manejo clínico, ya sea médico o quirúrgico, debe estar acompañado por medidas de prevención como la profilaxis antibiótica, especialmente en mujeres inmunocomprometidas. Estas medidas deben adaptarse al contexto clínico particular de cada paciente y seguir los lineamientos institucionales vigentes. Asimismo, se debe prestar especial atención al estado emocional de la persona usuaria. El duelo gestacional, frecuentemente minimizado o invisibilizado, puede intensificarse en mujeres con VIH debido a factores como el temor a ser juzgadas, la incertidumbre sobre su salud reproductiva futura y el miedo al estigma social.

Por ello, se recomienda la implementación de primeros auxilios psicológicos en situaciones de crisis, así como la referencia a servicios de salud mental, psicología o trabajo social para el acompañamiento continuo en el proceso de duelo (CCSS, 2023).

La fase de recuperación debe incluir indicaciones claras sobre el autocuidado físico, la vigilancia de signos de alarma, y el seguimiento clínico y emocional. En este contexto, el acompañamiento integral debe considerar no solo la salud física, sino también los efectos psicosociales que pueden derivarse de la vivencia de la pérdida gestacional y del diagnóstico de VIH.

Por lo tanto, la atención de mujeres con VIH que enfrentan una pérdida gestacional temprana debe ser centrada en la persona, con enfoque interdisciplinario e interseccional, respetando su dignidad y promoviendo la equidad en el acceso y la calidad del servicio.

11

Atención en salud reproductiva en mujeres con VIH durante el climaterio

El climaterio es una etapa natural en la vida de las mujeres que marca el tránsito desde la edad reproductiva hacia la posmenopausia. Esta etapa se caracteriza por una disminución gradual de la función ovárica, y culmina con la menopausia, definida como el cese permanente de la menstruación tras 12 meses consecutivos sin sangrado, sin causas patológicas aparentes, producto de la pérdida de actividad folicular y la consecuente disminución de estrógenos (OMS, 2024).

En las mujeres que viven con el VIH, este proceso puede presentarse con características particulares. Diversos factores como el conteo bajo de CD4, el uso prolongado de trata miento antirretroviral, el tabaquismo y las condiciones de vulnerabilidad social, se han vinculado con una menopausia de inicio más temprano (Merino y Romero, 2017). Esto puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y alteraciones metabólicas (OMS, 2024; Guerrero et al., 2023).

11.1 Cambios físicos y emocionales

La disminución de estrógenos durante el climaterio provoca múltiples síntomas que afectan la salud sexual. Entre los más frecuentes se encuentran: sensación repentina de calor usualmente se conocen como “sofocos” o “bochornos”, sudores nocturnos, sequedad vaginal, dolor genital persistente o recurrente que ocurre justo antes, durante o después de las relaciones sexuales (dispareunia), disminución del deseo sexual e insomnio. A nivel emocional, muchas mujeres experimentan ansiedad, irritabilidad, tristeza, cambios repentinos en el estado de ánimo o incluso depresión.

En el caso de las mujeres que viven con VIH, estos síntomas pueden presentarse con mayor intensidad. Esto se debe a que algunos efectos secundarios del tratamiento antirretroviral o las propias alteraciones del sistema inmunológico pueden confundirse con los síntomas del climaterio, lo que dificulta su diagnóstico y tratamiento adecuado (Merino y Romero, 2017).

Además, cuando baja la cantidad de estrógenos, la pared de la vagina se vuelve más delga da y hay menos lubricación natural. Esto puede hacer que durante las relaciones sexuales se produzcan pequeñas heridas, lo que aumenta el riesgo de contraer ITS, como el VIH, especialmente si no se usa protección, incluso en personas que ya viven con el virus (OMS, 2024).

Desde el punto de vista emocional, muchas mujeres expresan sentimientos de inseguridad, soledad, pérdida de la feminidad o del atractivo físico. Esta etapa también puede despertar temores sobre el envejecimiento, la salud futura y la posibilidad de nuevas relaciones afectivas o sexuales. En mujeres con VIH, estos sentimientos pueden intensificarse debido al estigma social, la discriminación o experiencias previas de rechazo, lo que impacta negativamente su autoestima, su deseo sexual y su calidad de vida (OMS, 2024; Guerrero et al., 2023).

Por lo tanto, es esencial que la atención médica durante el climaterio también incluya el acompañamiento emocional y psicológico, así como espacios seguros donde las mujeres puedan hablar abiertamente de sus experiencias, temores y necesidades.

11.2 Terapias disponibles y abordaje clínico

El tratamiento de los síntomas debe ser individualizado. Se pueden considerar estrategias no hormonales como el uso de lubricantes, hidratantes vaginales, ejercicios de fortalecimiento pélvico y consejería sexual. En ciertos casos, la terapia de reemplazo hormonal (TRH) puede estar indicada para aliviar síntomas como sofocos intensos o sequedad vaginal persistente. Las mujeres con útero suelen recibir estrógenos combinados con progesterona, mientras que aquellas sin útero pueden recibir solo estrógenos (Guerrero et al., 2023).

En mujeres con VIH, la TRH requiere una valoración médica cuidadosa, ya que algunos antirretrovirales pueden alterar la eficacia hormonal o aumentar el riesgo de efectos adversos. Por lo tanto, es esencial una evaluación personalizada que considere la compatibilidad con el régimen TAR y el estado de salud integral de la usuaria (Merino y Romero, 2017).

11.3 Recomendaciones para un cuidado integral

El cuidado de la salud sexual en mujeres con VIH durante el climaterio debe ser completo y adaptado a sus necesidades físicas, emocionales y sociales. No se trata solo de tratar los síntomas físicos, sino de acompañar a la mujer en todos los cambios que experimenta en esta etapa de su vida (Merino y Romero, 2017; OMS, 2024).

Atención médica integral y sin estigma: Es fundamental que las mujeres reciban atención médica de calidad, libre de estigma y discriminación. El personal de salud debe estar capacitado para atenderlas con respeto, reconocer sus derechos y ofrecer espacios seguros donde puedan expresar sus dudas y preocupaciones (OMS, 2024).

Valoraciones ginecológicas regulares: Durante el climaterio, se recomienda realizar controles ginecológicos frecuentes para monitorear síntomas como la sequedad vaginal, cambios en el flujo, molestias durante las relaciones sexuales o aparición de infecciones. Además, es importante los controles de salud para prevenir enfermedades como el cáncer de cuello uterino, especialmente en mujeres que viven con VIH, quienes pueden tener mayor riesgo de lesiones cervicales (Guerrero et al., 2023).

Educación sexual y consejería: La educación sexual sigue siendo clave en esta etapa. Es importante que las mujeres reciban información actualizada y clara sobre el uso correcto del preservativo, métodos anticonceptivos adecuados, prevención de ITS, incluyendo el VIH, y sobre cómo mantener una vida sexual placentera y segura. La consejería también puede ayudar a fortalecer la autoestima, mejorar la comunicación con la pareja y apoyar la toma de decisiones informadas (Merino y Romero, 2017).

Manejo de los síntomas: Los síntomas como los sofocos, dolor al tener relaciones sexuales, el insomnio o los cambios de ánimo pueden tratarse de distintas formas. Entre las opciones están los tratamientos no hormonales como lubricantes,

hidratantes vaginales, técnicas de relajación y, en algunos casos, la terapia de reemplazo hormonal (TRH), siempre con una valoración médica cuidadosa para asegurarse de que sea segura y compatible con los tratamientos antirretrovirales (Guerrero et al., 2023).

Acompañamiento emocional: El climaterio puede generar ansiedad, tristeza, irritabilidad o sensación de pérdida, siendo necesario que las mujeres tengan acceso a redes de apoyo, espacios de escucha, grupos comunitarios o atención psicológica si lo necesitan. Sentirse acompañada, comprendida y con herramientas para enfrentar los cambios, mejora el bienestar emocional y la calidad de vida (Merino y Romero, 2017).

Promoción del autocuidado: Fomentar estilos de vida saludables también es parte del cuidado integral. Esto incluye una alimentación equilibrada, ejercicio regular, evitar el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, descansar lo suficiente y mantenerse activa social y emocionalmente (OMS, 2024).

Conclusiones

La Guía de Atención Integral a las Mujeres Cisgénero con VIH constituye un documento fundamental para promover una respuesta sanitaria, social y comunitaria que sea respetuosa de los derechos humanos, centrada en las necesidades diferenciadas de las mujeres cisgénero que viven con el virus. A lo largo del documento, se evidencia la necesidad de una transformación estructural en los modelos de atención, basada en un enfoque interseccional, integral y de género.

Se reconoce que las mujeres cisgénero enfrentan múltiples formas de vulnerabilidad asociadas a su condición biológica, social y cultural, que las coloca en una situación de desventaja frente al VIH. Estas vulnerabilidades se manifiestan en la dificultad para negociar prácticas sexuales seguras, el impacto del estigma, la violencia basada en género, el acceso limitado a servicios de salud diferenciados y la persistencia de normas patriarcales que invisibilizan sus realidades.

La guía enfatiza que el abordaje del VIH en mujeres debe ir más allá del tratamiento biomédico, integrando el bienestar psicoemocional, el apoyo social, la autonomía sexual y reproductiva, y el empoderamiento de las mujeres para la toma de decisiones informa das. Por lo tanto, se incluyen pautas para las intervenciones psicosociales sensibles, la consejería continua y los primeros auxilios psicológicos como parte integral de los servicios.

En materia de salud sexual y salud reproductiva, se reafirma el derecho de las mujeres con VIH a ejercer su autonomía, decidir libremente sobre su maternidad y acceder a información y métodos anticonceptivos seguros y eficaces, sin discriminación. Se hace un llamado a los servicios de salud para erradicar prácticas estigmatizantes, promover consejerías libres de coerción, y fomentar el respeto a la dignidad de cada mujer, especialmente en momentos como el embarazo, el parto y el climaterio.

Finalmente, la atención integral requiere de la articulación intersectorial entre el sector salud, las organizaciones de la sociedad civil y las redes comunitarias, con el fin de generar entornos protectores, seguros y libres de violencia. Solo mediante un esfuerzo coordinado y sostenido, se logrará reducir las inequidades, mejorar la calidad de vida de las mujeres con VIH y avanzar hacia una sociedad más justa e inclusiva.

Referencias

Abbas, Q., Nisa M., Khan, M.U., Anwar, N., Aljhani, S., Ramzan, Z. y Shahzadi, M. (2023). Brief cognitive behavior therapy for stigmatization, depression, quality of life, social support and adherence to treatment among patients with HIV/AIDS: a randomized control trial. BMC Psychiatry, 23(1):539. doi: 10.1186/s12888-023-05013-2.

Álvarez Clavo, S., Sáenz Gutiérrez, I. y Zamora Da Costa, M.J. (2020). Manual de implementación de primeros auxilios psicológicos-Fundación para la Paz y la Democracia. http://www.funpadem.org/app/webroot/files/publication/files/495_manualpaps.pdf

Anangono Morales, H, Gómez Peláez, G. y Luna Rodríguez, H. (2019). Trasmisión ver tical del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH). Dominio de las ciencias. 5(2), 453- 466. https://doi.org/10.23857/dc.v5i2.915

Arguedas, G. (2014), “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”, Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe, vol. 11, núm. 1. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476947241008

Arroyo Araya, H. (2021). Guía práctica para la aplicación de los primeros auxilios psico lógicos. efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://costarica.unfpa.org/sites/default/ files/pub-pdf/guia_practica_de_aplicacion.pdf

Balance, A. C. (2017a), Violencia obstétrica hacia las mujeres con vih. Recopilación de 10 testimonios de mujeres con vih de México y Centroamérica que vivieron violencia obstétrica. https://www.youtube.com/watch?v=T5YugMhx-7s

Bernard, C., Mané, I., Ziadeh, S., Tine, J.M., Diaw, A., Benzekri, N., Ndiaye, I., Samb,a O., Font, H., Bottai, T., Jacquesy, L., Verdeli, H., Ngom, NF., Dabis, F., Seydi, M. y de Rekeneire, N. (2024). Perceptions, facilitators and barriers to the implementation of in terpersonal group therapy to treat depression among people living with HIV in Senegal: a qualitative study. Front Public Health, 12:1295181. doi: 10.3389/fpubh.2024.1295181.

Breslow, A. S., Lopez, M., Warren, B., Levin, J., Sharma, A., Watnick, D., Sims, G., Cavic, E., Bassey, O., Fisher, M. R. y Bauman, L. J. (2024). Lessons Learned from a Communi ty-led, Pilot Teletherapy Group for Older Women Living with Depression and HIV. AIDS and Behavior, 28(12), 4079–4093 https://doi.org/10.1007/s10461-024-04468-y

Bolaños Gutiérrez, M. R. (2020). Atención a mujeres con VIH/sida. Revista Cubana de Medicina General Integral, 36(1):e1073, 1-14. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=s ci_arttext&pid=S0864-21252020000100011&lng=es&tlng=es.

Caja Costarricense de Seguro Social. (2023). Protocolo Clínico de Atención Integral a Personas Usuarias con Pérdida Gestacional Temprana. https://www.cendeisss.sa.cr/ wp/wp-content/uploads/2023/05/protocolo-clinico-de-atencion-a-la-persona-usua ria-con-perdida-gestacional-temprana.pdf

Caja Costarricense de Seguro Social. (2020). Lineamiento para la prescripción de la anticoncepción de emergencias mediante la aplicación de terapia con Levonorgestrel 1.5mg o con tabletas anticonceptivas combinadas (método Yuzpe) en todos los niveles de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social. https://repositorio.binasss.sa.cr/server/api/core/bitstreams/417cf623-0777-4613-bc4c-2a48a6df4c0f/content

Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). Protocolo para uso de anticonceptivos en la CCSS. https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-docu ments/guideline/CRI-RH-32-01-GUIDELINE-2018-esp-Protocolo-Anticoncepcion.pdf Caja Costarricense de Seguro Social. (2005). Manual de consejería en salud sexual y reproductiva para funcionarios en atención de adolescentes con énfasis en VIH/ SIDA. www.binasss.sa.cr/adolescencia/manualadulto.pdf

Campos Y. (2018) Violencia obstétrica y su abordaje constitucional en Costa Rica. Revista Judicial, Poder Judicial de Costa Rica, Nº 125, págs 41-61 ISSN 2215-2385 / diciembre 2018

Comité Central de Farmacoterapia, Acuerdo, artículo 42: Anticoncepción de emergencia en pacientes víctimas de agresión sexual (CCF-2320-04-2019, 29 de abril de 2019).

De la Garza-Jiménez, A. L. (2023). Hallazgos de violencia obstétrica en los centros de salud de Costa Rica: investigación basada en un análisis de percepciones de mujeres usuarias de la CCSS. Revista Espiga, 22 (45), 241-256.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). Autonomía corporal: Un pilar fundamental para lograr la igualdad de género y el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UN FPA-Autonomia-Corporal-Resumen-Tecnico-Spanish.pdf

García, G. (2009). Cuerpo y narrativa: una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en la ciudad de Buenos Aires. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, 15(32), 247-272. https://doi. org/10.1590/S0104-71832009000200011

García, I. (2003) Diferencias de género en el VIH/sida. Escuela Andaluza de Salud Pública. Red de Investigación de Salud y Género. Granada. España.

Guerrero Hines, C., Chacón Campos, N. V. y Pizarro Madrigal, M. (2023). Actualización de menopausia y terapia de reemplazo hormonal. Revista Médica Sinergia, 8(1), 1-11. https://doi.org/10.31434/rms.v8i1.933

Guzmán Barcos, V. (2002). Las relaciones de género en un mundo global (Serie Mujer y Desarrollo N° 38). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). ht tps://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5893/1/S024291_es.pdf

Hernández Marín, I.E. y Gutiérrez López, L.P. (2014). Manual básico de primeros auxilios psicológicos, Universidad de Guadalajara. https://www.cucs.udg.mx/sites/default/files/adjuntos/manual_primeros_auxilios_psicologicos_2017.pdf

Herrera, C. y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Salud Pública de México. 44(6), 554-564https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/ v44n6/14045.pdf

International Association of Providers of Aids Care (IAPAC). 2021. Mujer y VIH: Do ble estigma. https://www.eresvihda.es/reportaje/mujer-y-vih-doble-estigma/#:~:tex t=El%20estigma%20social%20es%20una,of%20Aids%20Care%20(IAPAC)

Instituto Nacional de las Mujeres y Fondo de Población de Naciones Unidas. (2021). Módulo 1: Violencia basada en género. En Caja de herramientas para la prevención del embarazo en la adolescencia y la violencia contra las mujeres (1.ª ed., Colección Producción de conocimiento, n.° 48; Aportes metodológicos, n.° 18). https://prevenga mosembarazosenlaadolescencia.inamu.go.cr/docs/16-Mod_violencia_genero_01.pdf

Izazola JA, Astrola L, Beloqui J, Bronfman M, Chequer P, Zacarías F. (199). Avances en la comprensión del VIH/Sida: una visión multidisciplinaria. Fundación Mexicana para la Salud, 21-44.

Kimberly Canady, Sannisha K. Dale, Ph.D., Ed.M. y Vickie Lynn, Ph.D. (2024). Salud mental y conductual, mujeres y VIH. https://www.thewellproject.org/hiv-information/ salud-mental-y-conductual-mujeres-y-vih

López, L.M., Grey, T.W., Chen, M., Denison, J. y Gretchen, S. (2016). Behavioral in terventions for improving contraceptive use among women living with HIV. The Co chrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd. 8, 1-56. https://doi. org/10.1002/14651858.CD010243.pub3

Merino, D. y Romero, J. (2017). VIH y menopausia. Monográfico. 5(11), 45-45. https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD43439.pdf

Ministerio de Salud. (2024). Costa Rica: Total de casos VIH-sida por cantón y grupo de edad, periodo 2024.

Ministerio de Salud. (2019). Decreto Ejecutivo 41722-S. Dispensación de los anticonceptivos orales de emergencia. https://pgrweb. go.cr/scij/Busqueda/Normativa/ Normas/nrm_texto_completo. aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=88768&nVa lor3=116208&strTipM=TC

Ministerio de Salud. (2011) Marco conceptual y normativo de la política de sexualidad. Política Nacional de Sexualidad 2010-2021. 1°ed. San José, Costa Rica. https://www. ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos-left/documentos-ministe rio-de-salud/ministerio-de-salud/planes-y-politicas-institucionales/planes-institucionales/707-politica-nacional-de-sexualidad-2010-2021-parte-i/file

Morales, A. (2020). Condición de VIH/Sida como situación adicional para ejercer la violencia obstétrica en mujeres que llevan a término el embarazo en América Latina, una revisión documental. Revista De Estudios De Antropología Sexual, 1(10), 124-140. https://revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologiasexual/article/view/15889

Moseson, H., Zazanis, N et al (2020) El imperativo de incluir los géneros no binario y transgénero Más allá de la salud de la mujer. Comentario Actual. OBSTETRICS & GYNE COLOGY. VOL. 135, NO. 5, MAYO 2020. https:// ibisreproductivehealth.org/sites/default/ files/files/publications/Imperative%20 for%20Transgender%20and%20Gender%20 Nonbinary%20Inclusion%20 -%20ESPANOL.pdf

Organización Mundial de la Salud (2024). Hoja informativa sobre la menopausia. https:// www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/menopause

Organización Mundial de la Salud (2023). Planificación familiar/métodos anticonceptivos. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental: Fortalecimiento de nuestra respuesta. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

Organización Mundial de la Salud (2019). La OMS revisa las recomendaciones sobre el uso de anticonceptivos hormonales para mujeres con alto riesgo de infección por VIH. https://www.who.int/es/news/item/29-08-2019-who-revises-recommendations-on-hor monal-contraceptive-use-for-women-at-high-hiv-risk

Organización Mundial de la Salud. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. https://iris.who.int/bitstream/ handle/10665/27465 6/9789243512884-spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2017). Serving the needs of key populations: Case examples of innovation and good practice in HIV prevention, diagnosis, treatment and care. https://apps.who.int/iris/bitstream/hand le/10665/255610/9789241512534-eng. pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation y Visión Mundial Internacional. (‍ 2012)‍ . Primera ayuda psicológica: guía para trabajadores de campo. https://iris. who.int/handle/10665/44837

Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata sobre la Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Al ma-Ata, URSS. https://www.who.int/publications/almaata_declaration_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y Universidad Johns Hopkins. (2019). Planificación familiar Un manual mundial para proveedores. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51918/9780999203729_spa.pdf

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2004). Transmisión del VIH a través de la lactancia: Revisión de los conocimientos actuales. https://www. paho.org/sites/default/files/Transmision-VIH-en-Lactancia.pdf

Osorio Vigil, A. (2017). Primeros auxilios psicológicos. Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología. 5(15):4- 11. https://integracion-academica.org/attachments/article/173/01%20Primeros%20Auxi lios%20Psicologicos%20-%20AOsorio.pdf

Porras, O., Boza, R., León Bratti, M.P., Messino, A. y Solano, A. (2009). Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal del VIH en Costa Rica. Acta Pediátri ca Costarricense, 21(1), 55-59. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pi d=S1409-00902009000100009

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2021). Education Plus Initiative (2021–2025): Empowerment of Adolescent Girls and Young Women in Sub-Saharan Africa. https://www.unaids.org/en/topics/education-plus

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2021). El VIH, y el estigma y la discriminación: Serie de folletos informativos sobre derechos humanos. https:// www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_es.pdf

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2021). Confronting inequalities: Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS. https:// www.unaids.org/en/ resources/documents/2021/2021-global-aids-update

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA, 2002). Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Campaña Mundial contra el SIDA 2002–2003. https://www.unaids.org/es/resources/docu ments/2002/jc891-wac_framework_es

Rossel M. (2023) Estándares internacionales sobre la violencia obstétrica que sufren las mujeres portadoras de VIH y el caso Francisca en Chile. Boletín Mexicano de Derecho Comparado, núm. 167, mayo-agosto de 2023, pp. 251-279. ISSN: 2448-4873. DOI: https://doi. org/10.22201/iij.24484873e.2023.167.18558

Valdés R., E. (2002). VIH-sida y embarazo: Actualización y realidad en Chile. Revista chilena de obstetricia y ginecología, 67(2), 160-166. https://dx.doi.org/10.4067/S0717- 75262002000200016

Waldron EM, Burnett-Zeigler I, Wee V, Ng YW, Koenig LJ, Pederson AB, Tomaszewski E, Miller ES. (2021). Mental Health in Women Living With HIV: The Unique and Unmet Needs. Journal of the International Association of Providers of AIDS Care. 20, 1-18. doi: 10.1177/2325958220985665.

Warley, E. M., Silvina Tavella, A. R. (2017). Control del embarazo y postparto en mujeres infectadas por HIV. Medicina Buenos Aires, Argentina. 77, 85-88. https://www.scielo.org.ar/ scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802017000200002

Wilberg M., (2021). Anticoncepción de emergencia y embarazo no deseado: información para personas con VIH. Revista digital Aidsmap. https://www.aidsmap.com/about-hiv/emergen cy-contraception-and-unwanted-pregnancy-information-people-hiv#:~:text=Puntos%20cla ve,seguir%20adelante%20con%20un%20embarazo

Zeleke, T.A., Ayele, T.A., Denu, Z.A., Mwanri, L. y Azale, T. (2025). The effect of depression on antiretroviral drug non-adherence among women living with HIV in Gondar health facilities, northwest Ethiopia: a prospective cohort study. Front Psychiatry, 16:1488183. doi: 10.3389/ fpsyt.2025.1488183.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES

GOBIERNO DE COSTA RICA

Edificio Sigma, Piso 3.
Costado Oeste del Mall San Pedro,
Montes de Oca, San José Costa Rica.

Tel.: (506) 2527-8400

www.inamu.go.cr

ISBN: 978-9968-25-442-7