

COMUNICACIONES BREVES RELACIONADAS CON LA SEXUALIDAD

Recomendaciones para un enfoque
de salud pública



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Versión oficial en español de la obra original en inglés

Brief sexuality-related communication: Recommendations for a public health approach

© World Health Organization 2015

ISBN: 978-92-4-154900-4

Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública

ISBN: 978-92-75-32017-4

© Organización Panamericana de la Salud 2018

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si se hace una adaptación de la obra, incluso traducciones, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: "La presente adaptación no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la adaptación. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante".

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con las Reglas de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.

Forma de cita propuesta. *Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública.* Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogación (CIP): Puede consultarse en <http://iris.paho.org>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OPS, véase www.publications.paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/permissions.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

COMUNICACIONES BREVES RELACIONADAS CON LA SEXUALIDAD

Recomendaciones para un enfoque
de salud pública



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	6
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	7
RESUMEN EJECUTIVO	8
1. INTRODUCCIÓN	11
1.1 Antecedentes y fundamentos	12
1.2 Objetivos y audiencia destinataria	14
1.3 Alcance de este documento de lineamientos	15
1.4 Definiciones y método	15
1.4.1 Salud sexual y sexualidad	15
1.4.2 Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad	17
2. METODOLOGÍA Y PROCESO	19
2.1 Establecimiento del Grupo asesor para el desarrollo de los lineamientos	20
2.1.1 Declaración de conflictos de interés por parte de los miembros del Grupo asesor para el desarrollo de los lineamientos y de los revisores pares	20
2.2 Identificación, examinación y síntesis de las pruebas disponibles	21
2.2.1 El marco de trabajo GRADE	21
2.2.2 Estrategia de búsqueda	22
2.2.3 Selección de estudios	22
2.3 El proceso de desarrollo del documento de lineamientos	24
2.4 Preparación del documento y revisión por pares	25
3. RECOMENDACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS	26
3.1 Definición	27
3.2 Respetar, proteger y garantizar el ejercicio los derechos humanos	27
4. PRUEBAS Y RECOMENDACIONES	30
4.1 Recomendación 1: Comunicaciones breves acerca de la sexualidad para prevenir las ITS	31
4.1.1 Antecedentes	31
4.1.2 Pruebas disponibles	32
4.1.3 Ponderación de beneficios y perjuicios, factibilidad y aceptabilidad	35
Beneficios y perjuicios	35
Factibilidad y aceptabilidad	36
Temas de debate adicionales	36

4.2 Recomendación 2: Capacitación de prestadores de servicios de salud	37
4.2.1 Antecedentes	37
4.2.2 Pruebas disponibles	39
4.2.3 Ponderación de beneficios y perjuicios, factibilidad y aceptabilidad	40
Beneficios y perjuicios	40
Factibilidad y aceptabilidad	41
Temas de debate adicionales	41
5. PUBLICACIÓN, DIFUSIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y SUPERVISIÓN	42
6. CONSECUENCIAS DE LA INVESTIGACIÓN	44
6.1 Desarrollo y evaluación de un recurso clínico	45
6.2 Capacitación en servicio de los prestadores de servicios de salud	46
6.3 Abordaje del sistema de salud y obstáculos operativos que impiden la implementación de las CBS	47
7. REFERENCIAS	48
7.1 Todas las referencias	49
7.2 Hallazgos usados como prueba	61
ANEXOS	64
Anexo 1: Participantes en el proceso de desarrollo de los lineamientos	65
Participantes en la preparación del documento de lineamientos	65
Grupo consultor de la OMS	65
Responsable de la metodología GRADE	65
Autor	65
Miembros del Grupo asesor para el desarrollo de los lineamientos	66
Revisores pares	66
Anexo 2: Marco de resultados y preguntas sobre PICO	67
Anexo 3: Relaciones con revisiones completas y tablas de pruebas	69

AGRADECIMIENTOS

Este documento que sirve de directriz fue redactado por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR), Organización Mundial de la Salud (OMS), bajo la dirección del Dr. Igor Toskin. La experiencia y el apoyo de diversas personas hicieron que el este documento fuera posible. El proceso de desarrollo de este documento de lineamientos se inició luego de una consulta de expertos en 2010, que fue respaldada por la OMS.

La OMS desea agradecer a los miembros del Grupo asesor para el desarrollo de los lineamientos (GDL): Tamara Adrián-Hernandez, Elham Atalla, George Ayala, Bergen Hope Cooper, John Munroe Douglas, Emily Maria Godfrey, Sharful Islam Khan, Barbara Klugman, Regina Kulier, Charlotta Löfgren-Mårtenson, Geetanjali Misra, Patanjali Dev Nayar, Rafael Mazin Reynoso, Thierry Troussier, Marlene Freida Wasserman y Christine Winkelmann. Este documento que sirve de directriz se basó en conversaciones que ocurrieron en las reuniones del GDL de la OMS y en aportes continuos de los miembros del GDL y de revisores pares. Thierry Troussier, Chaire Santé sexuelle et Droits humains, Fonds de Dotation Human Earth de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en Francia, presidió el GDL junto con Barbara Klugman, Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica, y la Dra. Klugman redactó la versión preliminar del documento de lineamientos. Bergen Cooper, asesor de la OMS en EE. UU., y Regina Kulier, Fondation PROFA en Suiza, llevaron a cabo las revisiones de pruebas que dieron el respaldo necesario al documento de lineamientos. El grupo asesor de la OMS que brindó sugerencias durante el desarrollo de este documento; incluyó a Moazzam Ali, Venkatraman Chandra-Mouli, Claudia García-Moreno, Mary Eluned Gaffield, Metin Gülmezoglu e Igor Toskin de RHR, OMS/sede central; Beverly Jane Ferguson, Departamento de Salud Materna, Neonatal, Infantil y Adolescente (MCA), OMS/sede central; Vladimir Poznyak, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias (MSB), OMS/sede central; Tomas John Allen, Biblioteca y Redes de Información para el Conocimiento (LNK), OMS/sede central; Antonio Carlos Gerbase (asesor principal sobre ITS y VIH/SIDA, retirado). El Grupo Asesor de la OMS desea agradecer a la Dra. Susan L. Norris, secretaria del Comité de Revisión de la Directriz de la OMS, a la Sra. Elizabeth Noble, especialista en comunicaciones, y a la Sra. Sofia de Vasconcelos, voluntaria del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, por todo el apoyo que brindaron durante la etapa final del desarrollo y de la revisión de esta directriz. Se agradece también a las siguientes personas por sus revisiones: Dra. Christine Dehlendorf, Universidad de California, San Francisco, EE. UU.; Sra. Julie Fitter, jefa de Servicio Clínico/psicoterapeuta especializada en relaciones sexuales y de pareja/coordinadora de maestrías, Clínica Porterbrook, Sheffield, Reino Unido; y Prof. John de Wit, Centro de Investigaciones Sociales sobre Salud, UNSW, Australia, en representación de la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas Nacionales de Médicos Generalistas y de Familia (WONCA).

La versión en español de este documento de lineamientos ha sido traducida y editada por el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva de la Organización Panamericana de la Salud (CLAP/SMR – OPS/OMS).

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ASSESS	Concientización, habilidades, autoeficacia/autoestima y apoyo social
CBS	Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos
CINAHL	Base de datos acumulativa de publicaciones sobre enfermería y otras áreas de la salud
CREA	Creando recursos para el empoderamiento en acción
MGF	Mutilación genital femenina
GDL	Grupo asesor para el desarrollo de los lineamientos
GRADE	Clasificación de la valoración, desarrollo y evaluación de las recomendaciones
LNK	Biblioteca y Redes de Información para el Conocimiento de la OMS
MCA	Departamento de Salud Materna, Neonatal, Infantil y Adolescente de la OMS
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
MSB	Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
PICO	Población, Intervenciones, Comparaciones y Observación de resultados
RHR	Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS
ITS	Infección de transmisión sexual
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
VB	Vaginosis Bacteriana
WONCA	Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas Nacionales de Médicos Generalistas y de Familia

RESUMEN EJECUTIVO

La salud sexual está recibiendo cada vez más atención de parte de los profesionales en el ámbito de la salud pública y los prestadores de salud debido a su contribución con la salud y el bienestar en general tanto en adultos como en adolescentes. Los riesgos de la salud que generan las prácticas sexuales nocivas y los abusos de los derechos humanos relacionados con la sexualidad, como la coerción sexual, contribuyen a la carga de morbilidad mundial.

De acuerdo con las investigaciones y las consultas realizadas durante las últimas décadas, la comunicación relacionada con la sexualidad es un problema que requiere atención urgente. Mientras que los usuarios desearían poder hablar de inquietudes relacionadas con la salud sexual con los prestadores de servicios de salud, a los trabajadores de la salud les falta el conocimiento y la capacitación necesarios para sentirse cómodos a la hora de abordar este tipo de temas. Existe una falta de claridad en el ámbito en cuanto al rol de la comunicación relacionada con la sexualidad en la atención primaria.

En el 2008, la Organización Mundial de la Salud (OMS) encargó una serie de estudios de casos sobre la integración del asesoramiento sobre sexualidad en los servicios de salud sexual y reproductiva a fin de que sirvieran como antecedentes para el desarrollo de estos lineamientos. En el 2010, una consulta de expertos convocada por el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR) de la OMS sugirió el desarrollo de una directriz para facilitar la integración de este tipo de asesoramiento en los servicios de atención primaria. En junio de 2012, se estableció un Grupo Asesor para el desarrollo de los lineamientos (GDL) que contaba con miembros que trabajaban en el área de salud sexual en países de ingresos bajos y medianos, de todas las regiones de la OMS y con una representación igualitaria de género. El GDL incluyó académicos, psicólogos, médicos, especialistas en salud pública, abogados y sociólogos, todos con experiencia en desarrollar programas o brindar servicios clínicos para fomentar la salud y el bienestar sexuales. También incluyó representantes de los equipos esenciales con experiencia en derechos sexuales y salud sexual. En función de la orientación brindada por el GDL, se llevó a cabo una revisión sistemática y las pruebas resultantes fueron evaluadas por parte de un investigador independiente y de una persona responsable de la metodología de Clasificación de la evaluación, desarrollo y valoración de las recomendaciones (GRADE) que utilizó el marco GRADE. El GDL desarrolló una recomendación de buenas prácticas y dos recomendaciones de la política sobre la base de la experiencia del grupo y los revisores pares, la revisión sistemática y los conocimientos del Comité de Revisión de los lineamientos.

Debido a que este es un campo poco investigado, las recomendaciones en este documento guía brindan sugerencias a los formuladores de políticas de salud y a los responsables de la toma de decisiones en instituciones de capacitación profesional de la salud. Estas sugerencias se relacionan con los fundamentos del uso de las habilidades de asesoramiento para abordar los problemas de salud sexual en el entorno de la atención primaria de la salud por parte de los prestadores de servicios de salud. A continuación del desarrollo de este documento de lineamientos sobre comunicaciones breves acerca de la sexualidad (CBS), la OMS desarrollará y probará las técnicas específicas de las CBS para orientar a los prestadores de servicios de salud a fin de que mejoren la calidad de la atención. Estas se publicarán como una directriz técnica.

A continuación, se encuentra un resumen de las recomendaciones.

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

Recomendación de buenas prácticas:

Recomendaciones de la política

Los formuladores de políticas de salud y los responsables de la toma de decisiones en instituciones de capacitación profesional de la salud necesitan asegurarse de que, donde se utilicen las CBS, se respeten, se protejan y se garantice el ejercicio de los derechos humanos de los usuarios.

UNO



Las CBS se recomiendan para la prevención de infecciones de transmisión sexual entre adultos y adolescentes en los servicios de atención primaria.

Calidad de las pruebas científicas: de baja a moderada

Fortaleza de la recomendación: fuerte

DOS



Se recomienda que los prestadores de salud adquieran conocimientos sobre salud sexual y se capaciten en las habilidades de las comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad.

Calidad de las pruebas científicas: de baja a muy baja

Fortaleza de la recomendación: fuerte

CAPÍTULO 1

1.1

ANTECEDENTES Y FUNDAMENTOS

El interés mundial en la salud sexual se debe en parte a la preocupación por el hecho de que las prácticas sexuales de riesgo se asocian con una enorme carga de morbilidad mundial. También hay un creciente reconocimiento de la prevalencia del abuso de los derechos humanos en relación con la sexualidad, según se evidencia, por ejemplo, por la alta tasa de jóvenes que han experimentado coerción sexual (51, 74). «El núcleo de la definición de salud sexual es la noción de sexualidad humana respaldada por los conceptos de autonomía y bienestar, y por el ejercicio, la promoción y la protección de los derechos humanos». (71: e377). Hay un reconocimiento creciente de que los enfoques en torno a los derechos humanos respaldan la promoción de la salud sexual eficaz (4, 112).

Desde 1974, la OMS ha estado trabajando en el área de la salud sexual, y existe un reconocimiento mundial de la importancia de abordar la salud sexual en directrices, programas, tratados y pactos internacionales. La salud sexual también está incluida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 5 (mejorar la salud materna) y 6 (combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades). En el 2008, el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (RHR) de la OMS encargó una serie de estudios de casos sobre la integración del asesoramiento sobre sexualidad en los servicios de salud sexual y reproductiva a fin de que sirvieran como antecedentes para el desarrollo de este documento de directrices. En el 2010, el RHR convocó una consulta de expertos sobre la salud sexual para revisar su trabajo en este campo y realizar recomendaciones sobre áreas para que el Departamento de Investigación siga trabajando. Una de las recomendaciones fue que el RHR se comprometiera a elaborar un documento que sirva de guía de asesoramiento sobre sexualidad destinado a prestadores de salud con el fin de integrar el asesoramiento en los servicios de salud, principalmente a través de los prestadores de salud de atención primaria (médicos, personal de enfermería y otros). El objetivo de esta iniciativa, para la cual este documento de lineamientos es solo un paso inicial, es garantizar que los prestadores de servicios de salud incluyan el contenido de las comunicaciones breves acerca de la sexualidad (CBS) en los servicios de salud sexual y reproductiva. Al iniciar estas comunicaciones, los prestadores de salud pueden fomentar la salud sexual en lugar de solo tratar las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH, o de abordar otras consecuencias negativas para la salud, como la violencia sexual, las prácticas dañinas, como la mutilación genital femenina (FGM), y los embarazos no deseados. Como primer paso para el desarrollo de una directriz clínica técnica sobre las CBS, el proceso de elaboración de este documento de lineamientos tiene por objetivo evaluar la eficacia de las CBS en los servicios de atención primaria y las habilidades de los prestadores de salud en torno a las CBS.

Los siguientes documentos y recomendaciones sobre temas relacionados, complementan este documento de lineamientos y recomendaciones sobre el contenido y las formas de conducir las CBS:

- Sexual and reproductive health: core competencies in primary care – Attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counselling, clinical settings, service, provision, 2011. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501002_eng.pdf)
- Guidelines: prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections among men who have sex with men and transgender people: recommendations for a public health approach, 2011. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501750_eng.pdf)
- Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries, 2011. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf?ua=1)
- Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence, 2010. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf)
- Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation, 2010. (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_R_10.9_eng.pdf)
- A handbook for improving HIV testing and counselling services – field-test version, 2010. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500463_eng.pdf)
- Counselling for maternal and newborn health care: a handbook for building skills, 2013. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547628_eng.pdf)
- Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health, 2010. (http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf)
- Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services, 2005. (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9241562889.pdf>)
- Guidelines for the management of sexually transmitted infections, 2003. (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241546263.pdf>)
- Counselling skills training in adolescent sexuality and reproductive health: a facilitator's guide, 2001. (http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_ADH_93.3.pdf)

1.2

OBJETIVOS Y AUDIENCIA DESTINATARIA

El objetivo de este documento de lineamientos es brindar sugerencias a los formuladores de políticas de salud y los responsables de la toma de decisiones en instituciones de capacitación profesional de la salud sobre la efectividad de las CBS como parte de los servicios de atención primaria, a fin de mejorar la calidad de la atención de la salud sexual y de la capacitación de los prestadores de salud en materia de conocimientos acerca de las CBS y habilidades para conducirlas.

Esta directriz está dirigida a las siguientes audiencias:

- formuladores de políticas para servicios de salud que necesitan planificar la inclusión de las CBS en los servicios de salud y en los sistemas de supervisión del desempeño;
- responsables de la toma de decisiones en instituciones de capacitación profesional de la salud que necesitan capacitar a los prestadores de salud sobre cómo incorporar las CBS a su ejercicio de la profesión.

En este documento de lineamientos se evalúa la efectividad de las CBS en el nivel de la atención primaria de la salud. El primer punto de atención puede variar, tanto dentro del país como internacionalmente. Por ejemplo, en algunos casos, pueden ser los médicos generalistas o de familia, mientras que en otros casos pueden ser centros de atención locales; servicios específicos de salud sexual, como los centros de atención de ITS o centros de VIH/SIDA; o los servicios de salud reproductiva, como los servicios de planificación familiar, los servicios de salud materna o de atención relacionada con el aborto. En algunas áreas, el primer punto de atención puede estar apuntado a una población específica; por ejemplo, jóvenes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o trabajadores sexuales. Estos servicios pueden ser del sector público o privado y pueden incluir organizaciones no gubernamentales (ONG) y comunitarias relacionadas con la prestación de servicios de salud.

Aquellas personas a cargo de desarrollar planes de estudios en instituciones de capacitación para profesionales de la salud también se beneficiarán con este documento de lineamientos en especial los instructores de prestadores de salud o los docentes de educación sexual. Si bien en este documento no se ofrece asesoramiento técnico sobre contenido específico para esta capacitación (un tema que se abordará en un posterior proceso de desarrollo de la directriz), sí se evalúa la necesidad de capacitar a los prestadores de salud en las habilidades de las CBS.

1.3

ALCANCE DE ESTE DOCUMENTO DE LINEAMIENTOS

Este documento de lineamientos tiene por objetivo evaluar la efectividad de las CBS en el primer punto de entrada a los servicios de salud. No se aborda el rol del asesoramiento formal sistemático, sino el valor de brindar apoyo oportuno por parte de diversos prestadores de salud en el nivel de atención primaria.

1.4

DEFINICIONES Y MÉTODO

1.4.1 Salud sexual y sexualidad

La salud sexual es fundamental para la salud y el bienestar físicos y emocionales de los individuos, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y los países. La definición operativa actual de la OMS de «salud sexual», que surgió a partir de una junta de expertos llevada a cabo en el 2002, plasma una visión amplia:

La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no es la mera ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, deben empeñarse todos los esfuerzos para que se respeten, protejan y se garantice el ejercicio de los derechos sexuales de todas las personas ^(37: 3).

No se puede definir, comprender o utilizar el término salud sexual sin tener una amplia consideración de la sexualidad, que es la base de resultados y conductas importantes relacionados con la salud sexual.

Definición operativa actual de la OMS de «sexualidad»:

...un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida [que] abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, funciones y relaciones. Si bien es cierto que la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre.

La sexualidad recibe la influencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, legales, históricos, así como religiosos y espirituales ^(37: 4).

En el contexto de la salud sexual, el término «bienestar» incluye la creación de entornos que fomenten y protejan el logro de objetivos personales relacionados con la salud sexual, a la vez que se actúa de manera responsable con respecto a otras personas. La autonomía se relaciona con los derechos de las personas a la autodeterminación con respecto a la salud sexual. Estos derechos deben ser reconocidos por el estado y defendidos por todos, desde parejas y familias hasta instituciones mundiales» (71: e378). La autonomía puede promoverse y protegerse de diversas formas: a través de leyes y políticas, así como del desarrollo de habilidades de negociación de individuos o grupos ^(38, 71).

Los programas de salud sexual basados en los principios centrales de autonomía, bienestar y ejercicio, promoción y protección de los derechos humanos deben hacer lo siguiente:

- Abordar las violaciones de los derechos humanos relacionados con la sexualidad y la reproducción.
- Promover la capacidad de las personas de tener relaciones sexuales seguras y satisfactorias.
- Abordar las necesidades o inquietudes de las personas relacionadas con la orientación sexual y la identidad de género.

Además, los programas de salud sexual deben abordar la prevención y el tratamiento de las secuelas y complicaciones resultantes de problemas de salud sexual, a saber:

- Infecciones y sus secuelas (VIH, ITS y consecuencias asociadas, como distintos tipos de cáncer, infertilidad, etc.) ⁽³⁷⁾.
- Embarazos no deseados (incluidos planificación familiar, asesoramiento sobre métodos anticonceptivos y aborto) ⁽³⁷⁾.
- Problemas, inquietudes y dificultades sexuales ocasionados por motivos emocionales ^(7, 113) o problemas de relación ⁽⁹⁷⁾; enfermedades, como diabetes, hipertensión ^(51, 113) y enfermedad cardiovascular ⁽⁷⁹⁾; o consecuencias negativas de medicamentos específicos, por ejemplo, tratamiento contra el cáncer y cuidados paliativos ^(29, 111, 117, 126).
- Infertilidad.
- Violencia relacionada con la desigualdad de género, la orientación sexual y la identidad de género.
- Prácticas tradicionales y dañinas relacionadas con la salud sexual ⁽⁵⁴⁾; por ejemplo, MGF - la obligación en algunas culturas de una viuda tenga relaciones sexuales con un pariente de su esposo y diversas prácticas que al modificar las condiciones de la vagina podrían estar asociadas

con resultados de salud negativos ⁽⁷⁵⁾.

- Problemas de salud mental relacionados con la salud sexual, incluidos los siguientes:
- las necesidades de salud sexual de las personas con problemas de salud mental; por ejemplo, tasas más altas de disfunción sexual en personas con depresión ^(8, 113) u otros problemas sexuales tratados con ciertos antidepresivos ⁽¹⁰⁵⁾ y la influencia de los antidepresivos en la salud sexual ⁽⁸⁾;
 - los problemas de salud mental asociados con la salud sexual y las altas tasas de estrés, estigma y discriminación; por ejemplo, tasas más altas de trastornos mentales entre las poblaciones de personas homosexuales, lesbianas, bisexuales y transgénero ^(14, 101).

Las poblaciones específicas se destacan por necesitar particularmente servicios de salud sexual, incluidos los jóvenes de todas las orientaciones sexuales, las personas con discapacidades físicas, dificultades mentales y enfermedades crónicas, las personas intersexuales, los reclusos, las personas transgénero y las poblaciones indígenas ⁽⁷¹⁾.

La capacidad de las personas de lograr el bienestar y la salud sexuales depende, entre otras cosas, de su acceso a información completa acerca de la sexualidad, su conocimiento acerca de los riesgos a los que se enfrentan y su vulnerabilidad a las consecuencias adversas de la actividad sexual. Para lograr la salud sexual, las personas también necesitan oportunidades para obtener apoyo social, acceso a la atención de la salud sexual de excelente calidad (es decir, abordar todos los elementos de la salud sexual de acuerdo con la definición operativa de la OMS, incluidos los productos y los materiales) y un entorno que defienda y fomente la salud sexual para todos. Esto incluye programas de comunicación y asesoramiento.

1.4.2 Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad

El término «asesoramiento» se refiere a «consultas de atención primaria sistemáticas para abordar problemas emocionales, psicológicos y sociales que afectan la salud y el bienestar de una persona» ^(19: 4). El asesoramiento (también llamado en algunos lugares consejería u orientación) se caracteriza por su continuidad; es decir, un prestador específico que desarrolla una relación de confianza con el usuario a lo largo del tiempo ^(6, 19). Mientras que el asesoramiento es adecuado para abordar las inquietudes y dificultades sexuales, a fin de abordar disfunciones o trastornos, es posible que se necesite una terapia psicológica sistemática o un tratamiento médico psicológico. Es por este motivo que en este documento de lineamientos se hace referencia a «usuarios» en lugar de «pacientes». El concepto de Carl Rogers de «terapia centrada en el usuario» aclara esta distinción: mientras que el término «paciente» supone una jerarquía en la cual el prestador de salud sabe más, el término «usuario» ubica al prestador de salud en un rol de acompañante que ayuda a la persona afectada a encontrar soluciones por sí misma ⁽¹²¹⁾.

Este documento que sirve de directriz se centra en el uso oportuno de las habilidades de asesoramiento, en lugar del asesoramiento formal —sistemático y continuo. Enmarca este enfoque de las «comunicaciones breves asociadas con la sexualidad CBS»). En las CBS, el prestador —ya sea un miembro del personal de enfermería, un médico o un educador sobre la salud— utiliza las habilidades de asesoramiento «oportunamente con mucha menos certeza acerca de la duración del encuentro» ^(19: 10) para abordar la sexualidad y los problemas psicológicos personales relacionados (según las definiciones anteriores) y fomentar el bienestar sexual ^(26, 37). A diferencia del asesoramiento profesional, las CBS no requieren de una continuidad del prestador. Además, estas habilidades se aplican durante la extensión de una consulta típica de atención primaria.

Las CBS tienen en cuenta las dimensiones sociales y psicológicas de la salud y el bienestar sexuales, así como las biológicas ⁽⁹⁹⁾. Su objetivo es brindar apoyo a los usuarios al reformular sus emociones, pensamientos y entendimiento y, posteriormente, sus conductas; es decir, al

desarrollar su capacidad de autorregulación, los usuarios pueden vivir su sexualidad con autonomía, satisfacción y seguridad ^(38, 140, 121). Esto se origina a partir de la comprensión de que existe una brecha entre la intención y la conducta. Las CBS pueden permitir a los usuarios superar esta brecha al ayudarlos a establecer objetivos claros, así como también a iniciar y sostener sus motivaciones y acciones para lograrlos ⁽³⁸⁾.

Las CBS utilizan un enfoque en el cual la mayoría del tiempo de una consulta típica de atención primaria se dedica a escuchar las inquietudes del usuario, en comparación con el hecho de que el prestador de salud utilice la mayoría del tiempo para impartir sus conocimientos ^(11, 19). El objetivo es ayudar a los usuarios a identificar maneras de abordar sus inquietudes. Esto se describe con un enfoque «centrado en el usuario» ⁽¹³⁴⁾, que respeta las ideas, los sentimientos, las expectativas y los valores ⁽⁵²⁾; en contraposición con el modelo «centrado en las enfermedades», en el cual el prestador toma decisiones en nombre del usuario ^(25: 69).

Existen diversos modelos que pueden informar el enfoque del prestador de salud, principalmente en las dimensiones teóricas del modelo de «información, motivación y habilidades conductuales» ⁽⁸⁴⁾.

En general, las CBS utilizan preguntas abiertas en lugar de preguntas directas ⁽³⁾. La mayoría de los enfoques incorporan los siguientes cuatro componentes ^(25: 62):

- **Atender:** entablar la relación con el usuario. Mientras que las CBS se elaboraron a partir del contexto y las necesidades del usuario individual, existen algunas preguntas típicas que los prestadores de salud pueden utilizar en una forma socialmente correcta para iniciar el tema de la salud sexual; por ejemplo, «¿tiene alguna pregunta o inquietud respecto de temas sexuales?» ⁽⁶⁹⁾.
- **Responder:** realizar preguntas que abran la conversación relacionada con la salud sexual y la sexualidad; por ejemplo, «¿está satisfecho con su vida sexual?» ⁽⁶⁹⁾, «¿su vida sexual es como desea?» o «¿cómo se siente al tener relaciones sexuales con otras personas?» ⁽¹³⁹⁾.
- **Personalizar:** identificar la existencia de inquietudes, dificultades, disfunciones o trastornos sexuales, y la dinámica de cualquier interacción entre estas; por ejemplo, «¿qué dificultades tiene al usar preservativos?» ⁽¹³⁹⁾, «algunas personas que han tenido un problema en particular (por ejemplo, tratamiento contra el cáncer, hipertensión, diabetes o SIDA, lo que sea que el usuario esté experimentando) me han dicho que han tenido dificultades sexuales, ¿cómo es este tema para usted?» ^(105, 141).
- **Iniciar:** brindar información e identificar, con el usuario, los pasos que se deben o pueden tomar ^(44, 85, 138).

El proceso concluye al planificar un seguimiento o brindar una derivación para otros recursos y servicios cuando sea necesario. De este modo, el usuario recibe apoyo al explorar, comprender y actuar para beneficiar su salud sexual ⁽²⁵⁾.

CAPÍTULO 2

2.1

ESTABLECIMIENTO DEL GRUPO ASESOR PARA EL DESARROLLO DE LOS LINEAMIENTOS

En junio de 2012, se estableció un Grupo Asesor para el Desarrollo de los Lineamientos (GDL) que contaba con miembros que trabajaban en el área de salud sexual en países de ingresos bajos y medianos, de todas las regiones de la OMS y con una representación igualitaria de género. El GDL incluyó académicos, psicólogos, médicos, especialistas en salud pública, abogados y sociólogos, todos con experiencia en desarrollar programas o brindar servicios clínicos para fomentar la salud y el bienestar sexuales. También incluyó representantes de los equipos esenciales con experiencia en derechos sexuales y salud sexual. Estos pertenecían a organizaciones que se centran en los derechos de las mujeres, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas transgénero. Consulte el Anexo 2 para ver los nombres de las personas que participaron en el proceso de desarrollo de este documento que sirve de directriz.

2.1.1 Declaración de conflictos de interés por parte de los miembros del Grupo Asesor para el Desarrollo de la directriz y los revisores pares

Todos los miembros del GDL completaron un formulario de declaración de conflictos de interés. Estos formularios fueron revisados por el oficial responsable de la OMS, Igor Toskin, funcionario médico del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, antes de definir la composición del grupo y la invitación a asistir a la primera reunión del GDL. Todos los participantes que no pertenecen a la OMS firmaron y presentaron un formulario de declaración de conflictos de interés. Se declaró un conflicto potencial. La Dra. Marlene Wasserman, sexóloga clínica con un doctorado en Sexualidad humana, Sudáfrica, declaró estar contratada por las compañías farmacéuticas Adcock Ingram, AstraZeneca, Bayer, Lilly, Novartis y Pfizer previamente al momento del establecimiento del GDL. Esta situación fue evaluada por la Secretaría de la OMS y presentada a los participantes de la junta; finalmente, se consideró que no era lo suficientemente significativa para impedir la participación de la Dra. Wasserman en las consultas y en el proceso de formulación de las recomendaciones. Para el resto de los participantes se concluyó que no había conflictos de interés. Los revisores pares también presentaron un formulario de declaración de conflictos de interés, y estos formularios se revisaron de manera similar antes de que finalizara la selección. Los procedimientos para tratar los conflictos de interés se basaron en el *WHO Handbook for Guideline Development* (Manual de la OMS para el desarrollo de directrices) ⁽¹⁵⁰⁾.

2.2

IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y SÍNTESIS DE LAS PRUEBAS DISPONIBLES

Para el desarrollo de estos lineamientos no se obtuvo financiación externa. La OMS financió la totalidad del desarrollo de este documento.

2.2.1 El marco GRADE

La OMS utiliza el enfoque de Clasificación de la Valoración, Desarrollo y Evaluación de las Recomendaciones (GRADE) para el desarrollo y la revisión de las recomendaciones ⁽¹⁵⁰⁾. Cada vez más organizaciones de todo el mundo están adoptando este enfoque a fin de calificar la calidad de las pruebas y la fortaleza de diversos tipos de recomendaciones ⁽⁶¹⁾. El método GRADE hace hincapié en un enfoque estructurado, explícito y transparente para clasificar y generar consenso ⁽⁶⁴⁾.

Este método separa la calificación de la calidad de las pruebas de la clasificación de la recomendación. En el contexto de las recomendaciones, la calidad refleja la confianza de que las estimaciones del efecto sean adecuadas para respaldar una recomendación en particular ⁽⁹⁾. El sistema GRADE clasifica la calidad de las pruebas en uno de cuatro niveles: alta, moderada, baja o muy baja ^(58, 59, 60, 62, 63).

La fortaleza de una recomendación refleja hasta qué punto podemos confiar en que los efectos deseados de una intervención sobrepasen los efectos no deseados ⁽⁶⁴⁾. El sistema GRADE clasifica las recomendaciones en dos tipos de fortalezas: fuerte y condicional. Una recomendación también puede estar a favor o en contra de la intervención en cuestión. La fortaleza y la dirección de una recomendación se ven afectadas por la calidad de las pruebas, el balance entre beneficios y perjuicios, los valores y las preferencias, el uso de los recursos y la factibilidad de la intervención.

En el marco también se incluye una recomendación sobre buenas prácticas. Este es un tipo de recomendación que no requiere pruebas de apoyo (ver el Capítulo 3) y, por lo tanto, su desarrollo no sigue el proceso descrito anteriormente ⁽⁵⁷⁾.

2.2.2 Estrategia de búsqueda

Un investigador independiente llevó a cabo una revisión sistemática en función de las preguntas sobre población, intervención, comparación y observación de resultados (PICO). Se realizaron búsquedas en bases de datos electrónicas: PubMed, ProQuest, Cumulative Index to Nursing & Allied Health (CINAHL), Jstor, Scopus/Science Direct, Biblioteca Cochrane, ECBSO, PsychINFO y Web of Knowledge. Se modificó el formato de la búsqueda: de un enfoque basado en Títulos de Temas Médicos (MeSH) a una búsqueda de palabras clave, a fin de centrarse en otras bases de datos e incrementar la cantidad de citas únicas. Se realizaron búsquedas de palabras clave en Summon (que abarca ProQuest, CINAHL, Jstor, Scopus/Science Direct, Biblioteca Cochrane, ECBSO, CINAHL, Ovid Medline/PubMed, PsycINFO y Web of Knowledge) utilizando los siguientes términos: salud sexual, atención primaria, asesoramiento, disfunción sexual, malestar sexual, inquietudes sexuales, conceptos sexuales erróneos, ITS, VIH, embarazo no deseado, aborto, violencia sexual, prácticas dañinas, aumento del conocimiento, bienestar, autonomía, placer y capacitación. No se aplicaron restricciones de fechas ni de idiomas. También se realizaron búsquedas en las secciones de referencias de los artículos incluidos. La literatura gris se obtuvo del Grey Literature Report de la Academia de Medicina de Nueva York. Se realizaron búsquedas en artículos publicados y no publicados.

2.2.3 Selección de estudios

Se incluyeron estudios que examinaban elementos, resultados o técnicas de intervenciones de asesoramiento o de comunicaciones breves en el entorno de la atención primaria o la salud pública y que tenían como objetivo prevenir o abordar dificultades, inquietudes, malestares o conceptos erróneos relacionados con la sexualidad; ITS/VIH; embarazo no deseado y aborto; violencia sexual; prácticas dañinas; y conocimiento de la salud sexual. También se consideraron artículos que examinaban elementos, resultados o técnicas para intervenciones breves que fomentan el bienestar sexual. Finalmente, otros artículos que se consideraron describían los elementos de los programas de capacitación para prestadores de salud de atención primaria a fin de incrementar su conocimiento y habilidad para comunicar y asesorar sobre la sexualidad. Dos lectores independientes y un lector de la OMS revisaron los resúmenes (ver la Figura 1). Se obtuvieron las versiones completas de los artículos que se consideraron relevantes. Se incluyeron los estudios que cumplían con los requisitos para los criterios de la estrategia PICO descritos en el Anexo 2. Los criterios para las primeras dos preguntas sobre PICO requerían que la investigación sea un estudio controlado, que la intervención tenga una duración de 15 a 60 minutos y que esta pueda ocurrir en el nivel de la atención primaria. Para la tercera pregunta sobre PICO, el requisito era cualquier capacitación evaluada o intervención de sensibilización con el objetivo de mejorar la capacidad de comunicación sobre problemas relacionados con la salud sexual por parte de los prestadores de salud de atención primaria. Los datos de los artículos se extrajeron por entorno, población, tipo de estudio, aleatorización, enmascaramiento, intervención, comparación, valoración y resultados. El GDL evaluó las pruebas en función de los resultados.

En la revisión sistemática se buscaron pruebas que indiquen si las CBS eran un enfoque eficaz; es decir, si había un fundamento para este tipo de comunicaciones. No se evaluaron las fortalezas ni las debilidades de las diferentes técnicas de las CBS, sino su efectividad general para la mejora de los resultados de los servicios de salud sexual. El GDL consideró que el proceso era un primer paso necesario antes de que se pudieran evaluar las técnicas clínicas específicas de las CBS. El siguiente paso sería el desarrollo de una directriz clínica técnica para las CBS, en función de la revisión sistemática de la efectividad de diversas técnicas de las CBS.

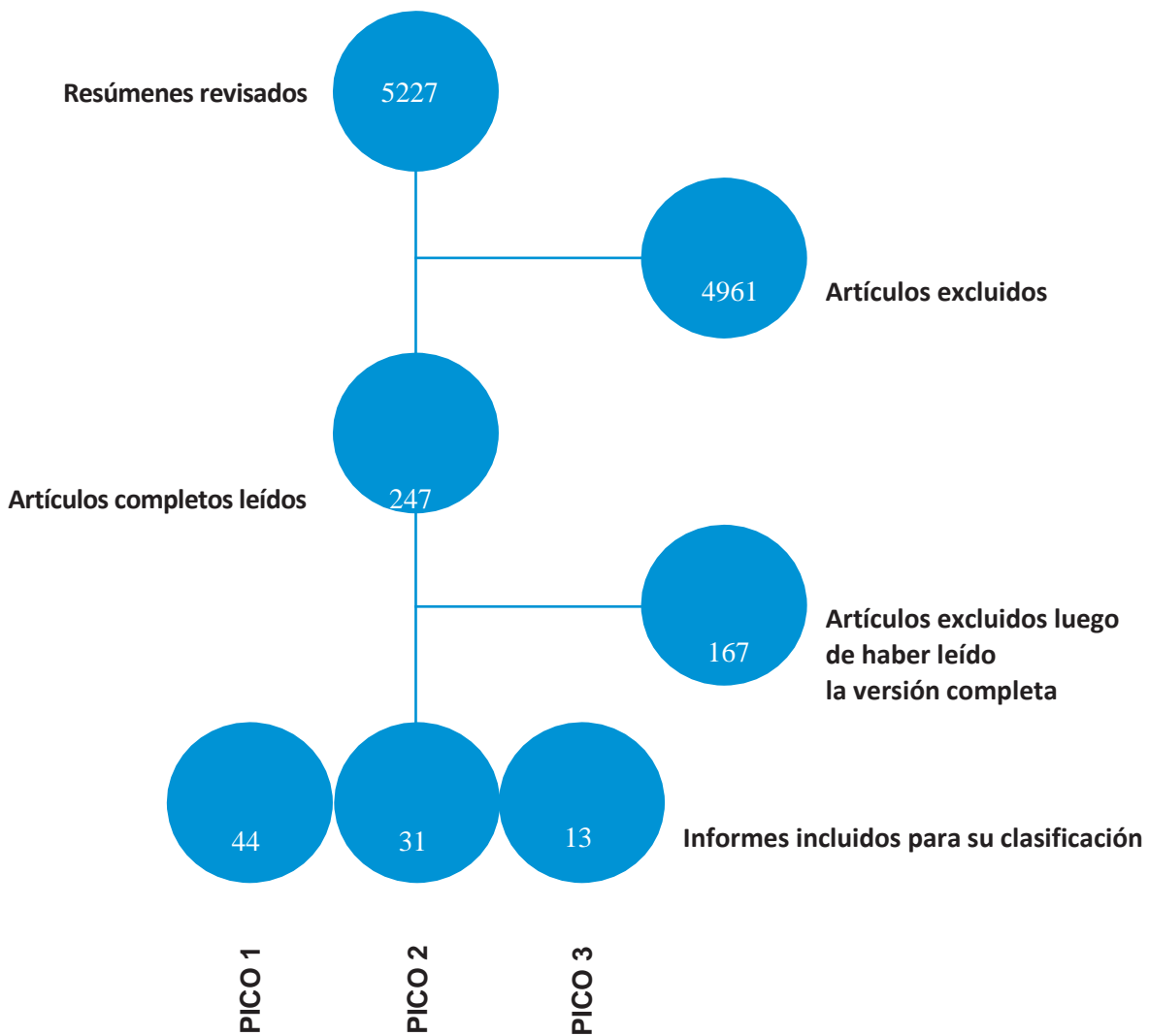
FIGURA 1 PROCESO DE SELECCIÓN PARA LA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Registros identificados mediante búsquedas en bases de datos:

Registros identificados mediante búsquedas de referencias y GDL:

Summons: 4057
 PubMed: 870
 Cochrane: 53
 Literatura gris: 9
 Revisión preliminar: 73

Referencias: 113
 GDL: 52



2.3

EL PROCESO DE DESARROLLO DEL DOCUMENTO DE LINEAMIENTOS

La primera reunión del GDL en persona se llevó a cabo del 10 al 12 de octubre de 2012.

Los resultados principales de la reunión fueron decisiones sobre lo siguiente:

- el alcance de este documento de lineamientos;
- el uso de las preguntas sobre PICO para regir la búsqueda sistemática de las pruebas (ver el Anexo 2) y la estrategia para obtener pruebas;
- la forma de trabajar del grupo y un entendimiento común del proceso de desarrollo de una directriz, guía o lineamiento de acuerdo con los requisitos de la OMS.

El GDL llevó a cabo varias conferencias telefónicas durante el proceso, así como también conversaciones por correo electrónico. Estas permitieron que la Secretaría de la OMS concluya los resultados relacionados con cada pregunta sobre PICO. Los miembros del grupo, luego, puntuaron la importancia relativa de cada resultado en una escala del 1 al 9. En esta escala, un puntaje de 7 a 9 indica que el resultado es crucial para tomar una decisión, un puntaje de 4 a 6 indica que es importante y un puntaje de 1 a 3 indica que es de baja importancia para la toma de decisiones. El puntaje promedio de cada resultado se usó para determinar su importancia relativa. Los resultados y las calificaciones se presentan en el Anexo 3.

La segunda reunión del GDL se llevó a cabo del 10 al 12 de julio de 2013 con el fin de desarrollar las recomendaciones en función de las pruebas disponibles y de la experiencia técnica propia del grupo siguiendo el proceso GRADE. El GDL puso las pruebas en contexto y, para ello, tuvo en cuenta lo siguiente: los beneficios y perjuicios relativos de posibles recomendaciones; los valores y las preferencias probables de los prestadores de salud y los usuarios, así como también los estándares de derechos humanos, como los derechos a la información, al respeto y a la dignidad; los costos y el uso de los recursos, así como también otros problemas de factibilidad relevantes que se les presentan a los prestadores, incluidos los entornos de ingresos bajos y medianos, y diversos contextos sociales y culturales.

Las recomendaciones se elaboraron considerando la diversidad de los grupos destinatarios de este documento de lineamientos, incluidos los formuladores de políticas de salud y los responsables de la toma de decisiones en instituciones de capacitación en salud. Se llegaron a acuerdos por consenso unánime. Si el grupo no lograba un consenso, la votación se realizaba levantando las manos (por lo tanto, el sistema no es anónimo), y se aplicaba una regla de mayoría simple.

En los casos en que se necesitaba orientación, pero solo había evidencia científica de calidad baja o muy baja, se elaboró una recomendación haciendo uso de la pericia del Grupo asesor para el desarrollo de la directriz (GDL) y las consideraciones mencionadas anteriormente (Recomendación 2).

El borrador del presente documento que sirve de directriz se redactó a partir de las decisiones del GDL. El GDL revisó el primer borrador. La Secretaría recopiló todos los comentarios, revisó cada uno de ellos y agregó las respuestas correspondientes en formato tabulado. A continuación, se hicieron los cambios pertinentes en el documento antes de enviar la versión modificada a los miembros del GDL para que realicen la revisión final.

2.4

PREPARACIÓN DEL DOCUMENTO Y REVISIÓN POR PARES

Los miembros del GDL y revisores pares de los diversos grupos interesados directamente en este documento de lineamientos revisaron un segundo borrador de la guía sobre comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad (CBS). La lista de revisores se encuentra en el Apéndice 1. Los revisores pares indicaron que este documento les pareció pertinente, adecuado y oportuno. Se implementaron las modificaciones pertinentes sugeridas por el GDL y los revisores pares, y acordadas con el secretariado de la OMS. Posteriormente, el Comité de Revisión de Lineamientos revisó el presente documento, y se realizaron modificaciones adicionales.

CAPÍTULO 3

3.1

DEFINICIÓN

Las «recomendaciones de buenas prácticas» son principios globales derivados de una combinación de sentido común, opiniones de expertos, prácticas estándares profesionales y acuerdos internacionales establecidos sobre ética y derechos humanos; pueden estar sustentadas por pruebas científica o no estarlo ⁽⁷⁶⁾.

Las recomendaciones de buenas prácticas se consideran fundamentales para aclarar o contextualizar recomendaciones técnicas específicas. Son de particular importancia cuando es necesario implementar cambios en entornos que pueden resultar hostiles o negativos, como los relacionados con la sexualidad y con la salud y el bienestar sexuales. Dada la prevalencia del tabú y el estigma en relación con las normas y prácticas sexuales en numerosas partes del mundo, así como la existencia de obstáculos legales para el acceso de algunas poblaciones a servicios de salud, ya sean privados o públicos, el GDL consideró necesario incluir una recomendación de esta índole en el presente documento de lineamientos (ver la sección 3.2.1).

3.2

RESPETAR, PROTEGER Y GARANTIZAR EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS HUMANOS

Las violaciones de los derechos humanos, mediante la exclusión social y la desigualdad de género, entre otras formas, aumentan la vulnerabilidad de la población general y de grupos específicos frente a una variedad de resultados insatisfactorios en términos de salud sexual. Por ejemplo, el desequilibrio de poder en las relaciones sexuales puede reducir la capacidad de negociar la protección contra embarazos o enfermedades ^(30, 40); la discapacidad expone a las personas a un

mayor riesgo de sufrir violencia de género ^(39, 104, 21); la falta de acceso a la educación, incluidas la educación sexual y la adquisición de las habilidades fundamentales para la vida, puede despojar de facultades a los jóvenes e incapacitarlos para tomar decisiones seguras con respecto a su sexualidad y para mantener relaciones sexuales que refuercen su salud y bienestar ⁽⁴⁾; el estigma sexual o los prejuicios acerca de la homosexualidad ⁽⁹²⁾ pueden exponer a las personas lesbianas, homosexuales y bisexuales a un mayor riesgo de sufrir violencia y tener resultados insatisfactorios en términos de salud sexual y mental ⁽¹⁰¹⁾. La violencia y el estigma pueden exponer a personas transgénero y profesionales del sexo a un mayor riesgo de tener resultados deficientes en términos de salud sexual, además de reducir su acceso a diferentes servicios ⁽⁹³⁾. Las expectativas de género con respecto a los hombres también pueden poner en riesgo la salud sexual. Por ejemplo, la interpretación social de la masculinidad en determinados entornos puede aumentar la presión sobre hombres (jóvenes) para que corran riesgos y demuestren su potencia y desempeño sexual, mientras que faltan servicios de salud sexual específicamente diseñados para satisfacer las necesidades de hombres jóvenes ⁽⁷⁰⁾.

El respeto, la protección y el ejercicio de los derechos humanos pueden tener un efecto mensurable en los resultados de salud sexual y de otra índole ^(55, 71). Los derechos sexuales incorporan ciertos derechos humanos que ya se reconocen en documentos de esa temática con alcances regional e internacional, así como en otros documentos consensuales y en leyes nacionales. Por lo tanto, la aplicación de los derechos humanos existentes a la sexualidad y a la salud sexual da origen a los derechos sexuales. Entre los tratados internacionales que describen estos derechos humanos se incluyen la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1965); el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (adoptado en 1966); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (adoptado en 1966); la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (adoptada en 1979); la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (adoptada en 1984); la Convención sobre los Derechos del Niño (adoptada en 1989); y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (adoptada en 2006).

Los derechos humanos que resultan especialmente importantes para las cuestiones de salud y bienestar sexuales son los derechos de todas las personas, sin ser sometidas a coerción, discriminación ni violencia, a lo siguiente:

- el grado máximo de salud que se pueda alcanzar, que incluye el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva;
- buscar, recibir y transmitir información relacionada con la sexualidad;
- respeto de la integridad corporal;
- elegir su pareja;
- decidir participar en actividades sexuales o no;
- las relaciones sexuales consensuadas;
- el matrimonio consensuado;
- decidir si tener hijos o no, cuándo y cuántos;
- gozar de una vida sexual satisfactoria, segura y placentera ⁽⁷¹⁾.

El estigma, la discriminación y los estereotipos de género han disminuido la calidad de los servicios de salud sexual (5, 8, 16, 69). Entre las dimensiones clave de un enfoque hacia las CBS la óptica de los derechos, se incluyen el consentimiento informado, es decir, el derecho de los usuarios a contar con toda la información concerniente a su estado de salud sexual y a las opciones de prevención y tratamiento para que puedan tomar decisiones informadas sobre el abordaje de inquietudes de salud relacionadas con la sexualidad (37). Asimismo, en conformidad con el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones (119) y con el derecho a la autonomía (71) —uno de los pilares de la ética asistencial— los usuarios tienen derecho a las «opciones de diagnóstico y tratamiento basadas en pruebas que estén a su disposición a fin de participar activamente en el proceso de toma de decisiones» (69). Un enfoque hacia las CBS desde la óptica de los derechos también requiere el compromiso de los prestadores de salud con la confidencialidad y un entorno para el proceso de CBS que facilite tal confidencialidad.

En la sociedad actual, se presta muy poca atención a los derechos humanos de los usuarios y a su capacidad de ejercerlos (94, 96). Según observan Van Reeuwijk y Nahar, «(un) enfoque sexual positivo y basado en los derechos puede tener efectos que incluyan otorgar facultades y reducir la desigualdad de género, la violencia sexual, la vergüenza, el temor y la inseguridad, la discriminación y el estigma» (143: 67). Además, un enfoque hacia la comunicación y la educación relacionadas con la sexualidad que se base en otorgar facultades tiene mayores probabilidades de lograr los resultados de salud sexual deseados que un enfoque no orientado a los derechos (122, 131).

RECOMENDACIÓN DE BUENAS PRÁCTICAS

Los responsables de elaborar políticas de salud y tomar decisiones en las instituciones de capacitación profesional en atención de la salud necesitan asegurarse de que, cuando se introduzcan las CBS, se respeten, se protejan y se garantice el ejercicio de los derechos humanos de los usuarios.

CAPÍTULO 4

4.1

RECOMENDACIÓN 1:

COMUNICACIONES BREVES ACERCA DE LA SEXUALIDAD PARA PREVENIR LAS ITS

RECOMENDACIÓN 1

Las CBS se recomiendan para la prevención de las ITS entre adultos y adolescentes en el ámbito de la atención primaria de la salud.

Recomendación fuerte; calidad de las pruebas de baja a moderada.

4.1.1 Antecedentes

Tanto los adultos como los adolescentes consideran que los prestadores de salud son una fuente confiable de información sobre la salud ⁽⁴⁹⁾ y con frecuencia se sienten dispuestos a hablar con ellos acerca de cuestiones relacionadas con la sexualidad ⁽¹⁰⁾. Sin embargo, los prestadores de salud por lo general no adoptan una actitud proactiva para entablar conversaciones con los usuarios sobre la salud y el bienestar sexuales ^(6, 17). Los mismos usuarios a menudo tienen que plantear las cuestiones, aun cuando puedan sentirse incómodos ^(41, 44).

La mayoría de los programas de salud sexual se centran en la prevención de embarazos no deseados y en la prevención y el tratamiento de las ITS; casi la totalidad de la bibliografía acerca del empleo de habilidades para el asesoramiento sobre salud sexual está dedicada a las ITS. Esto demuestra que el apoyo de los prestadores de salud puede marcar una diferencia en lo que respecta a ayudar a los usuarios a prevenir las ITS ⁽⁴⁶⁾.

No obstante, los hombres, las mujeres y las personas con géneros y sexualidades alternativos en las diferentes culturas tienen percepciones y capacidades distintas con respecto a la prevención de las ITS, que pueden estar influenciadas por una amplia variedad de inquietudes y problemas relacionados con su salud y su bienestar sexuales (o los de sus parejas), para los cuales también necesitan encontrar apoyo en los servicios de salud ⁽¹⁴⁰⁾. Puede tratarse de problemas relacionados con enfermedades, como problemas sexuales causados por enfermedades crónicas, tratamiento contra el cáncer o diabetes, o por ITS ^(45, 111); o pueden ser problemas interpersonales, psicológicos o sociales ^(12, 69).

Sin embargo, aparte de los psicólogos, sexólogos y terapeutas sexuales, los prestadores de salud no reciben motivación ni la capacitación suficiente para que se sientan cómodos diagnosticando estos problemas con el objetivo de ayudar a las personas que buscan atención ^(2, 44, 55, 132).

Las percepciones propias de las personas respecto de las inquietudes o de los problemas de índole sexual son muy diversas, subjetivas y propias de cada relación en términos de naturaleza y gravedad. Entre las dimensiones clave identificadas como indicadores de resultados en relación con las inquietudes individuales de salud sexual se incluyen la preocupación de las personas por la forma y el tamaño del pene, genitales externos femeninos, las mamas; su rendimiento sexual o satisfacción sexual, o los de su pareja; su identidad de género; su orientación y sus relaciones sexuales.

La adolescencia es un período de desarrollo personal y formación de la identidad. Por lo tanto, implica una oportunidad crítica para garantizar una transición exitosa hacia la adultez ⁽⁵⁶⁾. La expresión de la sexualidad y la experimentación sexual constituyen un aspecto previsible y saludable de la adolescencia ⁽⁸⁸⁾. Muchos adolescentes lidian con los cambios de identidad y de la imagen corporal, y con su desarrollo sexual sin recibir información ni apoyo psicológico que los ayude a contrarrestar conceptos erróneos, temores e inseguridades ^(5, 143). La adolescencia es un período de exploración y definición de las limitaciones personales como parte del proceso de transformarse en adulto ⁽¹⁴¹⁾. Se demostró que las reacciones negativas a la revelación por parte de los adolescentes de su homosexualidad o bisexualidad tienen un efecto perjudicial en su salud y aumentan los casos de depresión, drogadicción y relaciones sexuales sin protección, con el consiguiente aumento de la vulnerabilidad a las ITS ⁽¹²⁴⁾.

Los adolescentes tienen una capacidad cada vez mayor de actuar para ejercer su derecho a la salud ⁽³⁰⁾, y esto puede potenciarse mediante la prestación de los servicios adecuados ^(34, 96). En uno de los estudios que forman la base empírica de este documento que sirve de directriz, se demostró que los adolescentes que hablan con prestadores de salud sobre el VIH presentan mayores probabilidades de usar preservativos y tomar otras precauciones para prevenir la infección ⁽⁴¹⁾. Sin embargo, el acceso de los adolescentes a los servicios, que podrían brindarles el apoyo que necesitan en este proceso, a menudo se ve obstaculizado por normas culturales ^(13, 96, 129). Existe una amplia brecha entre lo que los adolescentes buscan en los servicios de salud a la hora de tratar ciertas cuestiones y lo que se les ofrece ^(96, 143).

El marco de la OMS para los programas de salud sexual señala que: «se necesitan estrategias específicas para ampliar los servicios y ponerlos a disposición de grupos de difícil acceso, como los adolescentes y jóvenes que no asisten a instituciones educativas o que están desempleados; refugiados; profesionales del sexo jóvenes; niños de la calle; niños víctimas de abuso sexual; jóvenes lesbianas, homosexuales y bisexuales; y usuarios de drogas. Un aspecto importante que se debe tener en cuenta cuando se identifica a las personas de difícil acceso es la naturaleza compleja de la vulnerabilidad. Los servicios deben estar disponibles y se debe poder acceder a ellos sin necesidad del consentimiento de los padres, teniendo en cuenta la capacidad en desarrollo de los jóvenes y lo que más les conviene» ^(37,38).

Es necesario que los enfoques hacia la salud sexual de los adolescentes acepten la sexualidad como un aspecto normal y positivo de la vida de las personas, «que les permitan a los jóvenes explorar, experimentar y expresar su sexualidad de formas saludables, positivas, placenteras y seguras. Esto solo puede ocurrir si se respetan los derechos sexuales de los jóvenes» ^(143, 69).

4.1.2 Pruebas disponibles

Las pruebas identificadas en la revisión sistemática permitieron demostrar que las CBS mejoran los conocimientos sobre salud sexual, las intenciones de participar en prácticas sexuales más seguras

y las actitudes al respecto, y las habilidades para prevenir las ITS. Estas mejoras se sostuvieron durante 12 meses ^(24, 107). En los estudios se describieron los efectos de estas mejoras de diferentes maneras y en distintas poblaciones, incluidos grupos que son particularmente vulnerables. Según los estudios, las CBS tuvieron los siguientes resultados: disminución de los comportamientos sexuales de riesgo, aumento del uso regular de preservativos masculinos informado ^(32, 85, 107), especialmente en poblaciones de alto riesgo ^(47, 81, 114), y disminución de la incidencia de las ITS ^(32, 47, 79, 85, 107, 147). Según 4 estudios, las CBS contribuyeron a disminuir la cantidad de parejas sexuales y los episodios de prácticas sexuales sin protección ^(24, 81, 85, 114). En un artículo se demostró un aumento significativo del uso de guantes durante la penetración digital de la vagina después del tratamiento de la vaginosis bacteriana (VB) entre parejas de mujeres homosexuales ⁽⁹⁵⁾.

No existe un modelo único de CBS y no todos los informes de estudios emplean la misma terminología para describir sus métodos o resultados. Todos los estudios sobre CBS que se aceptaron como prueba de la revisión sistemática para este documento tenían componentes similares de las CBS, por ejemplo, hacer preguntas sobre salud sexual, proporcionar información y apoyar a los usuarios para que desarrollen la confianza en sí mismos y las habilidades necesarias para proteger su salud y bienestar sexuales. Para todos estos componentes se empleó un enfoque centrado en el usuario, que incluyó cómo utilizar los preservativos correctamente ^(32, 47, 81, 114) y cómo negociar el uso de preservativos ^(32, 47, 81, 107, 114), que son factores clave para la prevención de las ITS.

En un estudio con mujeres profesionales del sexo que se llevó a cabo en centros de atención de Antananarivo y Toamasina, Madagascar, se utilizaron CBS. El personal de enfermería tuvo intercambios de 15 minutos con cada participante que incluyeron realizar una evaluación individual de los riesgos, conversar acerca de la transmisión sexual de enfermedades y verificar los conocimientos básicos de las participantes sobre las ITS y el VIH, abordar la protección doble (contra ITS y embarazos no deseados), demostrar el uso de preservativos y darles a las participantes la oportunidad de practicar con modelos, reforzar las habilidades para negociar el uso de preservativos, y promover la política «sin preservativo no hay relaciones sexuales». El personal de enfermería adaptó las CBS a las circunstancias individuales ⁽⁴⁷⁾.

Las CBS se emplearon en un estudio en el que participaron mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres. En un centro de investigación dedicado a la salud de las mujeres en los Estados Unidos, los prestadores de salud comenzaron con una entrevista autoadministrada asistida por computadora para evaluar los riesgos conductuales, ya que se demostró que con este método se obtienen tasas significativamente mayores de divulgación en cuanto a la conducta homosexual y a las conductas no consideradas deseables en comparación con los cuestionarios autoadministrados ^(95, 142). En esta intervención se abordaron 4 factores. A fin de tratar la propensión percibida a la VB, se concientizó a las participantes sobre la prevalencia relativamente alta de la VB entre mujeres que dicen mantener relaciones sexuales con otras mujeres y el alto grado de concordancia de la VB en parejas de mujeres homosexuales monógamas. La gravedad percibida se trató concientizando a las participantes sobre los síntomas de la VB y sus consecuencias. A fin de abordar los beneficios percibidos, los prestadores «hicieron hincapié en los beneficios de la prevención y del tratamiento de la VB, incluida la posibilidad de reducir las probabilidades de contagiar la VB a parejas del sexo femenino. Por último, se habló con las participantes acerca de los obstáculos percibidos para la implementación de la intervención conductual, que incluye maneras de incorporar la limpieza de juguetes sexuales o el uso de preservativos masculinos en juguetes sexuales a los hábitos sexuales de las participantes» ^(95:3).

En un estudio con mujeres profesionales del sexo que se llevó a cabo en Tijuana y Ciudad Juárez, México, se abordaron 4 áreas con las CBS : «(i) motivaciones para tener prácticas sexuales más seguras (p. ej., proteger la salud propia, evitar las ITS, sentirse limpias) frente a las motivaciones para tener prácticas sexuales de riesgo (p. ej., ganar más dinero); (ii) obstáculos para el uso de preservativos (p. ej., amenazas de violencia física); (iii) técnicas de negociación para tener relaciones sexuales más seguras con los usuarios; y (iv) fortalecimiento de diversas formas de apoyo social» ^(114:2052).

Según 2 estudios, no existe ninguna diferencia en los resultados entre las intervenciones con CBS y las intervenciones más intensivas; ambos casos presentaban cierta dimensión conductual ^(24, 85). En otro estudio se demostró que las CBS individuales impartidas por un médico resultan más eficaces que el aprendizaje entre pares ⁽⁴⁷⁾.

Kamb y col. ⁽⁸⁵⁾ descubrieron que, además del valor de la dimensión interactiva de la conversación entre el prestador de salud y el usuario, la elaboración de un plan personalizado de reducción de riesgos tuvo una función clave en la eficacia de las CBS (p. ej., aumento del uso de preservativos y menor cantidad de casos de ITS). En otros estudios se profundizó al respecto. Por ejemplo, Patterson y col. ⁽¹¹⁴⁾ describieron cómo las CBS podrían ayudar a identificar y superar los obstáculos que impiden la implementación. Como parte de esto, se tuvieron en cuenta los posibles riesgos de violencia y el modo de evitarlos.

Con respecto a las intervenciones grupales, un estudio realizado en 2 centros de atención públicos de ITS en Nueva York, en el que se empleó una intervención de 45 minutos con grupos de 4 a 8 participantes, tuvo como resultado una reducción del 23 % en la incidencia de las ITS durante 17 meses de seguimiento, además de mejoras en las actitudes y en el conocimiento sobre el uso y la eficacia de los preservativos ⁽¹³⁸⁾. Mediante un estudio realizado en centros de atención de ITS en zonas urbanas marginales de Los Ángeles, en el que se empleó una intervención grupal en la sala de espera que consistió en comparar distintos tipos de aportes (un enfoque relacionado con la influencia social frente a un enfoque de habilidades), se descubrió una disminución de los casos de reinfección de ITS entre hombres, pero no entre mujeres, con ambos enfoques grupales ⁽³²⁾. Teniendo en cuenta los resultados de este estudio, el GDL concluyó que, si bien las intervenciones grupales pueden ser eficaces, las CBS individuales tienen mayores probabilidades de llegar a una variedad más amplia de usuarios. Esta opinión se ve reforzada por el estudio anteriormente mencionado con mujeres profesionales del sexo en Madagascar, en el que se comparó el aprendizaje entre pares con las CBS entre prestadores de salud y pares, y en el que se observaron mejores resultados en cuanto a la reducción de casos de ITS con el asesoramiento de los prestadores de salud ⁽⁴⁷⁾.

El estudio clave con adolescentes que permite respaldar esta recomendación es uno que se llevó a cabo en Washington DC y en el que se utilizó el programa ASSESS (acrónimo formado por las palabras inglesas *Awareness, Skills, Self-efficacy/Self-esteem* y *Social Support*; en español: concientización, habilidades, autoeficacia/autoestima y apoyo social). Este programa aboga por «aumentar el reconocimiento consciente de situaciones por parte de los adolescentes respecto de los riesgos sexuales, las habilidades para evitar situaciones sexuales de riesgo, la autoeficacia (p. ej., la creencia de que es posible resistir la presión del grupo) y el apoyo social (p. ej., cuando los adolescentes se sienten alentados por el médico)» ^(17: 109). El estudio consistió en una evaluación de riesgos de 11 preguntas para los adolescentes y una grabación de audio en respuesta a sus inquietudes, seguida de una sesión de asesoramiento sobre prevención de las ITS y del VIH con prestadores de salud y complementada con folletos informativos para los adolescentes y sus padres. Después de 3 meses, se observó que los usuarios del grupo que recibió la intervención hacían un mayor uso de los preservativos para tener relaciones sexuales, pero este efecto se disipó a los 9 meses. Sin embargo, los resultados relacionados con ITS notificados por los participantes sugirieron un efecto positivo del programa a los 9 meses, lo que indica que «el efecto acumulado del aumento de la conciencia y del uso de preservativos por parte de los adolescentes fue una disminución del riesgo sexual» ^(17: 113).

Si bien las CBS adoptan muchas formas, en este caso, la parte de la evaluación de la salud sexual de la grabación de audio que los adolescentes escuchaban al principio de la sesión consistía en 11 preguntas (con las opciones de respuesta «sí», «no» y «no corresponde») acerca de sentimientos y conductas que podrían estar relacionados con la transmisión de las ITS o del VIH (incluidos sentimientos de atracción sexual; experiencias de abrazar y besar; capacidad de negarse a tener

relaciones sexuales; experiencias de masturbación, sexo vaginal, oral o anal; uso de preservativos y consumo de alcohol o drogas recreativas). En la parte educativa final de la grabación, se describía la posible relación de cada opción de respuesta con el riesgo de infección por el VIH o de transmisión de las ITS ⁽¹⁷⁾. La conversación entre el prestador de salud y el usuario tuvo lugar después de que el usuario había escuchado la grabación y respondido a su contenido. Los padres y los adolescentes recibieron materiales de lectura para llevárselos a su casa.

Se sugirió que es necesario realizar varias sesiones de intervención para lograr cambiar la conducta sexual, pero las pruebas ponen en duda esta opinión. De acuerdo con 6 estudios, una sola intervención de CBS es tan eficaz como varias ^(17, 24, 81, 107, 114, 147).

Según 4 estudios, las intervenciones breves fueron tan eficaces como las intensivas, en este sentido, «breves» se refiere a las CBS individuales con prestadores e «intensivas» hace alusión a una capacitación en habilidades más exhaustiva, por lo general en grupos con apoyo entre pares y procesos interactivos, como representaciones ^(24, 81, 85, 95). Por esto, resulta aún más adecuado incorporar las CBS a los servicios regulares.

En 2 estudios se descubrió que la motivación de los usuarios puede afectar la eficacia de las CBS. Por ejemplo, las personas que ya tienen o tuvieron una ITS se sienten más motivadas para prevenir problemas de salud sexual en el futuro ^(85, 147). La falta de motivación de los usuarios para asistir a intervenciones intensivas también refuerza el valor de incorporar las CBS a las consultas regulares entre prestadores de salud y usuarios. Carey y col. observaron que el proceso de completar una evaluación inicial en sí puede haber influenciado la conducta ⁽²⁴⁾.

4.1.3 Ponderación de beneficios y perjuicios, factibilidad y aceptabilidad

Beneficios y perjuicios

Los beneficios de la intervención son mayores que los perjuicios.

Todas las personas tienen derecho a recibir servicios de salud sexual que las ayuden a prevenir y tratar las ITS. Al mismo tiempo, el proceso de las CBS si es eficaz, podría hacer que los usuarios sean más firmes con sus parejas (p. ej., con respecto al uso de preservativos) y esta firmeza podría, a su vez, poner en peligro a los usuarios ⁽³²⁾. Los prestadores de salud bien capacitados estarán conscientes de este riesgo y podrán mencionarles el tema a los usuarios y sugerir maneras de abordarlo. Si bien romper el silencio con respecto a las inquietudes de índole sexual puede resultar estresante para los usuarios a corto plazo, a la larga el proceso es fundamental para mejorar su salud sexual. Además, la falta de apoyo a los usuarios para proteger y promover su salud no solo debilita su salud, sino que también aumenta los costos del sistema de salud ^(28, 109).

Los adolescentes tienen derecho a buscar y recibir información ⁽¹¹⁸⁾. Ante la falta de la información, el apoyo y las habilidades que se necesitan para promover y proteger su salud y bienestar, los adolescentes pueden sufrir perjuicios, tales como estigma, tristeza, vergüenza, culpa y ansiedad, además de ITS y embarazos no deseados ^(87, 117).

No existe ninguna prueba de que las CBS aumenten la actividad sexual en general, incluso entre adolescentes ⁽¹⁷⁾.

De acuerdo con la recomendación de proporcionar comunicaciones breves acerca de la sexualidad

(CBS), es necesario que los prestadores de salud hayan recibido la capacitación adecuada (ver la recomendación 2).

Si los prestadores cuentan con la capacitación adecuada, las cuestiones de índole sexual planteadas por los usuarios pueden tratarse durante una consulta breve al prestador de atención primaria, y solo los temas más complejos requerirían una derivación⁽⁸⁸⁾. No obstante, a veces los problemas de salud sexual de las personas (o los problemas de salud de origen fisiopatológico que dan origen a dificultades sexuales) se encuentran más allá de la capacidad profesional de los prestadores en el primer nivel de atención. En este contexto, los prestadores de salud necesitan saber cuáles son los otros servicios disponibles y derivar a los usuarios según sea necesario. Ofrecer CBS en un contexto en el que los prestadores carecen de la capacidad para tratar ciertas cuestiones, ya sea directamente o mediante una derivación, puede tener resultados poco satisfactorios.

Factibilidad y aceptabilidad

En algunos de los estudios, directamente se evaluó la factibilidad de la intervención. Para un estudio reciente realizado en Rusia, se seleccionó a hombres y mujeres para que recibieran una intervención motivacional y de desarrollo de habilidades de 60 minutos de duración con el objetivo de reducir las conductas de riesgo en relación con el VIH, o solo material impreso sobre la prevención de la infección por el VIH. El seguimiento se realizó a los 3 y 6 meses, y el grupo que recibió la intervención presentó una disminución significativa de la cantidad de relaciones sexuales sin protección⁽⁸⁴⁾. La factibilidad de las CBS en una sola sesión en ámbitos de atención de la salud se evaluó en Sudáfrica⁽⁸⁴⁾, Kenia, Tanzania y Trinidad⁽¹³⁷⁾, y México⁽¹¹⁴⁾. De acuerdo con los resultados, la intervención es factible como parte de los programas de prevención de las ITS y de la infección por el VIH en entornos de ingresos bajos y medianos, así como en diferentes contextos culturales.

En un estudio realizado en los Estados Unidos, se comparó a mujeres aleatorizadas para recibir una sola sesión de intervención basada en habilidades con el objetivo de reducir los riesgos sexuales, es decir, una intervención de CBS, con mujeres que recibieron una intervención educativa en la que solo se trató el tema del VIH. En este caso, casi todas las pacientes del grupo que recibió la intervención de CBS regresaron para la evaluación de seguimiento a los 3 meses, y este grupo notificó un uso significativamente mayor de preservativos. Se descubrió que las CBS eran más factibles que las intervenciones grupales, el método de intervención considerado más eficaz⁽¹⁰⁾.

Aunque en los estudios anteriores se demostró una aceptabilidad implícita en la medida en que los usuarios regresaban para recibir más sesiones, pocos evaluaron directamente la aceptabilidad de las CBS. En algunos de los estudios se cuestionó la aceptabilidad de las CBS por parte de los usuarios y los prestadores de salud cuando se realizan con parejas⁽¹³⁷⁾, y la aceptabilidad por parte de los pacientes solo cuando las CBS están relacionadas con las pruebas del VIH y de las ITS⁽⁸⁴⁾. Sin embargo, en otros estudios se confirmó la aceptabilidad de la intervención en algunas poblaciones. En un estudio de métodos mixtos sobre la aceptabilidad de las CBS para mujeres durante el puerperio y el período de lactancia en los Estados Unidos, para la gran mayoría de las mujeres que participaron, la evaluación resultó aceptable e importante⁽⁴³⁾. Se necesitan más estudios para evaluar la aceptabilidad de la intervención, particularmente en países de ingresos bajos y medianos, a fin de adaptarla a las necesidades de diferentes poblaciones en diversos contextos.

Temas de debate adicionales

Como son los prestadores de salud quienes proporcionan las CBS, es más probable que estas no se vean afectadas por la sensibilidad cultural que existe en numerosos contextos con respecto a la divulgación de información y al apoyo a los adolescentes en relación con la sexualidad, suponiendo que el prestador de salud haya recibido la capacitación adecuada, tal como se menciona en la sección 4.2. No obstante, es posible que los padres de adolescentes necesiten estar seguros y

tranquilos con respecto a las CBS ⁽¹⁷⁾.

Las CBS constituyen solo una de las intervenciones necesarias para apoyar a los adolescentes a fin abordar sus inquietudes de salud sexual y reducir los casos de ITS y embarazos no deseados. Por lo tanto, no se debería dar preferencia a las CBS por encima de otras intervenciones eficaces, como la educación sexual integral en las instituciones educativas. Además, dado que las pruebas muestran que no todos los cambios producidos por las CBS se sostienen a largo plazo, es necesario que las intervenciones continúen.

4.2

RECOMENDACIÓN 2: CAPACITACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

RECOMENDACIÓN 2

Se recomienda capacitar a los prestadores de salud para que adquieran conocimientos sobre salud sexual y las habilidades necesarias para las comunicaciones breves acerca de la sexualidad.

Recomendación fuerte; calidad de las pruebas de baja a muy baja.

4.2.1 Antecedentes

Se identificaron pocos estudios centrados en la capacitación de los prestadores de salud a fin de conversar con sus usuarios sobre temas relacionados con la sexualidad ^(2, 55, 57, 77). Es posible que los prestadores de salud no reconozcan los signos de problemas de salud sexual. Por ejemplo, puede que se centren en los síntomas físicos de violencia sexual en la pareja y pasen por alto signos menos obvios, como los que apuntan a una salud mental impactada ⁽⁶⁸⁾. La incomodidad para conversar sobre prácticas sexuales y emplear términos relacionados con el sexo, la insuficiencia percibida de su desempeño, la falta de información sobre opciones de tratamiento, el temor a ofender a los usuarios, la vergüenza de los prestadores con respecto a la sexualidad y las limitaciones de tiempo se han identificado como obstáculos importantes que impiden hablar sobre las experiencias sexuales y proporcionar asesoramiento ^(41, 44, 49, 55, 69, 110, 61, 132). Tal incomodidad no es necesariamente igual para todas las cuestiones relacionadas con la

salud sexual. Por ejemplo, en un estudio se descubrió que a los prestadores de salud les resultaba más fácil conversar con los usuarios sobre la prevención de la infección por el VIH en general y la importancia de usar preservativos que sobre conductas sexuales de riesgo o nocivas específicas o cómo hablar con la pareja sobre el uso de preservativos ⁽⁴¹⁾. En un estudio en el que participaron médicos generalistas y personal de enfermería, se notificó que percibieron obstáculos particulares con los usuarios que se diferenciaban de ellos, por ejemplo, en cuanto a la orientación sexual, al género o al origen étnico ^(55, 73), o que tenían discapacidades intelectuales ⁽¹⁾. La religión, la política, la dinámica familiar y otros factores determinan las creencias de los prestadores de salud y sus acciones en la práctica de su profesión ^(66, 86, 98).

En diversos estudios sobre cuestiones relacionadas con la sexualidad, como el aborto ^(65, 91), la salud materna ^(82, 125) y el VIH ^(67, 135), se descubrió que ciertas actitudes negativas por parte de los prestadores de salud constituyen obstáculos para la atención. Del mismo modo, los grupos que sufren estigma, exclusión o violencia por parte de la sociedad por razones de discapacidad u orientación sexual a veces repiten esta experiencia con los prestadores de salud, que deberían ayudarlos y atenderlos de manera comprensiva y libre de juicios de valor ^(83, 151). Además, los estereotipos de género con frecuencia determinan las interacciones de los prestadores de salud con los usuarios ⁽¹¹⁵⁾, y la respuesta de los prestadores a los adolescentes que buscan atención de la salud sexual puede estar igualmente determinada por sus propias opiniones y experiencias ⁽³⁸⁾. Por todos estos motivos, es posible que los prestadores de salud promuevan intervenciones que estén más alineadas con sus propias creencias que con las necesidades y los deseos de los usuarios ⁽³⁷⁾.

La calidad de la relación entre el usuario y el prestador de salud afecta las acciones posteriores que llevan a cabo ^(66, 144). Una vez que los prestadores cuentan con el conocimiento y las habilidades para poner esos programas a disposición de los usuarios, pueden ayudarlos a implementar cambios duraderos en sus conductas relacionadas con la salud ⁽¹³⁸⁾.

Es posible aumentar la participación de los médicos para que promuevan conductas preventivas mediante la formación de los médicos y el apoyo del entorno ⁽¹⁷⁾. Capacitar a los prestadores para que adquieran habilidades comunicativas mejora su grado de comodidad al tratar cuestiones de índole sexual ⁽⁶⁹⁾. Se demostró que la capacitación de los prestadores de servicios en sexualidad y salud sexual es uno de los factores clave para aumentar el uso de los servicios, y esto incluye a los adolescentes. Se demostró que estrategias de intervención como Values Clarification ⁽¹⁰³⁾, Health Workers for Change ⁽⁷²⁾, Stepping Stones ⁽¹⁴⁸⁾ e Inner Spaces Outer Faces ⁽²³⁾ ayudan a lograr una mejora significativa en cómo los usuarios perciben las actitudes de los prestadores con respecto a temas sociales controversiales, como la salud y los derechos sexuales y reproductivos ^(66, 87, 76, 145).

Por lo tanto, la necesidad de capacitar y preparar de manera eficaz a los prestadores de salud resulta fundamental para alentar y sostener el cambio conductual entre los usuarios ^(16, 19, 21, 24). No obstante, tras una revisión bibliográfica de los planes de estudios de las facultades de medicina de diferentes países, se descubrió que la capacitación en áreas como el registro de experiencias sexuales, la evaluación de medicamentos para tratar problemas sexuales y el tratamiento es «variable, carente de estandarización o inadecuada» ⁽¹¹⁰⁾. Una cumbre de educadores de facultades de medicina y expertos en salud sexual que se llevó a cabo en los Estados Unidos y en Canadá ⁽³³⁾ arrojó hallazgos similares. Por último, los planes de estudios de atención de la salud de todo el mundo carecen de capacitación específica en salud adolescente ⁽¹³³⁾.

Mejorar las comunicaciones relacionadas con la sexualidad depende de la inversión en capacitación que permita aclarar e influenciar de manera positiva los valores de los prestadores de servicios, con apoyo y supervisión de seguimiento intensivos ⁽³⁶⁾.

De acuerdo con la experiencia del GDL, la capacitación para superar los desafíos relacionados con la salud sexual que enfrentan los prestadores de salud debe incluir la adquisición de conocimientos sobre los aspectos de la sexualidad que surgen con mayor frecuencia en el entorno de la atención primaria de la salud. También debe apuntar a desarrollar las habilidades de los prestadores de servicios de salud para proporcionar asesoramiento e intervenciones breves. Entre estas se incluyen la escucha activa con empatía y la habilidad de hacer preguntas; la capacidad reflexiva, que incluye la comprensión de sus propias prácticas y actitudes con respecto a la sexualidad, y la capacidad de conceptualizar y optimizar su respuesta de forma tal que sea adecuada a las diversas necesidades de distintos usuarios ⁽²⁷⁾.

4.2.2 Pruebas disponibles

En primer lugar, es necesario que mediante la capacitación se sensibilice a los prestadores de salud para ayudarlos a reconocer sus propios valores y respuestas con respecto a diversos aspectos de la sexualidad y de la salud sexual. La capacitación debe proporcionarles los conocimientos y las habilidades de las CBS ^(17, 20, 41).

Se aceptaron 3 estudios de capacitación en servicio sobre las CBS como prueba de este documento de lineamientos:

1. En un estudio durante el cual todo el personal de 7 centros de atención del VIH en distintas partes de los Estados Unidos recibió capacitación según el plan de estudios Positive Steps, los prestadores presentaron aumentos significativos de su grado de comodidad y disposición para asesorar a usuarios después de la capacitación, y proporcionaron asesoramiento preventivo a los usuarios con mayor frecuencia ⁽¹³⁸⁾. Los usuarios notificaron que los prestadores y otros integrantes del personal de los centros de atención hablaron con ellos sobre prácticas sexuales más seguras y les proporcionaron información con mayor frecuencia 12 meses después de iniciada la intervención, en comparación con el período anterior a la intervención ⁽¹³⁸⁾. La capacitación incluyó un taller previo como componente de autoaprendizaje, un taller de 4 horas de duración y una sesión de refuerzo de 2 horas entre 4 y 6 semanas después de la capacitación inicial. La capacitación fue interactiva e incluyó disertaciones, debates, modelos de charlas de prevención y representaciones. La capacitación consistió en 4 dominios: facultar a los prestadores para que reconozcan que los usuarios participan en prácticas sexuales de riesgo, iniciar una conversación sobre riesgos con los usuarios, desarrollar un plan de reducción de riesgos de manera coordinada con los usuarios y reconocer la necesidad de mantener charlas continuas sobre los riesgos con los usuarios ⁽¹³⁸⁾. Mediante el estudio se llegó a la conclusión de que la capacitación de todo el personal de los centros de atención en las CBS puede generar un entorno que aliente a los usuarios a explorar sus inquietudes sobre salud sexual ⁽¹³⁸⁾.
2. En una intervención de capacitación llevada a cabo en 2 centros de atención primaria de un sistema de seguro médico en el estado de Washington, se descubrió que, tras la capacitación en CBS, aumentó la proporción de consultas durante las cuales los prestadores les preguntaron a los usuarios sobre sus actividades sexuales. Del mismo modo, se observó un aumento de los casos en los que los prestadores hablaron con los usuarios sobre el VIH y las ITS, con mejores niveles en el caso de usuarios de alto riesgo. Los prestadores charlaron sobre las estrategias personalizadas de reducción de riesgos, un elemento importante para lograr el cambio conductual. Los efectos en los esfuerzos de los prestadores se mantuvieron durante un período de seguimiento de 9 meses ⁽⁴¹⁾.

3. En el tercer estudio, realizado con médicos del área metropolitana de Washington DC, se descubrió que los prestadores que utilizaron los materiales educativos sobre cómo hablar de las ITS con los usuarios se desempeñaron significativamente mejor que los que no utilizaron tales materiales a la hora de obtener más información, presentar mejores habilidades de interacción con los usuarios y alcanzar un número mayor de las metas educativas ⁽²⁰⁾.

Los programas de capacitación diferían entre sí, pero todos incluían algún elemento educativo para aumentar los conocimientos, así como algunos elementos de práctica y desarrollo de habilidades interactivas. La sola provisión de materiales, sin la dimensión interactiva, tiene limitaciones. En un estudio de Bowman y col. ⁽²⁰⁾, se les dio a prestadores de salud materiales educativos (monografía, folleto y grabaciones de audio) a fin de ayudarlos a prepararse para un simulacro de consulta con un usuario. Posteriormente, el usuario ficticio le comentaba al prestador de salud sobre la calidad de la experiencia desde su punto de vista. Aunque los que utilizaron los materiales se desempeñaron mejor que los que no los utilizaron, los resultados no fueron ideales. Más del 90 % de los médicos aplicaron habilidades para hacer sentir cómodos a los usuarios, pero solo el 61 % reconoció la incomodidad de los usuarios e incluso menos lograron que los usuarios expresaran sus inquietudes ⁽²⁰⁾. Esto sugiere la importancia de la capacitación interactiva que incorpore el desarrollo de habilidades mediante simulacros de interacciones entre prestadores y usuarios ^(20, 44, 138).

Todos estos estudios permiten reforzar la importancia de apoyar a los prestadores equipándolos con una herramienta de detección de riesgos que los haga asegurarse de que las CBS se centren en las inquietudes y en el contexto específicos de los usuarios. En la evaluación del GDL, la limitación de estos estudios se debió a que se centraban en la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Por lo tanto, las evaluaciones de los prestadores no abordaban necesariamente inquietudes de salud sexual en términos más generales. El uso de una herramienta para orientar la evaluación constituye un hallazgo clave, pero el GDL propone que la herramienta se aplique a todos los aspectos de la salud y el bienestar sexuales, según las definiciones de la OMS. Otro de los componentes de la capacitación para prestadores de salud que se consideró eficaz en estos estudios fue su capacidad de apoyar a los usuarios para que desarrollaran un plan personal a fin de proteger su salud sexual ^(44, 138). Esto refuerza la prueba descrita en secciones anteriores del presente documento.

La búsqueda sistemática no permitió identificar pruebas aceptables sobre qué tipos de capacitación previa al servicio producirían los resultados más satisfactorios a la hora de desarrollar la capacidad de los prestadores de salud para ofrecer CBS eficaces. Sin embargo, de acuerdo con la experiencia del GDL, la capacitación previa al servicio les brinda a los prestadores de salud la oportunidad de obtener conocimientos más sistemáticos y desarrollar sus habilidades. Además, las lecciones aprendidas de los estudios en los que se trató de identificar qué es lo que hace que la capacitación en servicio sea eficaz podrían aplicarse al contexto de la capacitación previa.

4.2.3 Equilibrio de beneficios y perjuicios, factibilidad y aceptabilidad

Beneficios y perjuicios

Los beneficios de la intervención son mayores que los perjuicios. No obstante, es necesario analizar casos de inversión o realizar estudios de rentabilidad a mayor escala para promover las modalidades de capacitación adecuadas, particularmente en países de ingresos bajos y medianos.

La falta de capacitación adecuada disminuye la competencia y la confianza de los prestadores de salud para proporcionar atención de la salud sexual, incluidas las comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Si los prestadores se sienten ineptos o incómodos a la hora de tratar cuestiones relacionadas con la salud sexual, tal como se analizó en la sección de antecedentes anteriormente, es probable que eviten prestar servicios que resultan fundamentales. La incomodidad para conversar sobre prácticas sexuales y emplear términos relacionados con el sexo, la insuficiencia percibida de sus habilidades, la falta de información sobre opciones de tratamiento, el temor a ofender a los usuarios, la propia vergüenza de los prestadores con respecto a la sexualidad y las limitaciones de tiempo se han identificado como obstáculos importantes que impiden hablar sobre las experiencias sexuales y proporcionar asesoramiento ^(41, 44, 49, 55, 69, 78, 110, 132). Esto deja a los usuarios vulnerables no solo a la atención de mala calidad, sino también al abuso por parte de prestadores de salud incapaces de establecer la diferencia entre sus sentimientos personales y su función como profesionales. La capacitación de alta calidad puede ser beneficiosa para el logro de las metas relacionadas con los servicios de salud y para los usuarios que necesitan que los prestadores de salud reconozcan y aborden de manera eficaz sus inquietudes sobre la salud sexual. Cuando se sopesan el tiempo y los recursos necesarios para la capacitación en CBS en comparación con otras prioridades, se deben tener en cuenta los efectos preventivos de las CBS.

Factibilidad y aceptabilidad

En varios estudios se evaluó la factibilidad de la capacitación en servicio sobre las CBS para prestadores de salud que no recibieron previamente habilidades de asesoramiento ni capacitación mínima. La duración de las sesiones de capacitación con prestadores de salud que no recibieron ninguna capacitación previa varió entre 8 horas ⁽⁸¹⁾ y 2 semanas ⁽¹²⁸⁾; en el caso de los prestadores de salud que tenían habilidades básicas de asesoramiento, las sesiones duraron entre 2 horas ⁽⁸⁴⁾ y 3 días ⁽³⁵⁾. En todos los estudios se llegó a la conclusión de que la capacitación en servicio es factible en entornos de atención primaria de la salud.

En el estudio de Bowman, tal como se explicó en la sección anterior, se formaron parejas de médicos y pacientes ficticios ⁽²⁰⁾. Los médicos notificaron que este método de capacitación era aceptable y atractivo, y que constituyó una experiencia educativa eficaz. En un ensayo clínico controlado y aleatorizado llevado a cabo en Australia, se analizó un programa de capacitación en servicio en sexualidad de 3 días de duración para equipos interdisciplinarios que atienden a pacientes con lesiones de la médula espinal. El grupo que recibió la intervención mostró mejoras tanto en la comodidad como en la actitud para tratar temas de salud sexual con los pacientes ⁽⁵⁰⁾.

Temas de debate adicionales

La falta de más estudios sobre la capacitación eficaz en CBS, así como de estudios en el contexto de la capacitación previa al servicio, indica la necesidad de identificar programas de capacitación que enfoquen la salud sexual en su sentido más amplio (en lugar de centrarse solamente en las enfermedades) y que vayan más allá de proporcionar información para ayudar a desarrollar habilidades como parte de una orientación a los derechos humanos. Tales programas de capacitación deben estudiarse a fin de recopilar pruebas más sólidas para orientar el desarrollo de planes de estudios de capacitación previa al servicio y en servicio para prestadores de salud.

CAPÍTULO 5

El presente documento se publicará y estará disponible en inglés, francés, español y ruso. Según la disponibilidad de fondos, también se traducirá al árabe y al chino. Se ofrecerá en formato electrónico mediante los sitios web de la OMS y de organizaciones asociadas. La síntesis de las pruebas y las recomendaciones se publicarán en uno o más artículos de revistas científicas y se presentarán en conferencias sobre salud pública y sexual.

Este documento está diseñado para los responsables de elaborar políticas de salud y tomar decisiones en instituciones de capacitación para profesionales de la salud. La difusión tendrá lugar mediante oficinas regionales y de los países, centros colaboradores, asociaciones profesionales y organismos asociados. El proceso de implementación debe basarse en las características epidemiológicas de las ITS y del VIH, además del contexto local de la epidemia, y debe seguir la línea de las estrategias de prevención y control de ITS en el ámbito nacional, y debe incluir a todas las partes interesadas de cada país. A fin de facilitar este proceso, está previsto realizar una serie de talleres de introducción y validación en el ámbito regional, según los recursos disponibles.

Teniendo en cuenta el carácter delicado y la complejidad de algunas nociones en cuanto a la salud sexual, para el proceso de traducción se contará con la asistencia de un experto técnico, integrante del GDL o de alguna organización técnica asociada, que sea hablante nativo de uno de los idiomas oficiales de las Naciones Unidas a fin de garantizar la traducción correcta de los conceptos principales y de la terminología técnica, adaptados a los contextos socioculturales de cada ubicación.

La implementación requerirá un enfoque en fases. Este documento se distribuirá específicamente a los responsables de elaborar políticas de salud y a los defensores que se ocupan de las ITS, incluidas la infección por el VIH y el SIDA, tales como entidades gubernamentales, ONG, donantes y la sociedad civil, y en caso de existir, a grupos de trabajo del VIH y del SIDA formados por diversas partes interesadas en el ámbito nacional. La primera fase de la implementación se centrará en lograr que los integrantes de estos grupos comprendan los fundamentos y el valor de las CBS. Una vez suscitado su interés por incorporar las CBS, determinarán qué políticas y prácticas necesitan cambiarse a fin de orientar las intervenciones para prestadores de salud.

El documento también se distribuirá entre asociaciones profesionales de médicos y personal de enfermería, además de profesores responsables de tratar temas como la salud pública, la psicología y las ITS en facultades de medicina y enfermería. La supervisión consistiría en observar procesos para que estas personas participen en la evaluación de los planes de estudios existentes, con la idea de incluir de manera definitiva las CBS en los planes de capacitación.

CAPÍTULO 6

La escasez de datos disponibles para el desarrollo de este documento que sirve de directriz indica que debe realizarse mucho más trabajo para estudiar y validar las técnicas de las CBS en diversos ámbitos clínicos, en distintos países y con diferentes usuarios, así como con diferentes prestadores. Cuando la persona a cargo es un prestador del mismo o de diferente género, orientación sexual o grupo etario que el usuario, ¿Son las CBS más o menos efectivas? ¿Los resultados son diferentes si el prestador es un médico, un enfermero o un asistente social? ¿Hasta qué punto influye la propia conciencia de padecer un problema de salud sexual, en la actualidad o anteriormente, en la motivación y, por lo tanto, en la efectividad de las CBS? ¿Cuáles son los obstáculos para la implementación de las CBS en lugares de escasos recursos? ¿Cómo podría variar la implementación en ámbitos específicos de salud sexual, en comparación con ámbitos de atención de la salud en general?

Además de estas preguntas acerca de la implementación, hay pocos datos sobre la función que desempeñan las CBS en el abordaje de los factores que impulsan las deficiencias en términos de salud sexual y de derechos, como la baja autoestima (especialmente, como consecuencia de la discriminación, la extorsión o la violencia), los niveles bajos de autoeficacia y una baja percepción de bienestar sexual.

Teniendo en cuenta estas preguntas, el GDL ha identificado varias prioridades de investigación, que se describen en las secciones a continuación.

6.1

DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE UN RECURSO CLÍNICO

PRIORIDAD DE INVESTIGACIÓN

Desarrollar un lineamiento simple y estandarizado sobre las comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Ponerlo a prueba en distintos países, culturas, servicios de salud, usuarios con diferentes ingresos y usuarios destinatarios, y, además, adaptarlas según corresponda.

Al desarrollar y evaluar el recurso clínico de las CBS, se debe superar la idea de simplemente prevenir las ITS: es necesario abordar la sexualidad desde una perspectiva más holística, haciendo énfasis en la promoción de una sexualidad positiva, más que solo abordar disfunciones sexuales.

El recurso debe prestar especial atención a un entendimiento holístico y positivo de la salud sexual, evaluando la efectividad y la eficacia de las CBS en los parámetros de la salud integral, como la autoestima, el bienestar sexual y la satisfacción de las parejas, así como en la reducción de riesgos y la prevención de enfermedades. Este enfoque incluirá la recuperación tras la violencia, el acoso y la discriminación en distintas poblaciones, incluidas aquellas que están estigmatizadas a causa de su expresión de género o sexualidad, aquellas con orientaciones sexuales no normativas, las poblaciones de personas con discapacidad y las personas con VIH.

6.2

CAPACITACIÓN EN SERVICIO DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

PRIORIDAD DE INVESTIGACIÓN

Evaluar la provisión de capacitación en servicio a los prestadores de salud en distintos ámbitos de atención de la salud (incluidos aquellos donde se proporciona atención en general más que atención de la salud sexual) sobre el uso del recurso clínico antes mencionado, con el objetivo de integrar el recurso en los procedimientos existentes.

Los resultados que pueden evaluarse de inmediato incluyen la capacidad de los prestadores de salud para realizar lo siguiente:

- Entablar una buena relación (y lograr una «desensibilización» de modo que las experiencias personales no incidan en sus respuestas a los usuarios).
- Realizar un interrogatorio clínico y proporcionar información precisa y adecuada abiertamente y sin prejuicios.
- Ayudar a los usuarios a planificar qué medidas tomarán para fomentar su salud y bienestar sexuales.

Uno de los resultados que debe evaluarse es si la confianza de los prestadores de salud después de la capacitación se corresponde con el cambio conductual del usuario; para ello, se deben tener en cuenta ciertos factores, como la permanencia, el cumplimiento, la salud y la satisfacción de los usuarios. Con esta investigación también se evaluará la relación entre la extensión de las CBS y los resultados esperados a fin de brindar orientaciones más claras sobre la duración óptima de las CBS para que se generen cambios. El investigador considerará un equilibrio entre los costos y los efectos máximos, así como si existen estándares mínimos para la capacitación.

Junto con este estudio, deberá realizarse una evaluación de la efectividad de los módulos de capacitación entre los distintos prestadores de un sistema de salud.

6.3

ABORDAJE DEL SISTEMA DE SALUD Y OBSTÁCULOS OPERATIVOS QUE IMPIDEN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS CBS

PRIORIDAD DE INVESTIGACIÓN

Evaluar la implementación de las CBS a cargo de prestadores capacitados en distintos ámbitos de atención de la salud, en especial, en ámbitos de escasos recursos y en ámbitos en que se ofrece atención de la salud general más que atención de la salud sexual.

El objetivo será identificar y comprender la dinámica de los obstáculos operativos, los obstáculos para la implementación y los obstáculos del sistema de salud, así como los factores que posibilitan la implementación de las CBS. Con el estudio se evaluará el valor agregado o sinérgico de la inclusión de las CBS junto con otros servicios preventivos de rutina (como exámenes de detección de ITS, provisión de preservativos y anticonceptivos, y vacunación) en ámbitos de atención de primaria.

CAPÍTULO 7

7.1

TODAS LAS REFERENCIAS

1. Abbott D and Howarth J. Still off-limits? Staff views on supporting gay, lesbian and bisexual people with intellectual disabilities to develop sexual and intimate relationships. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2007;20:116–26. doi:10.1111/j.1468-3148.2006.00312.x.
2. Akers A, Gold MA, Borrero S, Santucci A, Schwarz EB. Providers' perspectives on challenges to contraceptive counseling in primary care settings. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19(6):1163–70. doi:10.1089/jwh.2009.1735.
3. Andrist L. Taking a sexual history and educating clients about safe sex. *Nurs Clin North Am*. 1988;23(4):959–73.
4. Applications of human rights to reproductive and sexual health. New York (NY): United Nations Population Fund and Office of the High Commissioner for Human Rights; 2001 (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Reproductiveen.pdf>, consultado el 28 de enero de 2015).
5. A qualitative review of psychosocial support interventions for young people living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2009 (http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_ADH_09.05_eng.pdf, consultado el 28 de enero de 2015).
6. Atalla E. Physician's attitudes regarding sexual dysfunction management' [dissertation]. Perth, Australia: Curtin University of Technology; 2009
7. Baldwin DS. Depression and sexual dysfunction. *Br Med Bull*. 2001;57:81–99.
8. Baldwin DS and Foong T. Antidepressant drugs and sexual dysfunction. *Br J Psychiatry*. 2013;202:396–97. doi:10.1192/bjp.bp.112.110650.
9. Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):401–6. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.015.
10. Belcher L, Kalichman S, Topping M, et al. A randomized trial of a brief HIV risk reduction counseling intervention for women. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66(5):856–61.
11. Benoit C and Millar A. Short report: dispelling myths and understanding realities: working conditions, health status, and exiting experiences of sex workers. Victoria, Canada: University of Victoria and Prostitutes Empowerment, Education and Resource Society; 2001.

12. Bhavsar V and Bhugra D. Cultural factors and sexual dysfunction in clinical practice. *Adv Psychiatr Treat*. 2013;19:144–52. doi:10.1192/apt.bp.111.009852.
13. Binagwaho A, Fuller A, Kerry V, Dougherty S, Agbonyitor M, Wagner C, et al. Adolescents and the right to health: eliminating age-related barriers to HIV/AIDS services in Rwanda. *AIDS Care*. 2012;24(7):936–42. doi:10.1080/09540121.2011.648159.
14. Blosnich JR, Brown G, Shipherd J, Kauth M, Piegari R, Bossarte R. Prevalence of Gender Identity Disorder and suicide risk among transgender veterans using veterans health administration care. *Am J Public Health*. 2013;103(10):e22–32. doi:10.2105/AJPH.2013.301507.
15. Bluespruce J, Dodge W, Grothaus L, Wheeler K, Rebolledo V, Carey J, McAfee T, Thompson R. HIV prevention in primary care: impact of a clinical intervention 2001;15(5):243–53.
16. Bockting W, Robinson B, Forberg J, Scheltema K. Evaluation of a sexual health approach to reducing HIV/STI risk in the transgender community. *AIDS Care*. 2005;17(3):289–303.
17. Boekeloo B, Schamus LA, Simmens SJ, Cheng TL, O'Connor K, D'Angelo LJ. A STD/HIV prevention trial among adolescents in managed care. *Pediatrics*. 1999;103(1):107–15.
18. Bolu O, Lindsey C, Kamb ML, Kent C, Zenilman J, Douglas JM, Malotte CK, Rogers J, Peterman TA, et al.; Project RESPECT Study Group. Is HIV/sexually transmitted disease prevention counseling effective among vulnerable populations? *Sex Transm Dis*. 2004;31(8):469–74. doi:10.1097/01.olq.0000135987.12346.f2.
19. Bond T. The nature and role of counseling in primary care. En: Keithley J, Bond, T, Marsh G, editors. *Counselling in Primary Care*. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press. 2002:3–24.
20. Bowman MA, Russell NK, Boekeloo BO, Rafi IZ, Rabin DL. The effect of educational preparation on physician performance with a sexually transmitted disease-simulated patient. *Arch Intern Med*. 1992;152:1823–8.
21. Brownridge DA. Partner violence against women with disabilities: prevalence, risk and explanations. *Violence Against Women*. 2006;12(9):805–22.
22. Bryan AD, Aiken LS, West SG. Increasing condom use: evaluation of a theory-based interevention to prevent sexually transmitted diseases in young women. *Health Psychol* 1996;15:371-82.
23. ISOFI Toolkit: Tools for action and learning on gender and sexuality. Atlanta (GA) and Washington (DC): Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc. (CARE) and International Center for Research on Women (ICRW); 2007. (<http://www.icrw.org/files/publications/ISOFI-Toolkit-Tools-for-learning-and-action-on-gender-and-sexuality.pdf>, consultado el 28 de enero de 2015).

24. Carey MP, Senn TE, Venable PA, Coury-Doniger P, Urban MA. Brief and intensive behavioral interventions to promote sexual risk reduction among STD clinic patients: results from a randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2010;14(3):504–17. doi:10.1007/s10461-009-9587-1.
25. Carkhuff R. *The Art of helping in the 21st century.* Eighth Edition. Amherst, MA, USA: Human Resource Development; 2000.
26. Carlson M, Brennan RT, Earls F. Enhancing adolescent self-efficacy and collective efficacy through public engagement around HIV/AIDS competence: a multilevel, cluster randomized-controlled trial. *Soc Sci Med.* 2012;75(6):1078–87. doi:10.1016/j.socscimed.2012.04.035.
27. Diplôme Universitaire Paris Diderot: Conseiller en Santé Sexuelle. En: Chaire UNESCO Santé Sexuelle et Droits Humains [website] (http://www.santesexuelle-droitshumains.org/Diplome-Universitaire-Paris-Diderot-Conseiller-en-Sante-Sexuelle_a28.html, consultado el 23 de enero de 2015)
28. Chesson HW, Blandford JM, Gift TL, Tao G, Irwin KL. The estimated direct medical cost of sexually transmitted diseases among American youth, 2000. *Perspect Sex Reprod Health.* 2004;36(1):11–19.
29. Chorost MI, Weber TK, Lee RJ, Rodriguez-Bigas MA, Petrelli NJ. Sexual dysfunction, informed consent and multimodality therapy for rectal cancer. *Am J Surg.* 2000;179(4):271–4.
30. Clarke LE, Allen RH, Goyal V, Raker C, Gottlieb AS. Reproductive coercion and co-occurring intimate partner violence in obstetrics and gynecology patients. *Am J Obstet Gynecol.* 2014;210(1):42.e1–8. doi:10.1016/j.ajog.2013.09.019.
31. Cohen D, Dent C, MacKinnon D. Condom skills education and sexually transmitted disease reinfection. *J Sex Res* 1991;28:139–44.
32. Cohen DA, Dent C, MacKinnon D, Hahn G. Condoms for men, not women. Results of brief promotion programs. *Sex Transm Dis.* 1992;19(5):245–51.
33. Coleman E, Elders J, Satcher D, Shindel A, Parish S, Kenagy G, et al. Summit on medical school education in sexual health: report of an expert consultation. *J Sex Med.* 2013;10:924–38. doi:10.1111/jsm.12142.
34. Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;98:182–7.
35. Crosby R, DiClemente RJ, Charnigo R, Snow G, Troutman A. A brief, clinic-based, safer sex intervention for heterosexual African American men newly diagnosed with an STD: a randomized controlled trial. *Am J Public Health.* 2009;99(suppl 1):S96–103.
36. Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva. World Health Organization; 2006 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en, consultado el 28 de enero de 2015).

37. Developing sexual health programmes: a framework for action. Geneva: World Health Organization; 2010 (WHO/RHR/HRP/10.22; http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf, consultado el 28 de enero de 2015).
38. de Ridder D, de Wit J, editors. Self-regulation in health behavior. John Wiley and Sons, 2006 (<http://ca.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-0470024089.html>, consultado el 28 de enero de 2015).
39. Diaz-Olavarrieta C, Campbell J, Garcia de la Cadena C, Paz F, Villa AR. Domestic violence against patients with chronic neurological disorders. *Arch Neurol* 1999;56(6):681-5.
40. Dixon-Mueller R. The sexuality connection in reproductive health. *Stud Fam Plann.* 1993;24(5):269-82.
41. Dodge W, BlueSpruce J, Grothaus L, Rebolledo V, McAfee TA, Carey JW, et al. Enhancing primary care HIV prevention: a comprehensive clinical intervention. *Am J Prev Med.* 2001;20(3):177-83.
42. Dreisbach S, Devine S, Fitch J, Anderson T, Lee T, Rietmejer C, Corbett K. Can experiential-didactic training improve clinical STD Practices? *Sexually Transm Infect* 2011 38(6) 516-21.
43. Dunlop AL, Dretler AW, Badal HJ, Logue KM. Acceptability and potential impact of brief preconception health risk assessment and counseling in the WIC setting. *Am J Health Promot.* 2013;27 Suppl 1:S58–65. doi:10.4278/ajhp.120109-QUAL-7.
44. Dyer K and das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. *J Sex Med.* 2013;10:2658–70. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02856.x.
45. Erol B, Tefekil A, Ozbey I, Saiman F, Dincag N, Kadioglu A, Tellaloglu S. Sexual dysfunction in type II diabetic females: a comparative study. *J Sex Marital Ther.* 2002;28 Suppl 1:55–62.
46. Family planning: a global handbook for providers. 2011 update. Geneva: World Health Organization, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USAID; 2011 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9780978856373_eng.pdf, consultado el 28 de enero de 2015).
47. Feldblum PJ, Hatzell T, van Damme K, Nasution M, Rasamindrakotroka A, Grey TW. Results of a randomized trial of male condom promotion among Madagascar sex workers. *Sex Transm Infect.* 2005;81:166-72. doi:10.1136/sti.2004.010074.
48. Fisher JD, Fisher WA, Cornman DH, Amico RK, Bryan A, Friedland GH. Clinician-delivered intervention during routine clinical care reduced unprotected sexual behaviour among HIV-infected patients. *JAIDS* 2006;41:44–52.
49. Fredman L, Rabin DL, Bowman M, Bandemer C, Sardeson K, Taggart VS, et al. Primary care physicians' assessment and prevention of HIV infection. *Am J Prev Med.* 1989;5:188-95.

50. Fronck P, Booth S, Kendall M, Miller D, Geraghty T. The effectiveness of a sexuality training program for the interdisciplinary spinal cord injury rehabilitation team. *Sexuality and Disability*. 2005;23(2):51-63.
51. Gavin L, MacKay AP, Brown K, Harrier S, Ventura SJ, Kann L, et al.; United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexual and reproductive health of persons aged 10–24 years – United States, 2002–2007. *MMWR Surveill Summ*. 2009;58(6):1–58.
52. Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL, editors. *Through the patient’s eyes: understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco: Jossey- Bass Inc; 1993.
53. *Girls, women and sexuality education – the link to achieving the MDGs*. Geneva: United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner (http://www.un.org/en/events/women/iwd/2011/pdfs/Infonote_Women_and_the_right_to_sexual_education.pdf, consultado el 9 de marzo de 2015).
54. Good practices in legislation on “harmful practices” against women. Report of an expert group meeting organized by the United Nations Division for the Advancement of Women and the United Nations Economic Commission for Africa, Addis Ababa, Ethiopia, 26–29 May 2009 (http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw_legislation_2009/Report%20EGM%20harmful%20practices.pdf, consultado el 28 de enero de 2015).
55. Gott M, Galena E, Hinchliff S, Elford H. Opening a can of worms: GP and practice nurse barriers to talking about sexual health in primary care. *Fam Pract*. 2004;21:528-36.
56. Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization: 2011 (http://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf?ua=1, consultado el 28 de enero de 2015).
57. Guyatt GH, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction – GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):383–94. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.
58. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, Rind D, et al. GRADE guidelines: 6. Rating the quality of evidence – imprecision. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):1283-93. doi:10.1016/j.jclinepi.2011.01.012.
59. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M, et al.; GRADE Working Group. GRADE guidelines: 7. Rating the quality of evidence – inconsistency. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(12):1294-302. doi:10.1016/j.jclinepi.2011.03.017.
60. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Woodcock J, Brozek J, Helfand M, et al.; GRADE Working Group. GRADE guidelines: 8. Rating the quality of evidence – indirectness. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(12):1303-10. doi:10.1016/j.jclinepi.2011.04.014.
61. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, et al; GRADE Working Group. Going from evidence to recommendations. *BMJ*. 2008;336(7652): 1049-51. doi:10.1136/bmj.39493.646875.AE.

62. Guyatt GH, Oxman AD, Montori V, Vist G, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 5. Rating the quality of evidence – publication bias. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(12):1277-82. doi:10.1016/j.jclinepi.2011.01.011.
63. Guyatt GH, Oxman AD, Vist G, Kunz R, Brozek J, Alonso-Coello P, et al. GRADE guidelines: 4. Rating the quality of evidence – study limitations (risk of bias). *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):407-15. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.07.017.
64. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al.; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008;26;336(7650):924–6. doi:10.1136/bmj.39489.470347.AD.
65. Harries J, Stinson I, Orner P. Health care providers' attitudes towards termination of pregnancy: a qualitative study in South Africa. *BMC Public Health*. 2009;9:296. doi:10.1186/1471-2458-9-296.
66. Hartigan P. The importance of gender in defining and improving quality of care: some conceptual issues. *Health Policy Plan*. 2001;16 Suppl 1:7–12.
67. Hassan Z and Wahsheh M. Knowledge and attitudes of Jordanian nurses towards patients with HIV/AIDS: findings from a nationwide survey. *Issues Ment Health Nurs*. 2011;32(12):774–84. doi:10.3109/01612840.2011.610562.
68. Hatcher A. Patient and provider perspectives on addressing intimate partner violence in Johannesburg antenatal clinics. En: *Children and AIDS. Compendium of abstracts presented at the 17th ICASA. Cape Town: International Conference on AIDS and Sexually Transmitted Infections in Africa; 2013:111.*
69. Hatzichristou D, Rosen R, Derogatis L, Low WY, Meuleman E, Sadovsky, et al. Clinical evaluation and symptom scales in men and women with sexual dysfunction. En: Montorsi F, Basson R, Adaikan G, Becher E, Clayton F, Guilano S, et al. *Sexual medicine: Sexual dysfunctions in men and women. 3rd International Consultation on Sexual Medicine, Paris. International Consultation on Urological Diseases (ICUD) and International Society for Sexual Medicine (ISSM); 2010 (<http://www.icud.info/PDFs/SEXUAL-MEDICINE-2010.pdf>, consultado el 28 de enero de 2015).*
70. Hawkes S, Hart G. Men's sexual health matters: promoting reproductive health in an international context. *Trop Med Int Health*. 2000;5(7):A37–44.
71. Hawkes S. Sexual health: a post-2015 palimpsest in global health? *Lancet Glob Health*. 2014;2(7):e377–8. doi:10.1016/S2214-109X(14)70036-1.
72. *Health workers for change: a manual to improve quality of care. Geneva: UWDP/ World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) and Women's Health Project; 2005.*
73. Hinchliff S, Gott M, Galena E. 'I daresay I might find it embarrassing': general practitioners' perspectives on discussing sexual health issues with lesbian and gay patients. *Health Soc Care Community*. 2005;13:345-53.
74. Hines DA. Predictors of sexual coercion against women and men: A multilevel, multinational study of university students. *Arch Sex Behav*. 2007;36:403-22.

75. Hull T, Hilber AM, Cherisch M, Bagnol B, Prohmmo A, Smit JA, et al. Prevalence, motivations, and adverse effects of vaginal practices in Africa and Asia: findings from a multicountry household survey. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20(7):1097-109. doi:10.1089/jwh.2010.2281.
76. International guidelines on HIV/AIDS and human rights. Consolidated version. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) and the Joint United Nations Programme of HIV/AIDS (UNAIDS); 2006 (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesen.pdf>, consultado el 28 de enero de 2015).
77. Isaacs J, Creinin M. Miscommunication between healthcare providers and patients may result in unplanned pregnancies. *Contraception*. 2003;68:373-76.
78. Jaccard J, Levitz N. Counseling adolescents about contraception: towards the development of an evidence-based protocol for contraceptive counselors. *J Adolesc Health*. 2013;52(4 Suppl):S6-13. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.01.018.
79. Jackson G. Prediction of coronary artery disease by erectile function status – evidence-based data. *Sex Med Review*. 2013;1(2):104-7.
80. James NJ, Gillies PA, Bignell CJ. Evaluation of a randomized controlled trial of HIV and sexually transmitted disease prevention in a genitourinary medicine clinic setting. *AIDS* 1998;12:1235-42.
81. Jemmott L, Jemmott J, O’Leary A. Effects on sexual risk behavior and STI rate of brief HIV/STI prevention interventions for African American women in primary care settings. *Am J Public Health*. 2007;97:1034-40.
82. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Why do nurses abuse patients? Reflections from South African obstetric services. *Soc Sci Med*. 1998;47(11):1781-95.
83. Johnson CA. Off the map: How HIV/AIDS programming is failing same-sex practicing people in Africa. New York (NY): International Gay and Lesbian Human Rights Commission; 2007 (<http://iglhrc.org/sites/default/files/6-1.pdf>, consultado el 28 de enero de 2015).
84. Kalichman SC, Cain D, Eaton L, Jooste S, Simbayi LC. Randomized clinical trial of brief risk reduction counselling for sexually transmitted infection clinic patients in Cape Town, South Africa. *AM J Public Health* 2011;101:e9-17.
85. Kamb M, Fishbein M, Douglas JM Jr, Rhodes F, Rogers J, Bolan G, et al. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group. *JAMA*. 1998;280(13):1161-67.
86. Kambou S, Magar V, Hora G, Mukherjee A. Power, pleasure, pain, and shame: assimilating gender and sexuality into community-centred reproductive health and HIV prevention programmes in India. *Global Public Health*. 2007;2(2):155-68.
87. Krebs LU. Sexual assessment: research and clinical. *Nurs Clin North Am*. 2007 Dec;42(4):515–29.

88. Lamont J; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Female sexual health consensus guidelines. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012;34(8):769-83.
89. Langston AM, Rosario L, Westhoff CL. Structured contraceptive counselling-a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 2010;81:362-7.
90. Lee JT, Yen HW. Randomized controlled evaluation of a theory-based postpartum sexual health education programme. *Journal of Advanced Nursing* 2007 60(4), 389-401.
91. Lipp A. A review of termination of pregnancy: prevalent health care professional attitudes and ways of influencing them. *J Clin Nurs.* 2008;17(13):1683-8.
92. Logan C. Homophobia? No, homophobia. *J Homosex.* 1996;31(3):31-53.
93. Lombardi E. Enhancing transgender health care. *Am J Public Health.* 2001;91(6):869-72.
94. Magnani R, Karim A, Weiss L, Bond KC, Lemba M, Morgan GT. Reproductive health risk and protective factors among youth in Lusaka, Zambia. *J Adolesc Health.* 2002;30(1):76-86.
95. Marrazzo J, Thomas KI, Ringwood K. A behavioural intervention to reduce persistence of bacterial vaginosis among women who report sex with women: results of a randomized trial. *Sex Transm Infect.* 2011;87(5):399-405. doi:10.1136/sti.2011.049213.
96. Mburu G, Hodgson I, Teltschik A, Ram M, Haamujompa C, Bajpai D et al. Rights-based services for adolescents living with HIV: adolescent self-efficacy and implications for health systems in Zambia. *Reprod Health Matters.* 2013;21(41):176-85. doi:10.1016/S0968-8080(13)41701-9.
97. McCabe M, Althof C, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum S, Simonelli C, Wylie K. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med.* 2010;7(1 Pt 2):327-36. doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01618.x.
98. McKelvey R, Webb J, Baldassar L, Robinson S, Riley, G. Sex knowledge and sexual attitudes among medical and nursing students. *Aust N Z J Psychiatry.* 1999;(33):260-6.
99. Mead N and Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000;51:1087-110.
100. Metcalf CA, Douglas JM Jr, Malotte CK, Cross H, Dillon BA, Paul SM, et al. Relative efficacy of prevention counselling with rapid and standard HIV testing: a randomized, controlled trial (RESPECT-2). *Sex Transm Dis* 2005;32:130-8.
101. Meyer IH. Prejudice, social stress and mental health in lesbian, gay and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003;129(5):674-97.
102. Miller E, Decker MR, McCauley HL, Tancredi DJ, Levenson RR, Waldman J, et al. A family planning clinic partner violence intervention to reduce risk associated with reproductive coercion. *Contraception* 2011;83:274-80.

103. Mitchell EMH, Trueman KA, Gabriel MC, Fine A, Manentsa N. Accelerating the pace of progress in South Africa: an evaluation of the impact of values clarification workshops on termination of pregnancy access in Limpopo Province. Johannesburg, South Africa: Ipas; 2004.
104. Mohapatra S and Mohanty M. Abuse and activity limitation: a study on domestic violence against disabled women in Orissa, India. A research report of a project funded by the Oxfam India Trust. Bhubaneswar, India: Swabhinam; 2005.
105. Montejo AL, Llorca G, Izquierdo JA, Rico-Villademoros F. Incidence of sexual dysfunction associated with antidepressant agents: a prospective multicenter study of 1022 outpatients. Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. *J Clin Psych.* 2001;62 Suppl 03:10-21.
106. Neff JA, Gaskil SP, Prihoda TJ, Weiner RV, Rydel KB. Continuing medical education versus clinic-based STD and HIV education interventions for primary care service providers: replication and extension. *AIDS Education and Prevention.* 1998;10(5):417-32.
107. Neumann M, O'Donnell L, Doval A, Schillinger J, Blank S, Ortiz-Rios E, Garcia T, O'Donnell C. Effectiveness of the VOICES/VOCES sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus prevention intervention when administered by health department staff: does it work in the "real world"? *Sex Transm Dis.* 2011 Feb;38(2):133-9. doi:10.1097/OLQ.0b013e3181f0c051.
108. Orr DP, Langedelf CD, Katz BP, Caine VA. Behavioral intervention to increase condom use among high-risk female adolescents. *J Pediatr.* 1996;128:288-95.
109. Owusu-Edusei K Jr, Chesson H, Gift T, Tao G, Mahajan R, Ocfemia M, Kent C. The estimated direct medical cost of selected sexually transmitted infections in the United States, 2008. *Sex Transm Dis.* 2013;40(3):197-201. doi:10.1097/OLQ.0b013e318285c6d2.
110. Parish SJ and Clayton AH. Sexual medicine education: review and commentary. *J Sex Med.* 2007;4(2):259-67.
111. Park E, Norris E, Bober S. Sexual health communication during cancer care: barriers and recommendations. *Cancer J.* 2009 Jan-Feb;15(1):74-7. doi:10.1097/PPO.0b013e31819587dc.
112. Parker R. Sexuality, health and human rights. *Am J Public Health.* 2007;97(6):972-3.
113. Pastuszak AW, Badhiwala N, Lipshultz LI, Khera M. Depression is correlated with the psychological and physical aspects of sexual function. *Int J Impot Res.* 2013;25(5):194-9. doi:10.1038/ijir.2013.4.
114. Patterson TL, Mausbach B, Lozada R, Staines-Orozco H, Semple SJ, Fraga-Vallejo M, et al. Efficacy of a brief behavioral intervention to promote condom use among female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Am J Public Health.* 2008;98(11):2051-7. doi:10.2105/AJPH.2007.130096.
115. Pittman P, Hartigan P. Gender inequity: an issue for quality assessment researchers and managers. *Health Care Women Int.* 1996;17(5):469-86.

116. Proude E, D'Este C, Ward JE. Randomized trial in family practice of a brief intervention to reduce STI risk in young adults. *Family Practice*. 2004;21(5):537–44.
117. Reese JB, Porter LS, Somers TJ, Keefe FJ. Pilot feasibility study of a telephone-based couples intervention for physical intimacy and sexual concerns in colorectal cancer. *J Sex Marital Ther*. 2012;38(5):402–17. doi:10.1080/0092623X.2011.606886.
118. Resolution A/RES/44/25. Convention on the Rights of the Child. New York (NY): United Nations General Assembly; 20 November 1989 (<http://www.un.org/documents/ga/res/44/a44r025.htm>, consultado el 28 de enero de 2015).
119. Resolution A/RES/21/2200. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. New York (NY): United Nations General Assembly; 16 December 1966 (<http://www.un-documents.net/a21r2200.htm>, consultado el 28 de enero de 2015).
120. Richardson JL, Milam J, McCutchan A, Stoyanoff S, Bolan R, Weiss J, et al. Effect of brief safer-sex counselling by medical providers to HIV-1 seropositive patients: a multi-clinic assessment. *AIDS*. 2004;18:1179–86.
121. Rogers C, editor. *L'approche centrée sur la personne*. (Anthology of texts presented by Kirschenbaum H and Hendersen VL). Lausanne: Editions Randin; 2001.
122. Rogow D, Haberland N, Del Valle A, Lee N, Osakue G, Sa Z, et al. Integrating gender and rights into sexuality education: field reports on using It's All One. *Reprod Health Matters*. 2013;21(41):154–66. doi:10.1016/S0968-8080(13)41699-3.
123. Rosser BR, Hartfield LA, Miner MH, Ghiselli ME, Lee BR, Welles SL. Effects of a behavioural intervention to reduce serodiscordant unsafe sex among HIV positive men who have sex with men: the Positive Connections randomized controlled trial study. *J Behav Med*. 2010; 33:147-58.
124. Ryan C, Huebner D, Diaz RM, Sanchez J. Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*. 2009;123(1):346–52. doi:10.1542/peds.2007-3524.
125. Sargent C and Bascope G. Ways of knowing about birth in three cultures. *Med Anthropol Q*. 1996;10(2):213–36.
126. Schmidt CE, Bestmann B, Kuchler T, Longo WE, Kremer B. Ten-year historic cohort of quality of life and sexuality in patients with rectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2005;48(3):483-92.
127. Shlay J, Mayhugh B, Foster M, Maravi M, Baron A, Douglas J. Initiating contraception in sexually transmitted disease clinic setting: A randomized trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 189:473-81.
128. Simbayi LC, Kalichman SC, Skinner D, Jooste S, Cain D, Mathit V, et al. Theory-based HIV risk reduction counseling for sexually transmitted infection clinic patients in Cape Town, South Africa. *Sex Transm Dis*. 2004;31(12):727-33.
129. Siu G, Bakeera-Kitaka S, Kennedy CE, Dhabangi A, Kambugu A. HIV serostatus disclosure and lived experiences of adolescents at the Transition Clinic of the Infectious Diseases Clinic in Kampala, Uganda: a qualitative study. *AIDS Care*. 2012;24(5):606-11. doi:10.1080/09540121.2011.630346.

130. Smith PB, Weinman ML, Parrilli J. The role of condom motivation education in the reduction of new and reinfection rates of sexually transmitted diseases among inner-city female adolescents. *Patient Educ Couns.* 1997;31:77-81.
131. Standards for sexuality education in Europe: a framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Cologne: Federal Centre for Health Education (BZgA) and WHO Regional Office for Europe; 2010 (<http://www.bzga-hocc.de/pdf.php?id=061a863a0fdf28218e4fe9e1b3f463b3>, consultado el 28 de enero de 2015).
132. Stead ML, Brown JM, Fallowfield L, Selby P. Lack of communication between healthcare professionals and women with ovarian cancer about sexual issues. *Br J Cancer.* 2003;88(5):666-71.
133. Stefan C, van der Merwe PL. Treating adolescents in South Africa: time for adolescent medicine units? *S Afr Med J.* 2008;98(3):184-5.
134. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method.* London: Sage Publications; 1995.
135. Surlis S and Hyde A. HIV-positive patients' experiences of stigma during hospitalization. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2001;12(6):68-77. doi:10.1016/S1055-3290(06)60185-4.
136. Tepper M. Providing comprehensive sexual health care in spinal cord injury rehabilitation: implementation and evaluation of a new curriculum for health care professionals. *Sexuality and Disability.* 1997;15(3):131-65.
137. The Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomized trial. *Lancet.* 2000;356(9224):103-12. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02446-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02446-6).
138. Thrun M, Cook PF, Bradley-Springer LA, Gardner L, Marks G, Wright J, et al. Improved prevention counseling by HIV care providers in a multisite, clinic-based intervention: Positive STEPs. *AIDS Educ Prev.* 2009;21(1):55-66. doi:10.1521/aeap.2009.21.1.55.
139. Troussier T. Les conduites à risque de l'adolescente. Réalité en gynécologie obstétrique. 2011;155:18-20 (en francés).
140. Troussier T, Tourette-Turgis T. La qualité de la vie sexuelle et affective favorise la prévention chez les personnes vivant avec le VIH. *Revue Européenne de Sexologie.* 2006;3:165-75 (en francés).
141. Troussier T, Benghozi P, Ganem M. High-risk sexual behaviours. En: Sultan C. (ed) *Pediatric Adrenal Disease. Evidence-based clinical practice.* Second edition. Basel: Karger. 2012;22:1-23.
142. Turner C, Ku L, Rogers M, Lindberg LD, Pleck JH, Sonenstein FL. Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: increased reporting with computer survey technology. *Science.* 1998;280(5365):867-73.

143. van Reeuwijk M, Nahar P. The importance of a positive approach to sexuality in sexual health programmes for unmarried adolescents in Bangladesh. *Reprod Health Matters*. 2013;21(41):69-77. doi:10.1016/S0968-8080(13)41694-4.
144. Villaroman-Bautista V, Roldan AT, Basco M. A comparison of use patterns, the health care process and the effectiveness of four prenatal health services in a provincial community of the Philippines. *Maternal Nutrition and Health Care Program report no. 9*. Washington (DC): International Center for Research on Women; 1990.
145. Vlassoff C, Fonn S Health Workers for Change as a health systems management and development tool. *Health Policy Plan*. 2001;16 Suppl 1:47–52.
146. Walker B, Harrington D. Effects of staff training on staff knowledge and attitudes about sexuality. *Educational Gerontology*. 2002;28(8):639-54.
147. Warner L, Klausner JD, Rietmeijer CA, Malotte CK, O'Donnell L, Margolis AD, et al. Effect of a brief video intervention on incident infection among patients attending sexually transmitted disease clinics. *PLoS Med*. 2008;5(6):e135. doi:10.1371/journal.pmed.0050135.
148. Welbourn A. *Stepping Stones: a training package in HIV/AIDS, communication and relationship skills*. London: Strategies for Hope; 1995.
149. Wenger NS, Linn LS, Epstein M, Shapiro MF. Reduction of high-risk sexual behaviour among heterosexual undergoing HIV antibody testing: a randomized clinical trial. *American journal of public health*. 1991;81(12):1580–5. WHO Handbook for Guideline Development. Geneva: World Health Organization; 2012 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75146/1/9789241548441_eng.pdf, consultado el 28 de enero de 2015).
150. Young ME, Nosek MA, Howland C, Chanpong G, Rintala DH. Prevalence of abuse of women with physical disabilities. *Arch Phys Med Rehabil*. 1997;78(12 Suppl5):S34–38.

7.2

DATOS UTILIZADOS EN LAS PRUEBAS

- Baldwin DS. Depression and sexual dysfunction. *Br Med Bull.* 2001;57:81-99.
- Boekeloo B, Schamus LA, Simmens SJ, Cheng TL, O'Connor K, D'Angelo LJ. A STD/HIV prevention trial among adolescents in managed care. *Pediatrics.* 1999;103(1):107-15.
- Bowman MA, Russell NK, Boekeloo BO, Rafi IZ, Rabin DL. The effect of educational preparation on physician performance with a sexually transmitted disease-simulated patient. *Arch Intern Med.* 1992;152:1823-8.
- Carey MP, Senn TE, Venable PA, Coury-Doniger P, Urban MA. Brief and intensive behavioral interventions to promote sexual risk reduction among STD clinic patients: results from a randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2010;14(3):504-17. doi:10.1007/s10461-009-9587-1.
- Cohen DA, Dent C, MacKinnon D, Hahn G. Condoms for men, not women. Results of brief promotion programs. *Sex Transm Dis.* 1992;19(5):245-51.
- Dodge W, BlueSpruce J, Grothaus L, Rebolledo V, McAfee TA, Carey JW, et al. Enhancing primary care HIV prevention: a comprehensive clinical intervention. *Am J Prev Med.* 2001;20(3):177-83.
- Feldblum PJ, Hatzell T, van Damme K, Nasution M, Rasamindrakotroka A, Grey TW. Results of a randomized trial of male condom promotion among Madagascar sex workers. *Sex Transm Infect.* 2005;81:166-72. doi:10.1136/sti.2004.010074.
- Jemmott L, Jemmott J, O'Leary A. Effects on sexual risk behavior and STI rate of brief HIV/STI prevention interventions for African American women in primary care settings. *Am J Public Health.* 2007;97:1034-40.
- Kamb M, Fishbein M, Douglas JM Jr, Rhodes F, Rogers J, Bolan G, et al. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group. *JAMA.* 1998;280(13):1161-7.

- Marrazzo J, Thomas KI, Ringwood K. A behavioural intervention to reduce persistence of bacterial vaginosis among women who report sex with women: results of a randomized trial. *Sex Transm Infect.* 2011;87(5):399–405. doi:10.1136/sti.2011.049213.
- Neumann M, O'Donnell L, Doval A, Schillinger J, Blank S, Ortiz-Rios E, et al. Effectiveness of the VOICES/VOCES sexually transmitted disease/human immunodeficiency virus prevention intervention when administered by health department staff: does it work in the “real world”? *Sex Transm Dis.* 2011;38(2):133-9. doi:10.1097/OLQ.0b013e3181f0c051.
- Patterson TL, Mausbach B, Lozada R, Staines-Orozco H, Semple SJ, Fraga-Vallejo M, et al. Efficacy of a brief behavioral intervention to promote condom use among female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Am J Public Health.* 2008;98(11):2051-7. doi:10.2105/AJPH.2007.130096.
- Thrun M, Cook PF, Bradley-Springer LA, Gardner L, Marks G, Wright J, et al. Improved prevention counseling by HIV care providers in a multisite, clinic-based intervention: Positive STEPs. *AIDS Educ Prev.* 2009 Feb;21(1):55–66. doi:10.1521/aeap.2009.21.1.55.
- Warner L, Klausner JD, Rietmeijer CA, Malotte CK, O'Donnell L, Margolis AD, et al. Effect of a brief video intervention on incident infection among patients attending sexually transmitted disease clinics. *PLoS Med.* 2008;5(6):e135. doi:10.1371/journal.pmed.0050135.

ANEXOS

ANEXO 1

PARTICIPANTES DEL PROCESO DE DESARROLLO DE LOS LINEAMIENTOS

1. Participantes de la preparación de este documento de lineamientos

Coordinador: Igor Toskin, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, OMS, Ginebra

Grupo de funcionarios de la OMS

- Tomas John Allen, Biblioteca y Redes de Información para el Conocimiento, OMS, Ginebra
- Moazzam Ali, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, OMS, Ginebra
- Venkatraman Chandra-Mouli, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, OMS, Ginebra
- Mary Eluned Gaffield, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, OMS, Ginebra
- Claudia García-Moreno, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, OMS, Ginebra
- Antonio Carlos Gerbase (asesor principal sobre ITS y VIH/SIDA, retirado)
- Metin Gülmezoglu, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, OMS, Ginebra
- Beverly Jane Ferguson, Departamento de Salud Materna, Neonatal, Infantil y Adolescente, OMS, Ginebra
- Vladimir Poznyak, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, OMS, Ginebra
- Igor Toskin, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, OMS, Ginebra

Grupo de revisión sistemática

- Bergen Hope Cooper, asesor de la OMS, EE. UU.
- Regina Kulier, Fondation PROFA, Suiza
- Igor Toskin, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, OMS, Ginebra

Responsable de la metodología GRADE

- Regina Kulier, Fondation PROFA, Suiza

Autor

- Barbara Klugman, copresidente, grupo GDL, Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica

Miembros del grupo asesor para el desarrollo de los lineamientos

- Tamara Adrián-Hernandez, Adrian & Adrian Abogados Consultores, Venezuela
- Elham Atalla, Servicios de Salud Sexual, Ministerio de Salud, Reino de Baréin
- George Ayala, Global Forum on MSM & HIV (MSMGF), EE. UU.
- John Munroe Douglas, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), EE. UU.
- Emily Maria Godfrey, Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, Seattle, WA, EE. UU.
- Sharful Islam Khan, científico y director de proyectos del Global Fund Project, Center for HIV and AIDS, icddr,b, Dhaka, Bangladés
- Barbara Klugman, copresidente, grupo GDL, Escuela de Salud Pública, Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica
- Charlotta Löfgren-Mårtenson, Centro de Estudios sobre Sexología y Sexualidad, Universidad de Malmö, Suecia
- Geetanjali Misra, CREA, India
- Patanjali Dev Nayar, Departamento de Órganos Rectores y Coordinación de Programas, OMS/Sudeste de Asia
- Rafael Mazin Reynoso, Departamento de VIH, ITS y Hepatitis, OMS Oficina Regional para las Américas
- Thierry Troussier, copresidente, grupo GDL, Chaire Santé sexuelle et Droits humains, Fonds de Dotation Human Earth de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Francia
- Marlene Freida Wasserman, asesora de medicina sexual, Sudáfrica. Directora de Sexual Health Centre; disertante a tiempo parcial en la Escuela de Medicina de la Universidad de Cape Town
- Christine Winkelmann, Centro Federal de Educación para la Salud, centro colaborador de la OMS para la salud reproductiva y sexual, Alemania

Revisores pares

- Christine Dehlendorf, Universidad de California, San Francisco, EE. UU.
- Sra. Julie Fitter, jefe de Servicio Clínico; psicoterapeuta especializada en relaciones sexuales y de pareja; coordinadora de maestrías, Clínica Porterbrook, Sheffield, Reino Unido
- John de Wit, Centro de Investigaciones Sociales sobre Salud, UNSW, Australia; recomendación de la Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas Nacionales de Médicos Generalistas y de Familia (WONCA)

ANEXO 2

PREGUNTAS PICO Y MARCO DE RESULTADOS

PICO se refiere a los cuatro elementos que deben estar presentes en una pregunta para regir una búsqueda sistemática de datos: población, intervención, comparación y observación resultados. Las tres preguntas PICO que se encuentran a continuación fueron identificadas por el Grupo asesor para el desarrollo de la directriz como la base de la revisión sistemática. En el caso de cada pregunta, se identificaron resultados, y se calificaron los puntajes.

PICO 1: Las comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad (CBS tal como se emplean con adolescentes y adultos, ¿son más efectivas que la atención habitual en la prevención o el abordaje de los siguientes puntos?:

- 1.1 las dificultades, las enfermedades, el malestar y los conceptos erróneos de índole sexual;
- 1.2 las ITS y el VIH;
- 1.3 los embarazos no deseados y abortos;
- 1.4 la violencia sexual;
- 1.5 las prácticas nocivas para la salud sexual;
- 1.6 el incremento del conocimiento.

RESULTADO	CALIFICACIÓN (1-9)
Seguimiento de VIH \geq 6-12 meses	8,5
Dificultades, enfermedad, malestar, inquietudes, conceptos erróneos, estigmas de índole sexual	8,4
Seguimiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) \geq 6-12 meses	8,4
Seguimiento de embarazos no deseados/abortos \geq 6-12 meses	8,3
Seguimiento de violencia sexual \geq 6-12 meses	7,8
Problemas de relación, abuso en las relaciones, insatisfacción en las relaciones	7,7
Seguimiento del conocimiento \geq 6-12 meses	6,9
Prácticas dañinas (p. ej., mutilación genital femenina)	5,9

PICO 2: Las CBS tal como se emplean con adolescentes y adultos, ¿son más efectivas y alentadoras en cuanto al bienestar sexual que la no intervención?

RESULTADO	CALIFICACIÓN (1-9)
Aumento de la seguridad (uso de preservativos, uso de anticonceptivos, menor cantidad de parejas sexuales)	8,2
Uso de servicios preventivos (exámenes de detección de ITS y VIH, solicitud de anticonceptivos, vacunación)	8,2
Aumento de la satisfacción	8,1
Mejor autorregulación	7,7
Sentimientos de comprensión o aceptación	7,6
Mejores vínculos (sentimientos de aceptación por parte de los allegados ; p. ej., familiares, compañeros de clases, colegas)	7,6
Mayor autonomía	7,6
Mayor autoestima	7,4

PICO 3: ¿Cuáles elementos de los programas (de sensibilización/capacitación) para los prestadores de salud de atención primaria aumentan el conocimiento y las habilidades relativos al asesoramiento o la comunicación sobre temas de sexualidad? (Los temas delicados que deben considerarse son el aborto, la violencia de género, la disfunción sexual, la salud sexual, la disfunción eréctil, el placer, las fantasías, la orientación sexual, la identidad de género, atracción por el mismo sexo, el deseo sexual, la mutilación genital femenina).

RESULTADO	CALIFICACIÓN (1-9)
Conocimiento	7,8
Medición según objetivos	7,5
Notificación de parte de los participantes	7,4
Comodidad al abordar inquietudes relacionadas con la sexualidad, promoción del placer sexual	8,6
Actitud hacia la evaluación de los riesgos de la salud sexual	8,4
Mejora de las habilidades de interacción de los pacientes (preguntar acerca de las consecuencias de tomar riesgos sexuales, garantizar confidencialidad, abordar obstáculos/temas delicados)	8,6
Medición según objetivos	8,4
Notificación de parte de los participantes	7,5
Uso de técnicas educativas (uso de materiales impresos para el paciente, recomendación de recursos en línea pertinentes garantizar que el paciente comprenda el tema, etc.)	7,6
Frecuencia en el diagnóstico de ITS (notificación por parte de los participantes)	7,3

ANEXO 3

RELACIONES CON REVISIONES COMPLETAS Y TABLAS DE PRUEBAS

PREGUNTAS CON ESTRUCTURA PICO (POBLACIÓN, INTERVENCIÓN, COMPARACIÓN Y RESULTADOS)	CRITERIOS DE VALORACIÓN	ESTUDIOS
PICO 1	ITS/VIH	Marrazzo 2011 (95): n = 89; Feldblum 2005 (47): n = 1000; Patterson 2008 (114): n = 924; Cohen 1991 (31): n = 192; Cohen 1992 (32): n = 903; Warner 2008 (147): n = 38 635; Kamb 1998 (85): n = 5758; Metcalf 2005 (100): n = 3297; Orr 1996 (108): n = 209; Neumann 2011 (107): n = 3365; James 1998 (80): n = 492; Boekeloo 1999 (17): n = 219 adolescentes; Smith 1997 (130): n = 205 adolescentes
	Embarazos no deseados	Boekeloo 1999 (17): n = 219 adolescentes
	Inquietudes de índole sexual	Boekeloo 1999 (17): n = 219 adolescentes; Wenger 1992 (149): n = 435; Bryan 1996 (22): n = 198 adolescentes; Orr 1996 (108): n = 209
PICO 2	Autoestima	Bryan 1996 (22): n = 198 adolescentes
	Eficacia	Bryan 1996 (22): n = 198 adolescentes; Richardson 2004 (120): n = 585; Patterson 2008 (114): n = 924; Fisher 2006 (48): n = 497; Jemmot 2007 (81): n = 564; Kalichman 2011 (84): n = 617; Kamb 1998 (85): n = 5758; Rosser 1990 (123): n = 159; Langston 2010 (89): n = 186; Marrazzo 2012 (95): n = 89; Carey 2010 (24): n = 1483; Miller 2011 (102): n = 906; Lee 2007 (90): n = 166; Proude 2004 (116): n = 156; Shlay 2003 (127): n = 877; Neumann 2011 (107): n = 3365
PICO 3	Conocimiento, actitudes, habilidades	Neff 1998 (106): n = 423; Fronek 2005 (50): n = 89; Bowman 1992 (20): n = 232; Thrun 2009 (138): n = 182; Dodge 2001 (41): n = 1042; Dreisbach 2011 (42): n = 110; Walker 2002 (146): n = 125; Bluespruce 2001 (15): n = 49; Tepper 1997 (136): n = 18
	Uso de materiales	Boekeloo 1999 (17): n = 19; Bowman 1992 (20): n = 232; Dodge 2001 (41): n = 1042.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



OFICINA REGIONAL PARA LAS

**Organización
Mundial de la Salud**
Américas



9 7 8 9 2 7 5 3 2 0 1 7 4