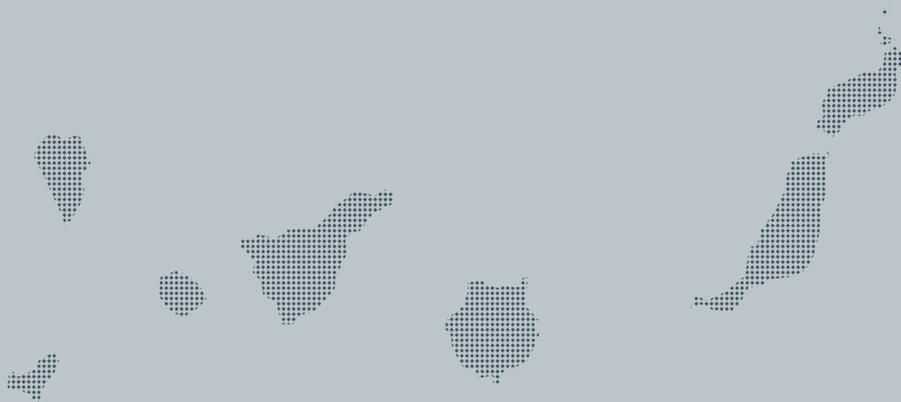


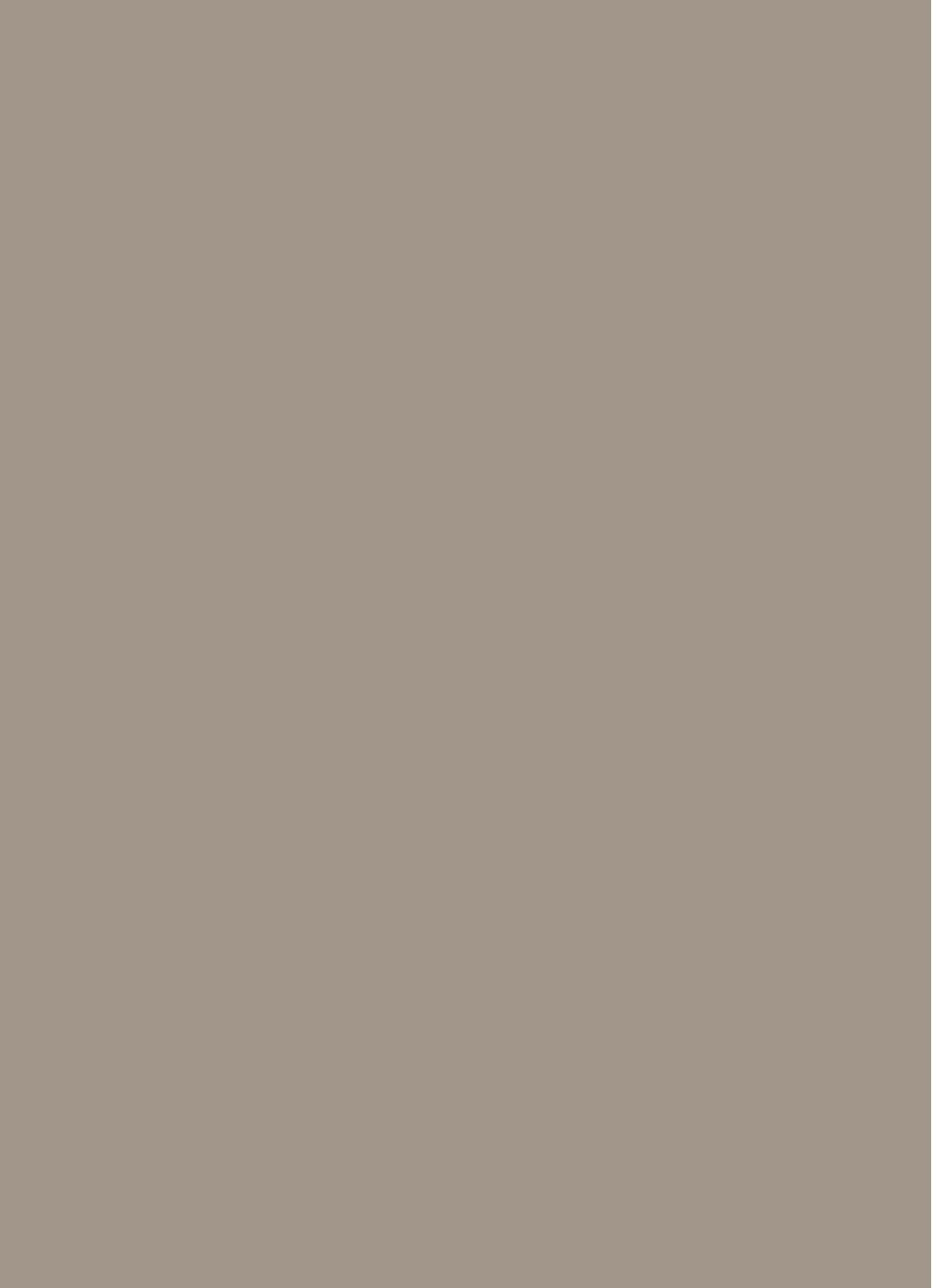
LA INFECCIÓN POR EL

VIH

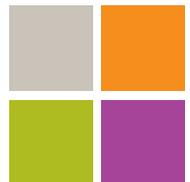
en Canarias,
los mensajes preventivos
y la promoción
de la salud sexual



RECOMENDACIONES PARA PROFESIONALES



La infección por el VIH en Canarias, los mensajes preventivos y la promoción de la salud sexual



Título: *La infección por el VIH en Canarias, los mensajes preventivos y la promoción de la salud sexual.*

Coordinación del documento:

Carles Barres Giménez.¹
Lourdes Capote Pestano.¹
Domingo Núñez Gallo.²

Autores/as:

Carles Barres Giménez.¹
Lourdes Capote Pestano.¹
María Ferraz Dobarro.⁵
Carmen Nieves Fuentes Morales.⁶
Juan Manuel Herrera Hernández.⁷
M^a José Hinojosa Pareja.⁸

Colaboración:

Santiago de la Huerga Moreno.³
Laura García Hernández.⁴
Ana Izquierdo Carreño.²
M^a Pilar Martín Hernández.¹

Apoyo administrativo:

Ana M^a Hernández-Monzón Álamo.¹

- 1) Servicio de Promoción de la Salud. Dirección Gral. Salud Pública.
- 2) Servicio de Epidemiología y Prevención. Dirección Gral. Salud Pública.
- 3) Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Dirección Gral. Programas Asistenciales.
- 4) MIR Medicina Preventiva y Salud Pública. HUNSC.
- 5) Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trabajo Social de la ULL.
- 6) Asociación Opción 3. Atención psicológica a menores en exclusión social.
- 7) Universidad de La Laguna. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.
- 8) Colectivo LGBTI Gamá. Servicio de Atención Psicológica a la Diversidad e Identidad de Género.

Diseño, maquetación e impresión:

Imprenta Reyes, S.L.

Depósito Legal: TF-221/2015

Uso del lenguaje no sexista e incluyente:

Este Documento Técnico se elaboró reconociendo la importancia de usar un lenguaje no sexista a fin de promover una mayor atención “al trato desigual y a la segregación de las personas de un sexo por considerarlas inferiores a las del otro”, que muchas veces se reproducen mediante el lenguaje, las imágenes y los códigos que utilizamos.

La titularidad de este documento pertenece a la Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducir el documento total o parcialmente para su uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo, institución y año.

La Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de la Salud impulsa la edición de este Documento Técnico *“La infección por el VIH en Canarias, los mensajes preventivos y la promoción de la salud sexual”* como una aplicación de trabajo y consulta profesional para el ámbito sanitario.

Esta publicación, con carácter experimental y por lo tanto, sujeta y abierta a modificaciones constructivas y a la correspondiente evaluación, se ha basado en los trabajos técnicos realizados por el Servicio de Epidemiología y Prevención en lo que a Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida se refiere y el Servicio de Promoción de la Salud a partir del Programa de prevención contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)/VIH/SIDA, la participación en la elaboración de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y las actividades intersectoriales desarrolladas para dar a conocer la promoción de la salud sexual y los diferentes mensajes preventivos relacionados con la misma.

Los contenidos del presente Documento Técnico se encuentran organizados y redactados de forma sencilla para la mayor comprensión de los mismos y para que la aplicación profesional sea cómoda y eficaz.

En definitiva, se trata de dar el apoyo necesario al trabajo diario del personal sanitario que demanda información y formación para poder intervenir en los diferentes aspectos relacionados con la prevención y la detección temprana de los aspectos vulnerables que configuran la transmisión de las ITS/VIH y la promoción de la salud sexual que constituye la piedra angular para ir mejorando la salud integral y positiva y el bienestar de nuestra ciudadanía.

Quiero destacar, además, las iniciativas y trabajos realizados desde otros ámbitos de la Sanidad de esta Comunidad Autónoma que siguen sumando esfuerzos para que este tipo de publicaciones, como la que se presenta, vean la luz.

José Fernando Díaz-Flores Estévez
*Director General de Salud Pública
Servicio Canario de la Salud*

“Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente ausencia de enfermedad, disfunción o malestar.

La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia.

Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos.” (OMS, 2002).

El presente Documento Técnico tiene su punto de partida en las actividades realizadas por el Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública en relación al Programa de atención a las ITS/VIH/SIDA y en el abordaje de la salud sexual desde sus múltiples acepciones entendida como *“no meramente ausencia de enfermedad, disfunción o malestar sino desde la posibilidad de obtener experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia y con el respeto a los derechos sexuales de todas las personas que deben de ser respetados, protegidos y satisfechos”*.

Las experiencias sexuales seguras son un factor de prevención frente a las infecciones de transmisión sexual y la transmisión del VIH. Entre las consecuencias más importantes que podemos extraer para que se haya perpetuado la epidemia destacamos:

En primer lugar, el estigma y la discriminación que sufren las personas con VIH/SIDA facilitan las conductas de riesgo por el miedo a reconocer la seropositividad, el miedo a la realización de la prueba del VIH y la ocultación de prácticas de riesgo lo que supone un gran obstáculo para la prevención y el tratamiento.

En segundo lugar, en el trabajo con ITS es fundamental reconocer que existen diversos comportamientos y orientaciones sexuales e identidades de género que no están necesariamente dentro de las pautas sociales establecidas como “adecuadas”. La homofobia, la lesbofobia o la transfobia son una forma de violencia y discriminación que fomentan un ambiente inseguro para las personas alejándolas de los servicios de salud preventivos y de atención establecidos. Hay destacar, que en la actualidad, el perfil de la epidemia se centra en la transmisión del virus entre los hombres que tienen prácticas sexuales con otros hombres.

Por último y en tercer lugar, también es necesario tener en cuenta la vulnerabilidad de las mujeres hacia la infección por el VIH debido a las desigualdades y el impacto de la violencia de género en sus diferentes expresiones.

Este Documento Técnico pretende ser una herramienta útil de trabajo y consulta para los y las profesionales que constituyen los equipos de atención primaria a la vez que un instrumento de apoyo en relación a los temas que tienen que ver con las ITS y el VIH y en general, con la salud sexual desde un punto de vista positivo. Los diferentes temas que lo componen se encuentran organizados y redactados de forma sencilla y se apoyan en gráficos y tablas para la mayor comprensión de los mismos y para que la aplicación profesional sea cómoda y eficaz. Se desarrolla en trece capítulos que se agrupan en cuatro bloques temáticos:

- Situación epidemiológica actual de la infección por el VIH e información con respecto a la importancia del diagnóstico precoz.
- La prueba del VIH: Recomendaciones y diferentes tipos de prueba de detección y entornos para su realización.
- Los mensajes preventivos en el ámbito profesional sanitario y la promoción de la salud sexual en la juventud.
- El estigma, la orientación sexual y la violencia de género como contextos y/o circunstancias vitales que pueden poner a mujeres y hombres en una situación de mayor vulnerabilidad.

Se trata de dar apoyo al trabajo diario de los y las profesionales que demandan información y formación para poder intervenir en los aspectos relacionados con la promoción de la salud sexual, la prevención y la detección temprana de los aspectos vulnerables que la amenazan para ir mejorando en definitiva la salud y el bienestar de la ciudadanía.

Presentación	5
Introducción	7
Situación epidemiológica actual de la infección por el VIH e información con respecto a la importancia del diagnóstico precoz:	11
— Situación actual de la epidemia del VIH/SIDA.....	13
— Diferencia entre la infección por el VIH y el SIDA.....	34
— La importancia del Diagnóstico Precoz.....	35
— Las ITS y su interacción con el VIH.....	37
La prueba del VIH: Recomendaciones y diferentes tipos de prueba de detección y entornos para su realización:	41
— Recomendaciones para solicitar la prueba del VIH.....	43
— Pruebas rápidas del VIH en entornos no clínicos.....	51
Los mensajes preventivos en el ámbito profesional sanitario y la promoción de la salud sexual en la juventud:	55
— La prevención.....	57
— Profilaxis post exposición (PPE).....	61
— Promoción de la salud sexual y mensajes preventivos para la juventud.....	63
— VIH/SIDA y lenguaje.....	70
El estigma, la orientación sexual y la violencia de género como contextos y/o circunstancias vitales que pueden poner a mujeres y hombres en una situación de mayor vulnerabilidad:	73
— La intervención profesional como moduladora del estigma y la discriminación por VIH/SIDA.....	75
— Violencias de género y VIH.....	77
— La diversidad sexual y el VIH.....	85
Glosario	91
Bibliografía	97

**Situación epidemiológica actual de la
infección por el VIH e información con
respecto a la importancia del diagnóstico
precoz**

SITUACIÓN ACTUAL DE LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA.

“Nos encontramos en la antesala de un importante hito en la respuesta al sida. La visión de un mundo en el que no se produzca ni una sola infección por el VIH, libre de discriminación y donde nadie muera como consecuencia del sida ha cautivado a asociados, partes interesadas y personas que viven con el VIH o que se ven afectadas por el virus.

Hace tan sólo unos años, parecía descabellado hablar sobre el fin de la epidemia a corto plazo. Sin embargo, la ciencia, el apoyo político y las respuestas comunitarias están empezando a dar frutos claros y tangibles”.



Director ejecutivo de ONUSIDA
Secretario General Adjunto de las Naciones Unidas

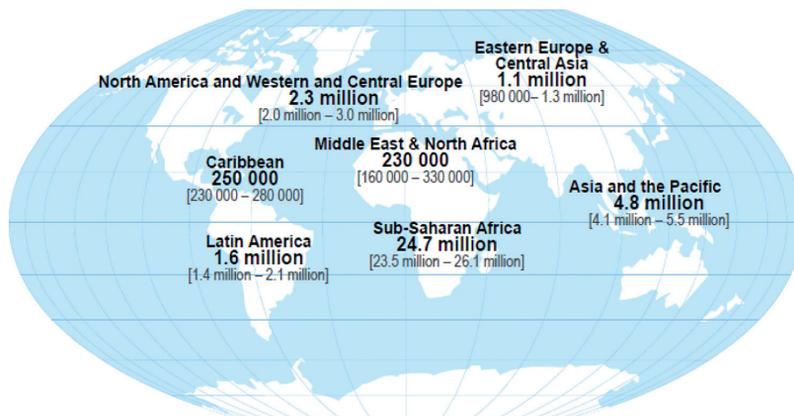
Situación de la epidemia del VIH/SIDA en el MUNDO (2013)

35 millones de personas viven con el VIH en el mundo.
2,1 millones de personas contrajeron la infección por el VIH.
1,5 millones de personas fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA.

Fuente¹: *Elaboración propia a partir de UNAIDS Global Report 2014 - Epidemiology slides.*

De los 35 millones de personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), cerca de la mitad desconocen su estado serológico respecto al virus. A pesar de que se ha avanzado notablemente en los esfuerzos por acabar con las *Nuevas Infecciones** (NI) por el VIH, la cifra total de éstas, 2,1 millones en 2013, sigue siendo elevada. * *Ver glosario.*

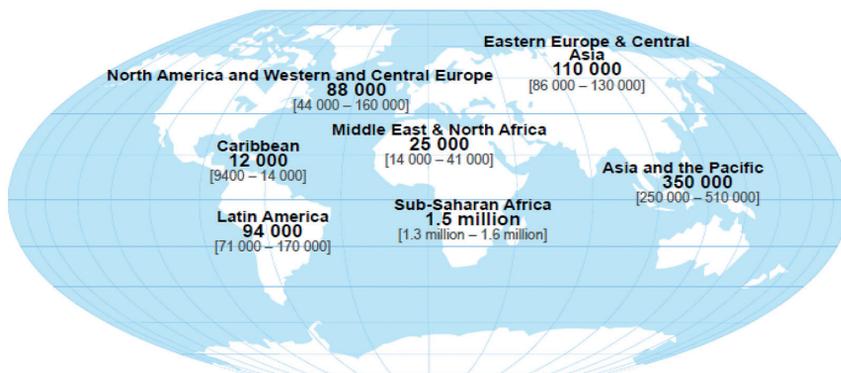
Número estimado de adultos/as y niños/as que viven con el VIH en 2013



Total: 35 millones (32,2 millones – 37,2 millones)

Fuente ¹: UNAIDS Global Report 2014 - Epidemiology slides.

Número estimado de adultos/as y niños/as con nuevas infecciones por VIH en 2013



Total: 2,1 millones (1,9 millones-2,4 millones)

Fuente ¹: UNAIDS Global Report 2014 - Epidemiology slides.

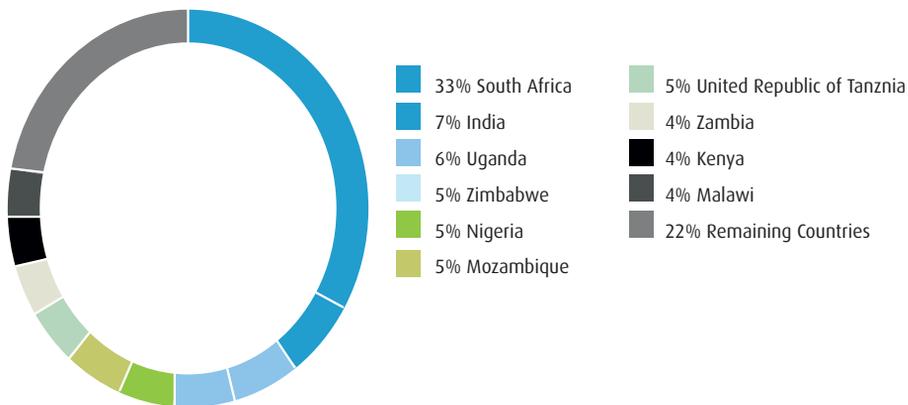
El VIH sigue afectando de una manera desproporcionada a personas en situación de prostitución, a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), y a los usuarios y usuarias de drogas inyectables (UDI). Por lo general, los programas de prevención y tratamiento del VIH están siendo incapaces de llegar a estos grupos de población clave sobre todo en los países con peores condiciones económicas y sociales.

A pesar de que la epidemia sigue siendo un **importante problema de salud pública**, veinticinco países de ingresos bajos y medios, de los cuales la mitad se encuentran en África subsahariana, la región más afectada por el VIH, han logrado una reducción de más del 50% en los casos de nuevas infecciones. El número de personas con acceso al tratamiento ha aumentado en un 63% a escala mundial y en los últimos dos años, las nuevas infecciones por el VIH en niños/as descendieron en un 24%.

En 2013, se detectaron alrededor de 6.000 nuevas infecciones por VIH al día.
Un 68% de estas detecciones corresponden a la zona del África subsahariana.
Unos 700 niños y niñas menores de 15 años se infectan por el VIH cada año.
Aproximadamente, 5.200 infecciones corresponden a personas adultas mayores de 15 años de las cuales: - Casi el 47% se detectaron en mujeres. - Alrededor del 33% se detectaron entre jóvenes (15-24).

Fuente¹: *Elaboración propia a partir de UNAIDS Global Report 2014 - Epidemiology slides.*

Número de personas que recibieron terapia antirretroviral durante 2010-2013.



Fuente¹: *UNAIDS Global Report 2014 - Epidemiology slides.*

Situación de la epidemia del VIH/SIDA en EUROPA:

Se estima que en la Región de Europa de la OMS* cerca de **2,3 millones** de personas viven con el VIH. Aproximadamente, 1 millón en la Unión Europea y 1,3 millones en Europa del Este y Asia Central. De ellos, entre el 30-50%, dependiendo del país, no es consciente de su estado serológico. * *Ver glosario.*

El número de personas que viven con el VIH es cada vez mayor y se encuentra concentrado en poblaciones diana tales como la de HSH, UDI y las personas procedentes de países de alta endemia, principalmente de África subsahariana.

Características generales del diagnóstico de VIH declarado en la Región Europea de la OMS:

Áreas geográficas	Región Europea OMS	Zona Oeste	Zona Centro	Zona Este	EU/EEA
Nuevas infecciones VIH	136.235	26.847	4.166	105.222	29.157
Infecciones x 100.000 hab.	15,7	6,3	2,2	41,2	5,7
% edad 15-24 años	10,2%*	10,3%	4,4%	9,5%	10,9%
Ratio Hombre-Mujer	1,7	3,3	4,9	1,4	3,3
Vía de transmisión					
Heterosexual	30,6%	33,6%	24,8%	30,0%	32,4%*
HSH	10,1%	43,1%	30,1%	0,8%	41,9%
UDI	21,3%	4,1%	5,9%	26,3%	5,0%
Transmisión vertical	0,6%	0,7%	1,1%	0,6%	1%
Desconocido	37,3%	18,2%	37,9%	42,2%	19,7%
Retraso diagnóstico					
CD4 < 350/mm ³	49%				47%
CD4 < 200/mm ³	27,3%				27,1%
Casos de Sida	15.902				4.368

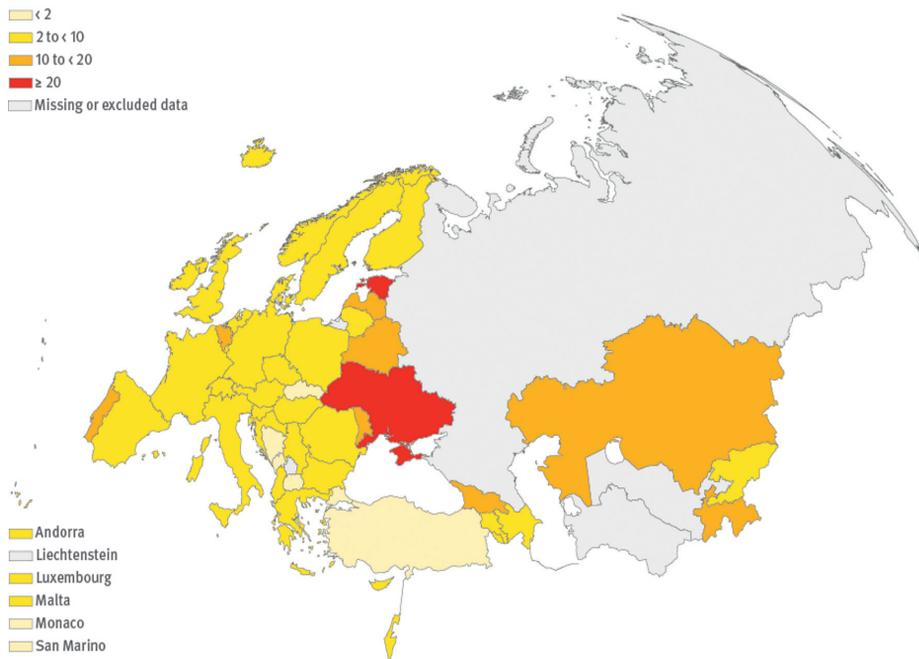
Fuente²: Elaboración propia a partir de VIH/AIDS surveillance in Europe 2013. ECDC.

No hay datos de: Liechtenstein, Turkmenistan y Uzbekistan.

* No incluidos los datos de Rusia.

2013

En el año 2013, los casos declarados de nuevas infecciones de VIH por 100.000 habitantes en la Región Europea* por transmisión **Heterosexual**, **HSH** o en **UDI** fueron los siguientes:



Fuente²: *VIH/AIDS surveillance in Europe 2013. ECDC.*

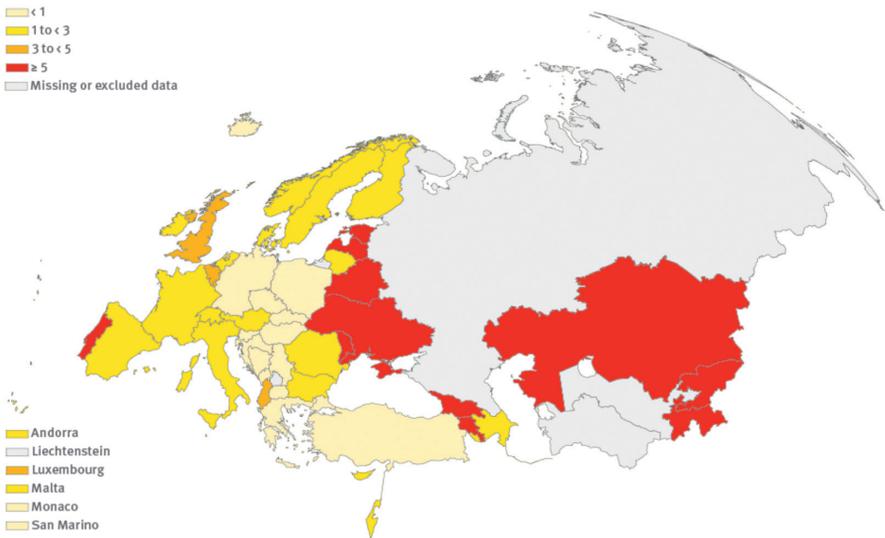
* No hay datos de: Liechtenstein, Rusia, Turkmenistan y Uzbekistan.

Según las vías de transmisión:

Región Europea de la OMS	Transmisión Heterosexual
UE/EEA	Transmisión HSH
Zona del Este	Transmisión UDI

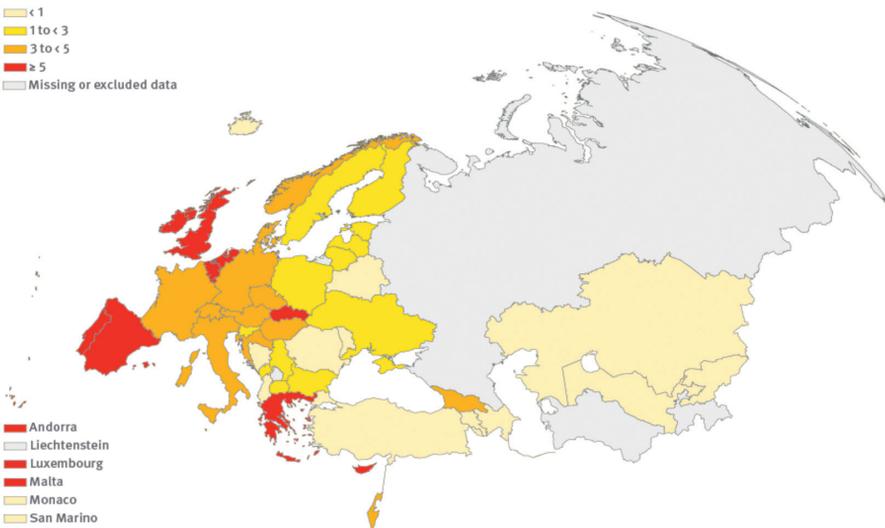
Existe una gran diversidad en la epidemiología del VIH en Europa respecto a las vías de transmisión. En la Región Europea de la OMS la transmisión heterosexual es la vía principal mientras que la transmisión sexual entre hombres es la más común en la Unión Europea (UE) y Área Económica Europea (EEA con sus siglas en inglés).

Situación de la infección por VIH por **transmisión Heterosexual** en el año 2013. Tasas por 100.000 habitantes:



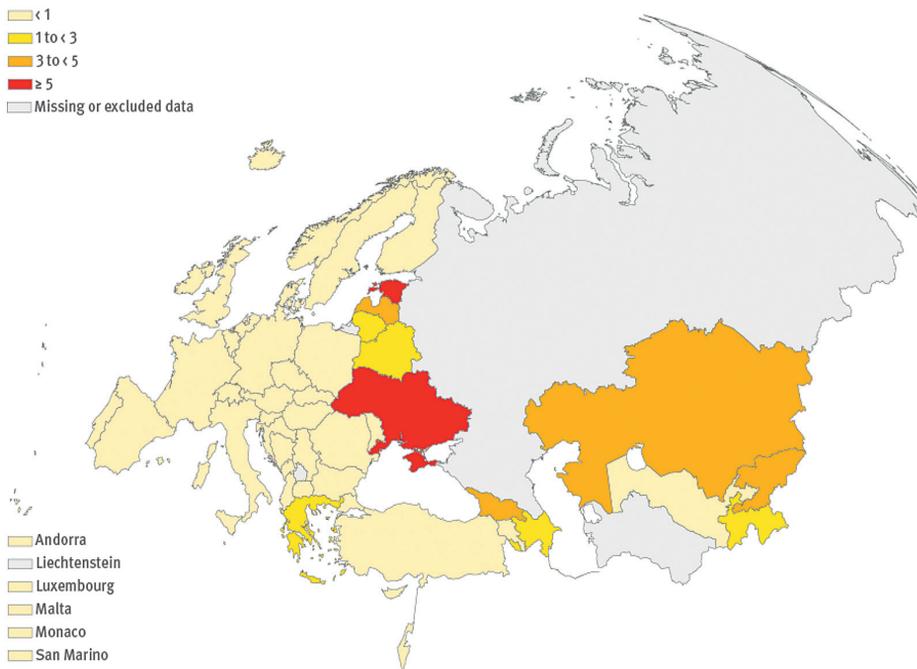
Fuente²: *HIV/AIDS surveillance in Europe 2013. ECDC. WHO.*

Situación de la infección por VIH por **transmisión HSH** en el año 2013. Tasas por 100.000 habitantes:



Fuente²: *HIV/AIDS surveillance in Europe 2013. ECDC. WHO.*

Situación de la infección por VIH por **transmisión en UDI** en el año 2013. Tasas por 100.000 habitantes:



Fuente²: HIV/AIDS surveillance in Europe 2013. ECDC. WHO.

Diagnóstico Tardío:

CD4 < 350 mm³	49%
------------------------------------	-----

En cuanto al diagnóstico de las nuevas infecciones de VIH, la mitad de los casos son tardíos. Esto es, presentan unas cifras de CD4, en el momento de la detección, inferiores a 350 mm³, lo que implica una peor respuesta al tratamiento y una mayor mortalidad.

Casos de Sida*:

En 2013 se declararon **15.902** en la Región Europea de la OMS.

En la UE/EEA (no hay datos de Suecia o Liechtenstein), se declararon **4.368** que es una tasa de 0,9 casos por cada 100.000 habitantes. * Ver glosario.

Los índices más altos correspondieron a:

PAÍS	TASA
Letonia	6,6
Portugal	3,3
Estonia	1,8

Fuente ²: *Elaboración propia a partir de VIH/AIDS surveillance in Europe 2013. ECDC.*

En la UE/EEA, el número de casos de SIDA ha ido disminuyendo de forma continuada desde mediados de la década de 1990.

El número elevado de casos de SIDA, sobre todo en el Este, es indicativo de la baja cobertura de tratamiento, retraso en el inicio de un tratamiento por un diagnóstico tardío.

Nuevas infecciones:

En 2013, se registraron **136.235** nuevas infecciones por VIH declaradas por 50 de los 53 países de la Región Europea de la OMS, de los cuales **29.157** fueron de los países de la UE/EEA.

Casos de SIDA y nuevas infecciones en la Región Europea de la OMS declarados en 2013:

Casos de Sida	15.902
Nuevas Infecciones	136.235

Situación de la epidemia en ESPAÑA.

* Para el año 2013 no se pudieron incorporar los datos de Andalucía.

Casos de sida (Datos acumulados):

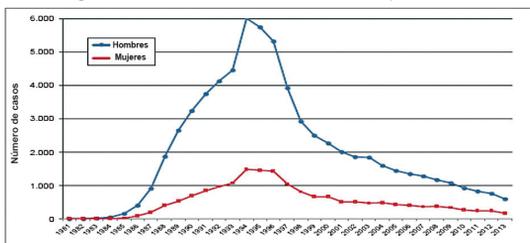
Desde 1981, inicio de la epidemia en España, se han notificado un total de **84.043 casos de SIDA**. Tras alcanzar su cénit a mediados de la década de los 90, el número de casos notificados ha experimentado un progresivo declive, que supone un 88,7% desde 1996, año previo a la generalización del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), hasta 2013.



Figura 22
Casos de sida en España por sexo.



Datos corregidos por retraso en la notificación
Registro Nacional de Sida. Actualización a 30 de junio de 2014



Fuente³: Vigilancia Epidemiológica del Vih/Sida en España .MSSSI. Actualización 30 de junio de 2014.

Nuevas infecciones por VIH (Datos acumulados):

Desde el año 2003, y con las sucesivas incorporaciones al sistema de las distintas Comunidades Autónomas, se han notificado un total de **29.987** diagnósticos de infección por VIH.

Tabla 1: Número de nuevos diagnósticos de VIH por CCAA de notificación y año de diagnóstico. Datos de 17 CCAA, Ceuta y Melilla. Años 2003-2013. Datos no corregidos por retraso de la notificación.

CCAA de notificación	Año de diagnóstico											Total
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
BALEARES	131	134	145	184	146	203	185	182	154	171	167	1802
CANARIAS	183	215	240	290	306	345	262	264	228	177	129	2639
CATALUÑA	732	768	719	755	759	759	722	784	762	780	738	8278
CEUTA	1	2	2	3	1	2	0	1	1	1	3	17
EXTREMADURA	39	34	25	38	45	52	43	43	57	67	46	489
NAVARRA	35	37	32	34	33	27	39	36	28	32	44	377
PAÍS VASCO	183	148	157	153	177	200	207	194	175	162	142	1898
LA RIOJA	41	29	33	29	28	20	22	28	19	13	20	282
ASTURIAS	96	112	87	80	82	122	99	107	87	78	57	1007
GALICIA	.	208	208	213	215	213	216	170	188	220	182	2033
MADRID	.	.	.	.	955	1159	1114	1321	1189	1031	641	7410
ARAGÓN	.	.	.	.	.	106	112	119	98	105	104	644
MELILLA	.	.	.	.	.	3	2	1	4	5	6	21
CASTILLA-LA MANCHA	.	.	.	.	.	99	96	107	81	77	63	523
CASTILLA - LEÓN	.	.	.	.	.	.	148	133	159	125	121	686
CANTABRIA	.	.	.	.	.	.	51	55	43	38	41	228
MURCIA	.	.	.	.	.	.	112	121	117	96	87	533
COM. VALENCIANA	.	.	.	.	.	.	.	.	.	433	348	781
ANDALUCÍA	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	339	339
Total	1441	1687	1648	1779	2747	3310	3430	3666	3390	3611	3278	29987

Fuente³: Elaboración propia a partir de Vigilancia Epidemiológica del Vih/Sida en España .MSSSI. Actualización 30 de junio de 2014.

Año 2013

Características generales de las nuevas infecciones declaradas en España:

Casos Declarados	3.278
Hombres	85,00%
Mujeres	15,00%
Edad media	35 años
Mecanismo de Transmisión Sexual	80,00%
Transmisión HSH	51,20%
Transmisión Heterosexual	28,50%
Mecanismo de Trasmisión UDIS	4,40%
Procedencia Española	67,50%
Procedencia no Española	32,50%
Diagnóstico Tardío (DT) CD4<350 mm ³	46,60%
Enfermedad Avanzada (EA). CD4<200 mm ³	27,30%

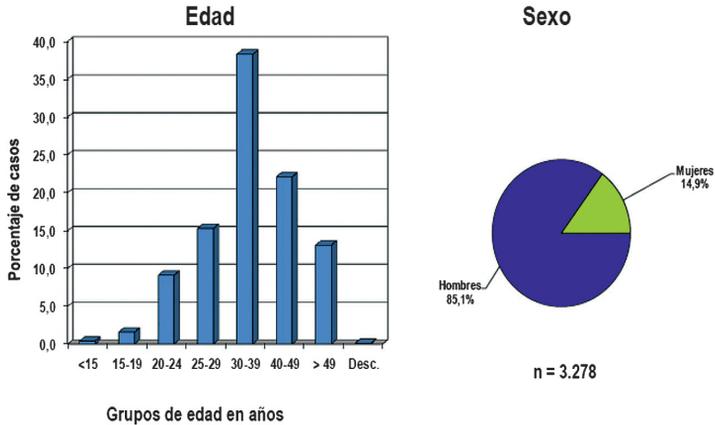
Fuente³: *Elaboración propia a partir de Vigilancia Epidemiológica del Vih/Sida en España .MSSSI. 2014.*

Nuevas infecciones de VIH:

Se notificaron **3.278** nuevos diagnósticos de VIH en el año 2013. La mediana de edad fue de 35 años y los hombres suponen el 85% de los nuevos diagnósticos de VIH.

Las tasas anuales de nuevos diagnósticos por 100.000 habitantes varían de 9,8 en 2003 a 7,0 en 2013.

Figura 1
Nuevos diagnósticos de VIH. Distribución por edad y sexo. España. años 2013. Datos no corregidos por retraso de notificación.

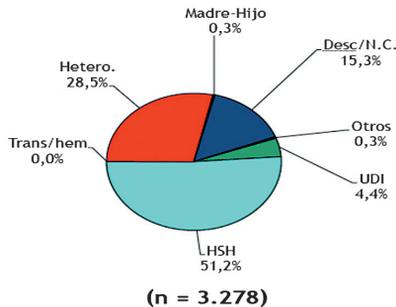


Fuente³: Vigilancia Epidemiológica del Vih/Sida en España .MSSSI. Actualización 30 de junio de 2014.

Categoría de transmisión:

La transmisión HSH fue la más frecuente (51.2%), seguida de la transmisión heterosexual, que supone un 28,5%, y la de UDI, que sumó un 4,4%. Por tanto, el 80% de los nuevos diagnósticos de VIH del año 2013 tienen su origen en la transmisión sexual.

Figura 2
Nuevos diagnósticos de VIH. Categoría de transmisión. España. años 2013. Datos no corregidos por retraso de notificación.



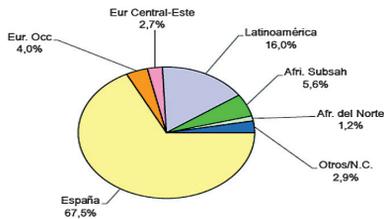
Fuente³: Vigilancia Epidemiológica del Vih/Sida en España .MSSSI. Actualización 30 de junio de 2014

Lugar de origen:

En el año 2013, el 32,5% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países. Tras el origen español, el más frecuente fue el latinoamericano (16%).



Figura 4
Nuevos diagnósticos de VIH. Zona de origen.
España. años 2013. Datos no corregidos por retraso de notificación.



n = 3.278

Fuente³: Vigilancia Epidemiológica del Vih/Sida en España .MSSSI. Actualización 30 de junio de 2014

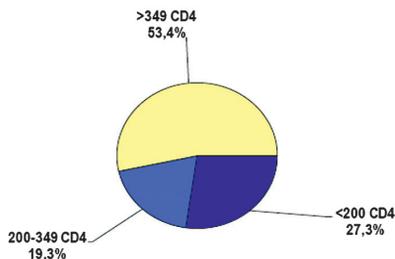
Diagnóstico tardío y enfermedad avanzada:

El porcentaje de Enfermedad Avanzada (EA) fue del 27,3% y el de Diagnóstico Tardío (DT) es de 46,6%.

EA	CD4 < 200 mm ³
DT	CD4 350-200 mm ³



Figura 7
Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío.
España. años 2013. Datos no corregidos por retraso de notificación.



n = 2.757

Fuente³: Vigilancia Epidemiológica del Vih/Sida en España .MSSSI. Actualización 30 de junio de 2014.

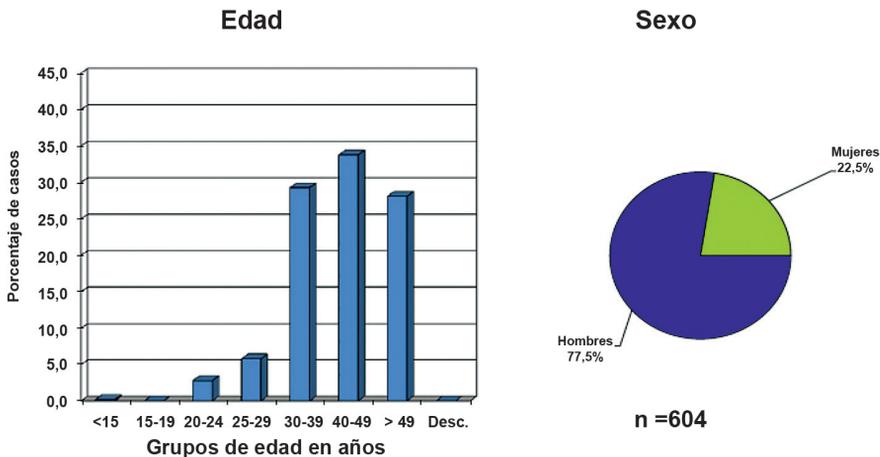
Casos de sida:

Durante 2013, se notificaron 604 casos, hasta junio de 2014. Tras corregir un retraso en la notificación, se estima que en dicho año se diagnosticaron en España 760 casos de SIDA.



Figura 20

Casos de SIDA diagnosticados en España en 2013. Distribución por edad y sexo.
 Registro Nacional de sida. Actualización a 30 de junio de 2014.
 Datos no corregidos por retraso de notificación.



Fuente³: Vigilancia Epidemiológica del Vih/Sida en España .MSSI. Actualización 30 de junio de 2014

Situación de la epidemia en CANARIAS:

Casos de sida (Datos acumulados):

El número total de casos acumulados desde 1984, notificados al Registro de casos de SIDA de Canarias, se eleva a **2.632**. El 81,4 % son hombres y el rango de edad más predominante tanto en hombres como en mujeres es de 30 a 39 años.

El mecanismo de transmisión más frecuente es el sexual, 53,9% de los casos, seguido de los/as UDI que suponen un 31,9%.

La letalidad supone un 46,2% de los casos acumulados.

CASOS DE SIDA desde 1984 acumulados: 2.632

SIDA. Casos acumulados por categoría de transmisión y sexo. Canarias. 1984-2013

CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
HSH	847	39,5	0	0,0	847	32,2
UDIs	642	30,0	197	40,3	839	31,9
HSH+UDIs	43	2,0	0	0,0	43	1,6
R.HEM	25	1,2	2	0,4	27	1,0
R.TRAN	11	0,5	3	0,6	14	0,5
HMR	15	0,7	11	2,2	26	1,0
TRA-HET	342	16,0	230	47,0	572	21,7
OTROS/DESC.	212	9,9	46	9,4	258	9,8
NO CONSTA	6	0,3	0	0,0	6	0,2
TOTAL	2.143	100	489	100	2.632	100

Fuente⁴: Boletín Epidemiológico sobre SIDA nº 3. Canarias. Diciembre 2014.

HSH: Hombres con relaciones sexuales con hombres. **UDI:** Usuarios/as a drogas inyectadas. **R.HEM:** Receptor /a he-moderivados. **R. TRAN:** Receptor/a transfusiones. **HMR:** Hijo/a madre de riesgo. **TRA-HET:** Transmisión heterosexual.

Según la procedencia, el 86% son españoles/as y el 14% restante, son casos foráneos.

SIDA. Casos acumulados, según procedencia. Distribución por sexo. Canarias 31.12.2014

PROCEDECENCIA	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
España	1.858	88,7	405	82,8	2.263	86,0
Europa	102	4,8	21	4,3	123	4,7
África	85	4,0	37	7,6	122	4,6
América	89	4,2	22	4,5	111	4,2
Asia	9	0,4	4	0,8	13	0,5
TOTAL	2.143	100	489	100	2.632	100

Fuente⁴: Boletín Epidemiológico sobre SIDA nº 3. Canarias. Diciembre 2014.

Nuevas infecciones por VIH en CANARIAS 2000-2013 (datos acumulados):

El número acumulado de NI por el VIH declarado desde el año 2000 hasta 2013 en Canarias asciende a **3.547**. Ocho de cada diez son hombres y con mayor incidencia en edades comprendidas entre 30 y 39 años.

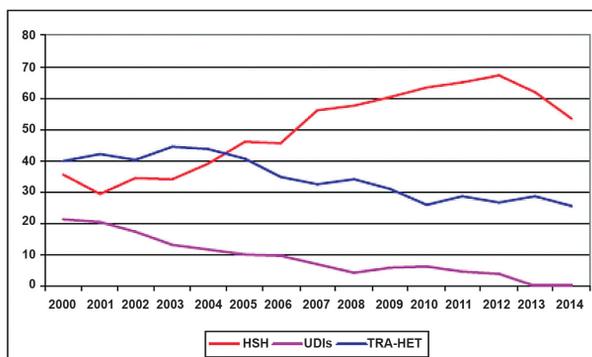
La letalidad de las NI de VIH acumuladas es de 6,6%.

Casos Declarados	3.547
Hombres	82,3%
Mujeres	17,7%
Rango de edad con mayor incidencia	30 a 39 años
Mecanismo de Transmisión Sexual	85,1%
Transmisión HSH	51,0%
Mecanismo de Transmisión Heterosexual	34,1%
Mecanismo de Transmisión UDI	9,0%
Procedencia Española	70,7%
Procedencia no Española	29,3%
DT. CD4<350 mm ³	49,2%
EA. CD4<200 mm ³	31,1%

Fuente⁵: Elaboración propia a partir de: Boletín epidemiológico sobre VIH, nº 4. Canarias. Diciembre 2014.

CASOS DE NUEVAS INFECCIONES desde 2000: 3.547

Evolución de las nuevas infecciones según categoría de transmisión y año.
Canarias. 30/12/2014



Fuente⁵: Boletín epidemiológico sobre VIH, nº 4. Canarias. Diciembre 2014.

HSH: Hombres con relaciones sexuales con hombres. UDI: Usuarios/as a drogas inyectadas. TRA-HET: Transmisión heterosexual.

Casos según procedencia:

La mayoría de los casos detectados son de origen español. Un tercio, aproximadamente, no lo son:

España	70,7%
Foráneos:	
– América	11,5%
– África	9,6%
– Europa	7,7%
– Asia	0,5%
– Oceanía	0,1%

Fuente⁵: *Elaboración propia a partir de: Boletín epidemiológico sobre VIH, nº 4. Canarias. Diciembre 2014.*

Casos según Tipo de Servicio que prescribe el test del VIH:

Los servicios que más prescriben el test del VIH son de predominio hospitalario (unidad/consulta hospitalaria de VIH y otros servicios hospitalarios) con un 57,3% de prescripciones del test en su conjunto. El porcentaje de solicitudes de los Centros de Atención Primaria se ha ido incrementando hasta el 20,6%.

VIH, casos acumulados según Tipo de Servicio que prescribe el test. Canarias. 30/12/2014

TIPO DE SERVICIO	CASOS	%
Centro Penitenciario	136	3,8
Centro de Atención a las Drogodependencias	15	0,4
Centro de Atención Primaria	732	20,6
Centro/Consulta de Planificación Familiar	2	0,1
Centro/Consulta no Hospitalaria de ETS/VIH	465	13,1
Unidad/Consulta Hospitalaria de VIH	1.240	35,0
Consulta de Atención al Embarazo	38	1,1
Otros Servicios Hospitalarios	790	22,3
Otros	121	3,4
No consta	8	0,2
TOTAL	3.547	100

Fuente⁵: *Elaboración propia a partir de: Boletín epidemiológico sobre VIH, nº 4. Canarias. Diciembre 2014.*

Año 2013

Casos de SIDA:

Se han declarado **46 casos de Sida** de los cuales el 78,3% son hombres. El mecanismo de transmisión sexual es el más frecuente con un 76,1%. El rango de edad más predominante es el de 20 a 44 años tanto en hombres como en mujeres y el 28,3% de los casos son de origen no español.

SIDA. Casos por categoría de transmisión y sexo. Canarias.2013

C.T.	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
HSH	19	52,8	0	0	19	41,3
UDIs	3	8,3	1	10,0	4	8,7
HSH+UDIs	1	2,8	0	0,0	1	2,2
TRA.Htx	8	22,2	8	80,0	16	34,8
DESC.	5	13,9	1	10,0	6	13,0
TOTAL	36	100	10	100	46	100

Fuente⁴: Elaboración propia a partir de Boletín Epidemiológico sobre SIDA nº 3. Canarias. Diciembre 2014.

SIDA. Casos según procedencia. Distribución por sexo. Canarias. 2013.

PROCEDENCIA	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
España	29	80,6	4	40	33	71,7
Europa	2	5,6	1	10	3	6,5
África	3	8,3	2	20	5	10,9
América	2	5,6	2	20	4	8,7
Asia	0	0,0	1	10	1	2,2
TOTAL	36	100	10	100	46	100

Fuente⁴: Elaboración propia a partir de Boletín Epidemiológico sobre SIDA nº 3. Canarias. Diciembre 2014.

Nuevas infecciones:

De los **238** casos de NI declaradas en 2013, el 85,3% de los casos son hombres. El grupo de edad más afectado tanto en hombres como en mujeres, ha sido el comprendido entre los 30 y 39 años.

El principal mecanismo de transmisión, en el total de casos, es el sexual con un 88,2%. De éstos, el 68,4% tienen un mecanismo de transmisión HSH y el 31,6% restante son heterosexuales. Por sexo, los hombres tienen un factor HSH en el 72,1% de los casos, mientras que el 17,1% es heterosexual. En mujeres, el 100% manifiesta un mecanismo de transmisión heterosexual.

En el año 2013, no se ha registrado ningún caso cuyo mecanismo de transmisión haya sido el de UDI.

Características generales de las nuevas infecciones declaradas en Canarias en 2013.

Casos Declarados	238
Hombres	85,3%
Mujeres	14,7%
Edad	30-39 años
Mecanismo de Transmisión Sexual	90,7%
Transmisión HSH	68,4%
Mecanismo de Transmisión Heterosexual	31,6%
Mecanismo de Transmisión UDI	0%
Procedencia Española	78,2%
Procedencia no Española	21,8%
DT. CD4<350 mm ³	45%
EA. CD4<200 mm ³	25,1%

Fuente⁵: Elaboración propia a partir de: Boletín epidemiológico sobre VIH, nº 4. Canarias. Diciembre 2014.

Casos según procedencia:

Entre las NI de este año, el 78,2% de los casos son de procedencia española de los que el 89,2% son hombres. De los casos detectados en mujeres españolas, el 100% presentan un mecanismo de transmisión heterosexual.

Entre los hombres no españoles cabe destacar que el 53,8% de los europeos y el 78,9% de los americanos tienen un mecanismo de transmisión sexual HSH. Por contra, el 100% de los casos de origen africano tiene un factor de riesgo heterosexual.

Entre las mujeres no españolas, el mecanismo de transmisión heterosexual supone el 100%.

VIH, casos y porcentaje según Procedencia y sexo. Año 2013. Canarias. 30.12.2014

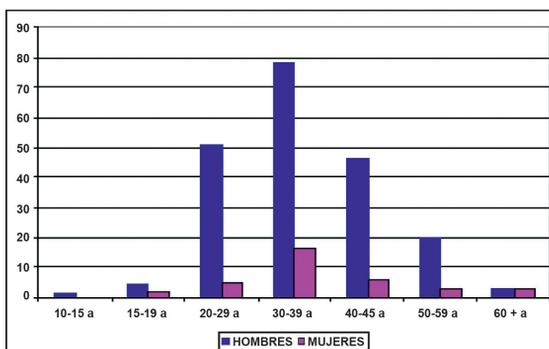
PROCEDENCIA	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
España	166	81,8	20	57,1	186	78,2
Europa	13	6,4	5	14,3	18	7,6
África	5	2,5	3	8,6	8	3,4
América	19	9,4	6	17,1	25	10,5
Asia	0	0,0	1	2,9	1	0,4
TOTAL	203	100	35	100	238	100

Fuente⁵: Boletín epidemiológico sobre VIH, nº 4. Canarias. Diciembre 2014.

Edad:

Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad más afectado ha sido el comprendido entre los 30 y 39 años (38,4% y 45,7%, respectivamente).

Nuevas infecciones por el VIH por grupos de edad y sexo. Año 2013. Canarias. 30.12.2014.



Fuente⁵: Boletín epidemiológico sobre VIH, nº 4. Canarias. Diciembre 2014.

Retraso diagnóstico:

Casi la mitad de las nuevas infecciones declaradas en 2013, el 45%, se diagnostican tarde. El 25,1% cumple criterio de Enfermedad Avanzada, es decir el recuento de CD4 en el momento del diagnóstico es inferior a 200 mm³. El 45% cumple el criterio de Diagnóstico Tardío con un recuento, en el momento del diagnóstico, comprendido entre 350 y 200 mm³.

Aproximadamente la mitad de las nuevas infecciones se diagnostican de forma tardía.

La epidemia en Canarias:

Perfil de caso:

Ocho de cada diez casos de nuevas infecciones que se detectan en Canarias, en los últimos años, corresponden a: Varón, español, de entre 30 y 49 años, que ha adquirido la infección por relaciones sexuales desprotegidas con otros hombres.

Conclusiones:

Transmisión mayoritariamente sexual	En Canarias como en el resto de España y la Región Europea de la OMS, la infección por VIH se transmite, en su mayoría, por vía sexual. Por ello, sin descuidar otras formas de transmisión, es necesario implantar y reforzar actuaciones eficaces para prevenir la transmisión por esta vía, adecuándolas a las circunstancias.
Relaciones no protegidas entre HSH	Este tipo de relaciones ocupa el primer lugar, en cuanto al mecanismo probable de infección, en el conjunto global de datos. La mayoría de ellos son de procedencia española. Por ello, el colectivo de HSH es prioritario para los programas de prevención.
Las personas de procedencia no española suponen un cuarto de los nuevos diagnósticos	En consonancia con el aumento de población inmigrante que ha ocurrido en Canarias en los últimos años, las personas de origen no español suponen más de un cuarto de los nuevos diagnósticos de VIH. Esto subraya la necesidad de diversificar los programas de prevención para adaptarlos a las necesidades de este colectivo, social y culturalmente muy heterogéneo, y especialmente vulnerable.
Aproximadamente la mitad de los diagnósticos se hacen de forma tardía	En Canarias, más del 45% de las personas diagnosticadas de infección por primera vez en 2013 presentaba indicios de diagnóstico tardío ($CD4 < 350 \text{mm}^3$). Es esencial que la población y la profesión sanitaria sean conscientes de que cualquier persona que realice prácticas de riesgo es vulnerable al VIH, y de que es importante diagnosticar la infección lo antes posible.
Tendencia decreciente en UDI	La transmisión entre UDI ha ido decreciendo de forma progresiva desde el año 2000 hasta 2013, año en el que no se ha registrado ninguna detección.
Notable descenso de los casos de SIDA	Respecto a los nuevos casos de SIDA, tras más de una década de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), su incidencia ha descendido notablemente.

DIFERENCIA ENTRE LA INFECCIÓN POR EL VIH Y EL SIDA

Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH):

El síndrome de infección aguda por el VIH suele aparecer entre las dos y cuatro semanas del contacto de riesgo. Más de la mitad de las personas experimentan síntomas similares a una gripe, con malestar general, permaneciendo esta situación durante dos o tres semanas hasta su remisión. Es posible que este proceso pase desapercibido, tanto para la persona como para el personal sanitario o que se interprete como un "proceso gripal", especialmente si no se relaciona con una situación de riesgo para la infección por el VIH.

La cantidad de virus en sangre, carga viral, en estos primeros momentos es muy alta. Es frecuente también que el nivel de linfocitos CD4 caiga por debajo de sus valores normales, aproximadamente entre 500 y 1.200 CD4/mm³.

Pasadas unas semanas la carga viral disminuye hasta alcanzar un valor más o menos estable (*nadir* o *basal* de carga viral) y los linfocitos se recuperan, aunque siempre por debajo del nivel normal.

Durante este tiempo se han producido los anticuerpos frente al virus y para detectarlos se recomienda esperar 3 meses, periodo ventana, desde el momento de la situación de riesgo que refiera la persona.

El VIH, una vez adquirido, va destruyendo el sistema inmunitario y debilitando los sistemas de vigilancia y defensa contra las infecciones y algunos tipos de cáncer.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA):

Con el tiempo, en la persona infectada se van detectando una serie de signos y síntomas o enfermedades indicativas de inmunodeficiencia.

La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4.

La fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse dependiendo de cada persona.

Tiene SIDA una persona con la infección por VIH que presente cualquiera de las situaciones (infecciones oportunistas o neoplasias) aceptadas como indicadores de SIDA*.

*Ver cuadro indicadores de SIDA en el capítulo: "Recomendaciones para solicitar la prueba del VIH".

El nivel de recuento de linfocitos CD4 en sangre a partir del cual el riesgo de padecer uno o varios síntomas o signos indicativos o enfermedades que definen el SIDA se sitúa por debajo de 200/mm³.

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

En España se estima que hay 140.000 personas infectados por el VIH de las cuales aproximadamente 40.000 desconocerían su situación. **Este 30% de personas que desconoce que están infectadas por el VIH**, se estima que contribuyen a un 60-70% de las nuevas transmisiones.

Diagnóstico Tardío y Enfermedad Avanzada:

Como aproximación al diagnóstico tardío se ha utilizado la cifra de linfocitos CD4 en la primera determinación que se realiza tras el diagnóstico.

Se considera **Diagnóstico Tardío (DT)** la presencia de una cifra inferior a 350 células/mm³ y **Enfermedad Avanzada (EA)** la presencia de una cifra inferior a 200 células/mm³.

Diagnóstico Tardío (DT) CD4 < 350 células/mm ³ .
Enfermedad Avanzada (EA) CD4 < 200 células/mm ³ .

Datos de diagnóstico tardío en España y en Canarias:

ESPAÑA (2013)		CANARIAS (2013)	
DT	46,6%	DT	45%
EA	27,3%	EA	25,1%

Fuente⁵: *Elaboración propia. Boletín Epidemiológico de Canarias sobre VIH, nº 4 diciembre, 2014*

Un diagnóstico tardío a nivel individual implica una peor respuesta al tratamiento, un exceso de mortalidad y aumento de los costes económicos, frente a un diagnóstico más precoz (Gasto de antirretrovirales en Canarias en 2013: **33.496.894,97 €⁵**). Pero a nivel de salud pública, significa una "bolsa" de pacientes infectados que desconocen su situación y que contribuyen a un exceso de nuevas transmisiones.

Los datos de Canarias indican que, aproximadamente la mitad de las personas a las que se les detecta la infección por VIH, son diagnosticadas tardíamente.

El test de despistaje de la infección por el VIH debería recomendarse y facilitarse a todas las personas en las que se identifique alguna de las situaciones de alto riesgo o indicadores de infección por VIH descritas en el capítulo: *"Recomendaciones para solicitar la prueba del VIH"*.

Ventajas del diagnóstico precoz:

Disminución de la mortalidad y la morbilidad:

- Disminución del riesgo de padecer infecciones asociadas.
- Disminución del riesgo de fallo del tratamiento.
- Se estima que hasta un tercio de todas las muertes relacionadas con el VIH son consecuencia de un diagnóstico tardío.

Disminución de la transmisión del VIH a personas no infectadas:

- Las personas en tratamiento antirretroviral que están bien tratadas tienen menos posibilidades de transmitir el VIH desde ese momento (se ha notificado una disminución del 96% entre el inicio precoz frente al inicio tardío del TARGA).
- Las evidencias demuestran que las personas que ya saben que son VIH positivas disminuyen sus comportamientos de riesgo.

Disminución de la carga económica para los sistemas sanitarios:

- Los gastos médicos del diagnóstico tardío son hasta 3,7 veces más elevados que los gastos del diagnóstico y tratamiento a tiempo.

Aumento de la esperanza de vida:

- Acceso a las distintas medicaciones actuales y un buen seguimiento de por vida.
- Las personas con infecciones recientemente adquiridas tienen casi la misma esperanza de vida que las personas con VIH negativo.

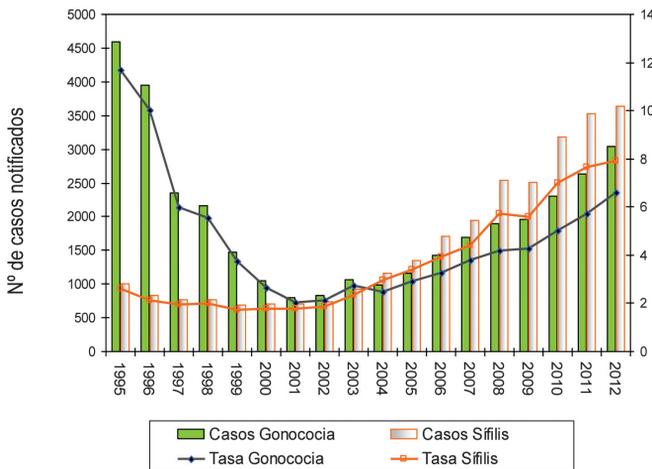
Fuente^{6,7}: *Elaboración propia a partir de Plataforma VIH in Europa.2014.*

LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) Y SU INTERACCIÓN CON EL VIH.

Desde el punto de vista de la salud pública, la importancia de estas infecciones radica en su frecuencia, complicaciones y las secuelas que se pueden producir si no se realiza un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado.

La **tendencia creciente** de las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica observada a partir del inicio de la década de 2000 se mantiene. Destaca en particular el importante incremento de la incidencia de la sífilis, que a partir de 2004 supera de forma sistemática los casos notificados de infección gonocócica.⁸

Incidencia de ITS, nº de casos y tasas por 100.000 habitantes. España 1995-2012.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Elaboración: Centro Nacional de Epidemiología

Pero una gran preocupación en la epidemia actual es su interrelación con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Importancia de la detección y el tratamiento de las ITS en la prevención del VIH:

Las personas con una ITS tienen una probabilidad mayor (dos a cinco veces más) de adquirir el VIH si se exponen a él, por contacto sexual, que las personas que no tienen una ITS. Asimismo, una persona infectada por el VIH y por otra ITS, tiene mayor probabilidad de transmitir el VIH a otras personas a través del contacto sexual que las personas que están solo infectadas por el VIH.

Se cuenta con evidencia biológica considerable que demuestra que la presencia de una ITS aumenta la posibilidad de adquirir el VIH, así como de transmitirlo, es decir:

- Aumento de la susceptibilidad. Las ITS parecen aumentar el riesgo de contraer la infección por el VIH mediante dos formas:
 - Las úlceras genitales (sífilis, herpes o chancroide) provocan rupturas en las paredes del aparato genital o en la piel. Estas rupturas le dan un punto de entrada al VIH.
 - Además, la inflamación que provocan las ITS, tanto las que producen como las que no producen úlceras genitales (chlamydia, gonorrea, tricomoniasis, etc.) aumenta, en las secreciones genitales, la concentración de células que pueden ser vulnerables al VIH como los linfocitos CD4.
- Aumento de infecciosidad. Las ITS también parecen aumentar el riesgo de que una persona infectada por el VIH transmita el virus a su pareja sexual. Los estudios han demostrado que las personas con el VIH y que están infectadas por otras ITS tienen particularmente mayor probabilidad de propagar el VIH en las secreciones genitales. Por ejemplo, los hombres que están infectados por gonorrea y VIH tienen dos veces más probabilidades de tener el VIH en sus secreciones genitales que los hombres que sólo tienen el VIH. Además, la mediana de la concentración del VIH en el semen es hasta 10 veces más alta en los hombres que están infectados por gonorrea y VIH que en los hombres que están solo infectados por el VIH. Mientras más alta sea la concentración del VIH en el semen o en las secreciones genitales, mayor será la probabilidad de transmitir el VIH a una pareja sexual.

Prevenir y tratar adecuadamente las ITS disminuye la transmisión del VIH:

La prevención y las pruebas de detección de las infecciones de transmisión sexual así como sus tratamientos, cuando se hacen adecuadamente, pueden desempeñar un papel vital en los programas integrales para prevenir la transmisión sexual del VIH. Asimismo, las tendencias de aparición de las ITS pueden ayudar a determinar en forma más precisa cuáles son los sitios en los cuales podría surgir una epidemia del VIH, lo cual permite utilizar los datos de vigilancia para pronosticar los sitios en los cuales podrían aumentar las tasas del VIH. Es necesario establecer mejores relaciones entre los esfuerzos de prevención del VIH y de las ITS para lograr un mejor control de ambas epidemias, de ahí la importancia de notificar los casos de ITS que aparecen en consulta.

La sífilis en HSH motivo de preocupación:

En España, entre las conclusiones del Grupo de trabajo sobre ITS que se incluyen en su publicación, de julio de 2014, titulada *Diagnósticos de sífilis y gonococia en una red de centros de ITS: características clínico-epidemiológicas* ⁹ se destaca que:

- El mecanismo de transmisión más probable tanto de la sífilis como de la infección gonocócica fueron las relaciones homosexuales entre hombres.
- La coinfección VIH/sífilis fue del 24,4% y la de VIH/gonococia del 12,3%, conociendo la mayor parte de los casos su estado serológico frente al VIH previo al diagnóstico de estas ITS.
- En torno a un tercio de los casos de sífilis y de gonococia en hombres que tuvieron relaciones con hombres se atribuyen exclusivamente a sexo oral.

Ante esta situación, es necesario **intensificar las acciones dirigidas a reforzar la prevención** y a favorecer la detección precoz en las personas ya infectadas. Con la intención de fomentar el diagnóstico precoz en el colectivo HSH, desde 2009, el Plan Nacional sobre el Sida (MSSSI) recomienda a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres la **realización de la prueba del VIH al menos una vez al año**.



La prueba del VIH: Recomendaciones y diferentes tipos de prueba de detección y entornos para su realización

RECOMENDACIONES PARA SOLICITAR LA PRUEBA DEL VIH

Los datos de Canarias indican que, aproximadamente la mitad de las personas a las que se les detecta la infección por VIH son diagnosticadas tardiamente.

El test de despistaje de la infección por el VIH debería recomendarse y facilitarse a todas las personas a las que se identifique alguna de las situaciones de alto riesgo o indicadores de infección por VIH.

Estas pruebas son voluntarias, salvo casos excepcionales y confidenciales; además, requieren de una información previa y al menos, un consentimiento verbal que debe quedar registrado en la historia clínica.

SITUACIONES CON SINTOMATOLOGÍA SUGERENTE:

Tabla 1: Enfermedades definitorias del SIDA

- Cáncer cervical (invasivo)
- Candidiasis esofágica.
- Candidiasis de bronquios, tráquea o pulmones.
- Coccidioidomicosis (diseminada o extrapulmonar).
- Criptococosis (extrapulmonar).
- Criptosporidiosis, intestinal crónica (> 1 mes de duración).
- Encefalopatía asociada al VIH.
- Enfermedad por citomegalovirus que no afecta a hígado, bazo y nódulos.
- Herpes simple: úlceras crónicas (>1 mes de duración); o bronquitis, neumonitis o esofagitis
- Septicemia recurrente por *Salmonella*.
- Histoplasmosis (diseminada o extrapulmonar).
- Isosporiasis (intestinal crónica > de 1 mes de duración).
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Linfoma inmunoblástico
- Linfoma cerebral primario
- Linfoma de Burkitt.
- *Mycobacterium avium* complex o *Mycobacterium kansasii* (diseminada o extrapulmonar)
- *Mycobacterium*, otras especies o especies sin identificar (diseminada o extrapulmonar).
- Neumonía (recurrente).
- Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*.
- Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de visión).
- Sarcoma de Kaposi
- Síndrome de emaciación por VIH.
- Toxoplasmosis cerebral.
- *Mycobacterium tuberculosis* (extrapulmonar o pulmonar).
- Leishmaniasis visceral (kala-azar)^a.

(a) En España, aunque no sea considerada como una enfermedad definitoria de SIDA, se ha añadido a esta lista de enfermedades la Leishmaniasis visceral (kala-azar), sobre todo cuando presenta manifestaciones atípicas o es recidivante.

Fuente¹⁰: Elaboración propia a partir de Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. MSSSI. Madrid, 2014.

Incluye infecciones oportunistas o neoplasias aceptadas como indicadoras de Sida. Cuando se diagnostica alguna de ellas debe siempre recomendarse y facilitarse un test diagnóstico de infección por VIH.

En la mayoría de los casos la prevalencia de infección por VIH es elevada y con frecuencia el test será positivo. Así mismo la mayoría de ellas se diagnostican en atención especializada/hospitalaria.

Enfermedades o sintomatología indicadora de infección por el VIH:

Además de las enfermedades definitorias de Sida es necesario ofertar la prueba a todas aquellas personas con sospecha de primoinfección o que presenten alguna de las patologías que se exponen a continuación. (*Ver tablas 3,4 y 5*)

Se ha de valorar, previamente a la recomendación del test del VIH, marcadores conductuales tales como relaciones sexuales sin protección o si se ha compartido material de inyección, cuidando especialmente su pertenencia a grupos de población más expuestos. (*Ver oferta dirigida*)

Los síntomas de **primoinfección** suelen ocurrir entre dos y cuatro semanas después de la infección. Los síntomas y signos más frecuentes incluyen una combinación de los reseñados en la siguiente tabla, debiendo ser valorados de forma conjunta y no aisladamente:

Tabla 2: Validez diagnóstica de los signos y síntomas de la infección aguda por VIH

Signo/Síntoma	Sensibilidad (a) (%)	Especificidad (b) (%)	Razón de probabilidad positiva (c)	Razón de probabilidad negativa (d)
Ulceraciones mucocutáneas	2-37	85-97	2,2	0,9
Exantema	51-58	66-82	2,1	0,6
Mialgias/Artralgias	49-60	69-74	1,9	0,6
Anorexia/pérdida de peso	32-54	68-86	1,9	0,7
Fiebre	80-88	50-56	1,8	0,3
Manifestaciones graves a nivel del sistema nervioso central	25	82	1,4	0,9
Fatiga/Malestar	68-78	38-51	1,3	0,6
Cefalea	54-55	56-57	1,3	0,8
Linfadenopatía	38	71	1,3	0,9
Faringitis	43-44	51-77	1,2	0,9
Alteraciones gastrointestinales	12-49	60-91	1,2	0,9

Los signos y síntomas están en orden de mayor a menor ratio de probabilidad positiva:

(a) Signo/síntoma presente cuando existe infección aguda por VIH; su alta sensibilidad indica que su inexistencia descarta la infección.

(b) Signo/síntoma no presente cuando no existe infección aguda por VIH; su alta especificidad indica que su existencia apoya la infección.

(c) La probabilidad de una infección aguda por VIH aumenta con la existencia de este signo/síntoma.

(d) La probabilidad de una infección aguda por VIH disminuye con la inexistencia de este signo/síntoma.

Fuente¹⁰ : *Elaboración propia a partir de Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. MSSSI. Madrid, 2014*

Además de la primoinfección hay un número importante de situaciones clínicas, que abarcan un amplio rango de especialidades que se describen en las tablas a continuación:

Tabla 3: Enfermedades indicadoras de infección VIH asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado > 0,1%

- Infecciones de transmisión sexual.
- Linfoma maligno.
- Cáncer/displasia anal.
- Displasia cervical.
- Herpes zoster.
- Hepatitis B o C (aguda o crónica)
- Síndrome mononucleósico.
- Trombocitopenia o leucocitopenia idiopática que dure más de 4 semanas.
- Dermatitis seborreica/exantema.
- Enfermedad neumocócica invasiva.
- Fiebre sin causa aparente.
- Candidemia.
- Leishmaniosis visceral.

Fuente¹⁰: *Elaboración propia a partir de Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. MSSSI. Madrid, 2014.*

Tabla 4: Otras enfermedades posiblemente asociadas a una prevalencia de VIH no diagnosticado > 0,1%

- Cáncer de pulmón primario.
- Meningitis linfocítica.
- Leucoplasia vellosa oral.
- Psoriasis grave o atípica.
- Síndrome de Guillain-Barré.
- Mononeuritis.
- Demencia subcortical.
- Enfermedad del tipo esclerosis múltiple.
- Neuropatía periférica.
- Pérdida de peso injustificada.
- Linfadenopatía idiopática.
- Candidiasis bucal idiopática.
- Diarrea crónica idiopática.
- Insuficiencia renal crónica idiopática.
- Hepatitis A.
- Neumonía de adquisición en la comunidad.
- Candidiasis.

Fuente¹⁰: *Elaboración propia a partir de Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. MSSSI. Madrid, 2014.*

Si se confirma el riesgo es aconsejable recomendar y facilitar un test diagnóstico de infección por VIH, salvo que existan razones evidentes para justificar el diagnóstico de estos indicadores por otras causas. El resultado será negativo en la mayoría de los casos pero la relación coste-eficacia está bien demostrada.

Existen otras situaciones en las que no identificar la presencia del VIH puede tener implicaciones adversas importantes para el tratamiento clínico de la persona y se debe proponer la prueba para evitar una mayor inmunosupresión con resultados adversos potencialmente graves para la persona.

Tabla 5: Condiciones en las que la no identificación de la presencia de la infección por VIH puede tener consecuencias negativas importantes para el manejo clínico de la persona a pesar de que la prevalencia estimada de VIH es probablemente inferior al 0,1%

- Enfermedades que requieren tratamiento inmunosupresor agresivo:
 1. Cáncer.
 2. Transplante.
 3. Enfermedad auto-inmune tratada con terapia inmunosupresora.
- Lesión cerebral autoinmune ocupante de espacio.
- Púrpura trombocitopénica idiopática.

Fuente¹⁰: *Elaboración propia a partir de Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. MSSSI. Madrid, 2014.*

SITUACIONES SIN SINTOMATOLOGÍA SUGERENTE

En el caso de personas SIN sospecha de infección por el VIH se consideran tres tipos de oferta de la prueba del VIH. La oferta rutinaria, la dirigida y la obligatoria.

Oferta Rutinaria

- Mujeres embarazadas.
- Internos/as en Instituciones penitenciarias.
- Población sexualmente activa entre 20 y 59 años que requiera una extracción de sangre para analítica, salvo que la prueba se haya realizado previamente, o si ha habido una exposición/conducta de riesgo desde la última vez que se realizó.

Fuente¹⁰: *Elaboración propia a partir de Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. MSSSI. Madrid, 2014.*

Oferta dirigida

- Personas con exposición de riesgo al VIH.
- Parejas sexuales de personas infectadas por VIH.
- Hombres que tienen relaciones sexuales con Hombres (HSH) y sus parejas sexuales (hombres y mujeres).
- Usuarios/as a drogas inyectadas o con antecedentes de haberlo sido y sus parejas sexuales.
- Personas en situación de prostitución (PEP): mujeres, hombres y personas transexuales y sus parejas sexuales y clientes.
- Personas heterosexuales con más de una pareja sexual y/o Prácticas sexuales de riesgo en los últimos doce meses.
- Personas que desean dejar de utilizar el preservativo con sus parejas estables.
- Personas que han sufrido agresión sexual.
- Personas que han tenido una exposición de riesgo al VIH, ocupacional o no ocupacional
- Personas procedentes de países de alta prevalencia.

Fuente¹⁰: *Elaboración propia a partir de Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. MSSSI. Madrid, 2014.*

Países con prevalencias de VIH >1% en adultos de 15 a 49 años según el informe global de ONUSIDA (Datos del año 2011).

África subsahariana	Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso Burundi, Camerún, Chad, Congo, Costa de Marfil, Etiopía, Guinea Ecuatorial, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kenia, Lesoto, Malawi, Mali, Mauritania, Mozambique, Namibia, Nigeria, Republica Central Africana, República Unida de Tanzania, Ruanda, Sierra Leona, Sudáfrica, Sudan del Sur, Swazilandia, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabue.
Europa Central y del Oeste	Estonia.
Sur y sudeste asiático	Tailandia
Oriente Medio y Norte de África	Djibuti
Caribe	Bahamas, Haiti, Jamaica, Trinidad-Tobago.
Latinoamérica	Belize, Guyana.

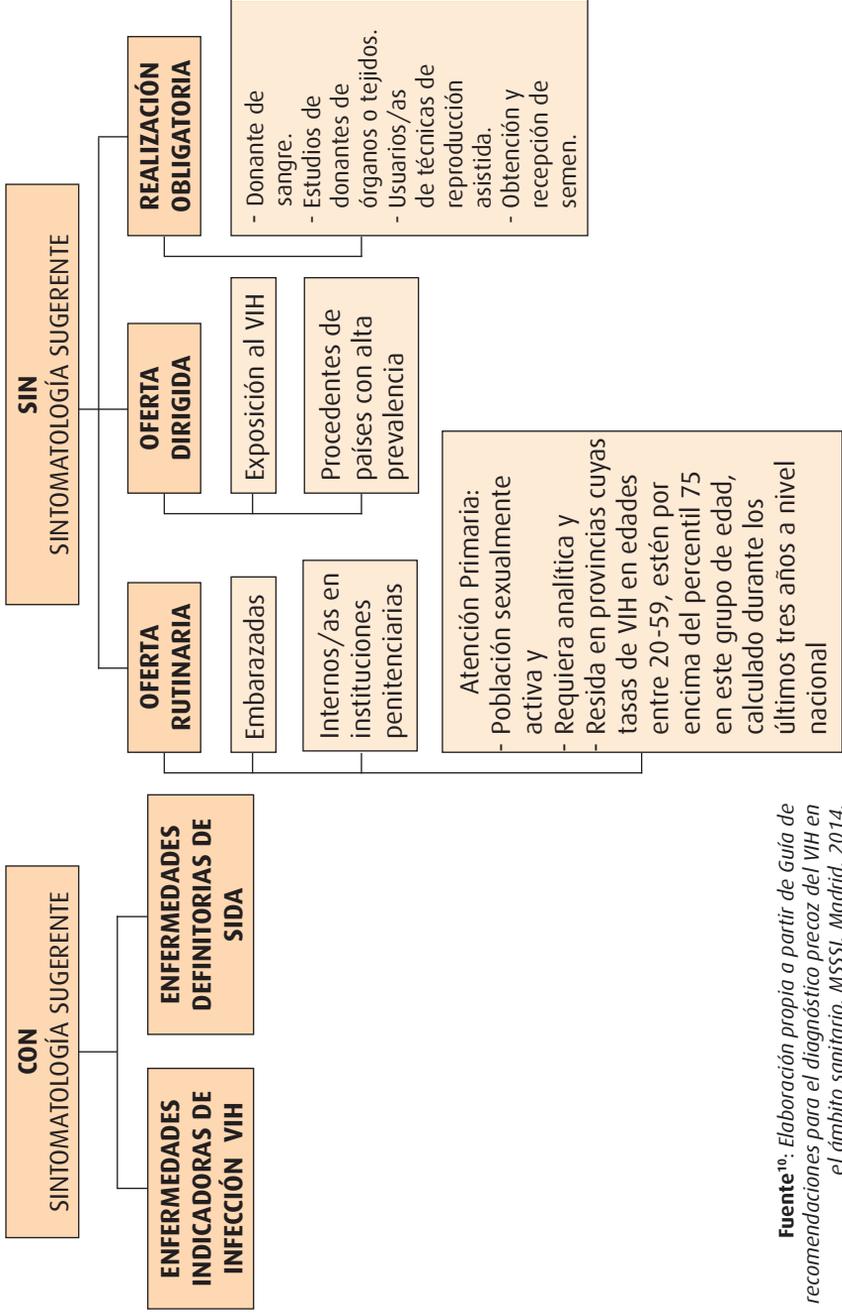
Fuente¹⁰: *Elaboración propia a partir de Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. MSSSI. Madrid, 2014.*

Oferta obligatoria de la prueba del VIH

- Donación de sangre.
- Trasplante, injerto o implantación de órganos, estudios de donantes y personas relacionadas con técnicas de reproducción asistida.
- Obtención y recepción de semen.

Fuente¹⁰: *Elaboración propia a partir de Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. MSSSI. Madrid, 2014.*

ALGORITMO DE RECOMENDACIONES DE REALIZACIÓN DE LA PRUEBA



Fuente¹⁰: *Elaboración propia a partir de Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. MSSSI. Madrid, 2014.*

PRUEBAS RÁPIDAS DE VIH EN ENTORNOS NO CLÍNICOS

Una **prueba rápida de VIH** consiste básicamente en la obtención de una muestra de sangre mediante punción digital con lanceta o una muestra de fluido oral mediante una paleta. La muestra se analiza con un kit que no precisa material de laboratorio suplementario y el resultado se obtiene en forma de lectura visual. Los resultados suelen estar disponibles en menos de 20 minutos (incluso existen pruebas cuyo resultado es instantáneo en 1 minuto).

Un resultado positivo en un test rápido, requiere siempre una prueba confirmatoria. En ese caso hay que hacer extracción por venopunción y enviarla al laboratorio de referencia.

Un resultado negativo no requiere confirmación, siempre que haya pasado el periodo ventana.

Se utiliza el término de “prueba rápida” en relación al tiempo de espera desde la extracción de la muestra hasta la obtención del resultado. Por tanto siempre hay que respetar el periodo ventana de 3 meses.

Programa de detección precoz del VIH mediante test rápido dirigido a población vulnerable en entornos no clínicos en la Comunidad Autónoma de Canarias¹¹.

Este Programa pretende facilitar la detección de la infección por VIH en grupos de población especialmente vulnerables. El Programa se lleva a cabo desde el Servicio de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública, responsable de la coordinación del Plan de Sida en Canarias, en colaboración con las ONG reconocidas por su trayectoria en la prevención del VIH y diversas Entidades colaboradoras.

Su peculiaridad es que se realiza en las sedes de las ONG con personal sanitario y no sanitario de las mismas, específicamente formado para este fin por el personal técnico del Servicio de Promoción de la Salud, a través de un riguroso protocolo de actuación, coordinación y seguimiento continuado a lo largo de todo su desarrollo.

Sus objetivos son:

- Mejorar la accesibilidad de la población más vulnerable a la prueba.
- Determinar la prevalencia de la infección por VIH en la población diana.
- Mejorar las condiciones de salud de la población del estudio.

Las pruebas rápidas se realizan de manera preferente a:

- Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
- Mujeres transexuales en situación de prostitución.
- Hombres bisexuales.
- Personas en situación de prostitución con alto riesgo.
- Usuarios y usuarias de drogas inyectadas.
- Parejas serodiscordantes.
- Personas en situación de extrema pobreza.
- Personas en situación de riesgo sin tarjeta sanitaria.

A todas las personas a las que se les ofrece la prueba rápida, se les facilita la siguiente información:

- Tipo de test (sangre o fluido oral) y resultados.
- Medidas preventivas.
- Derivación para su diagnóstico, confirmación y seguimiento.
- Derechos con respecto a la legislación vigente.
- Recursos socio-sanitarios disponibles.

Sólo cuando se recibe toda esta información, las personas son capaces de tomar una decisión plenamente informada sobre si desea o no realizarse la prueba rápida y se procede a su realización de forma anónima, confidencial y gratuita.

DATOS DE INTERÉS. ONG Y ENTIDADES: (No es necesaria documentación alguna, se requiere cita previa)

TENERIFE:

- **Médicos del Mundo Tenerife:** C/ Castillo, nº 62-1º. Santa Cruz de Tenerife. Teléfonos: 922 248 936 – 649 898 142.
- **Colectivo Algarabía:** C/ Heliodoro Rodríguez González, nº 10, local izquierdo. Santa Cruz de Tenerife. Teléfonos: 922 882 188 – 638 790 420.

GRAN CANARIA:

- **Amigos contra el Sida:** C/Antonio Machado Viglietti, nº 1. Las Palmas de Gran Canaria. Teléfono: 928 230 085. C/ Colón, nº 6. Vecindario. Teléfonos: 928 149 570 -928 240 144.
- **Colectivo GAMÁ:** Paseo Tomás Morales, nº 8, bajo. Las Palmas de Gran Canaria. Teléfono: 928 433 427.

- **Médicos del Mundo Tenerife:** C/ Suárez Naranjo, nº 10. Esquina con C/ Alfredo Musset. Las Palmas de Gran Canaria. Teléfono: 928 367 100.

FUERTEVENTURA:

- **Colectivo ALTIHAY:** C/ María Estrada, nº 3. Pto.del Rosario. Teléfonos: 665 915 576 – 928 859 358.

LANZAROTE:

- **Médicos del Mundo Lanzarote:** Plaza Constitución, nº 9 - 1º J. Arrecife. Teléfono: 928 805 555.

Entidades:

TENERIFE:

- **Ayuntamiento de Adeje:** C/ Tinerfe el Grande nº 32, Edificio Múltiple Hacienda y Salud piso 1º. Adeje. Teléfonos: 922 75 62 57- 627 971 505

Más información...

Teléfono de información para las ITS/VIH/SIDA: 012.



Los mensajes preventivos en el ámbito profesional sanitario y la promoción de la salud sexual en la juventud

LA PREVENCIÓN

Los preservativos:

El preservativo masculino y el femenino han demostrado ser los métodos más eficaces en la prevención de la transmisión del VIH en las penetraciones vaginales, anales y en el sexo oral. Su uso también es una forma muy eficaz para prevenir otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados.

Es importante...

- Comprarlos en farmacias o en otros lugares que ofrezcan garantías.
- Comprobar que estén en buen estado, la fecha de caducidad y que estén homologados por la autoridad sanitaria y marcado CE.
- Protegerlos del calor, la luz y la humedad excesiva (ojo con las carteras y las guanteras de los coches, los cambios de temperatura los pueden deteriorar).
- Guardarlos en lugares frescos y secos.

Preservativo masculino:

Los preservativos son una forma eficaz de protección frente al VIH y otras ITS siempre que se usen de forma correcta y sistemática en todas las relaciones sexuales con penetración (vaginal, anal u oral). De esta forma, la relación será más segura y más placentera. Por ello, se pueden utilizar diferentes tipos de preservativos según la práctica sexual:

- **Preservativos sin látex** (poliuretano) que no contiene ninguno de los componentes que puedan provocar síntomas de alergia.
- **Preservativos estándar** con depósito, lubricados y con aromas que enmascaran el olor a látex y con diferentes tipos de grosor. Pueden estar más lubricados para tener una mejor sensación de placer en la penetración y evitar roturas.
- **Preservativos reforzados**, más gruesos y más lubricados. Para una mayor seguridad en las relaciones con penetración anal. La mucosa anal es más rígida y más vascularizada por lo que existe mayor riesgo de rotura de los vasos, de ahí el reforzamiento del preservativo.
- **Preservativos de sabores** que añaden un valor diferente a las relaciones. Útiles para el sexo oral (no olvidemos que una parte importante de algunas de las ITS se transmiten por esta vía).

También hay que considerar que existen preservativos masculinos que se adaptan anatómicamente (más largos o más anchos); con estrías para incrementar la estimulación o ultrafinos también con el mismo fin.

Situaciones y causas de rotura de un preservativo:

- Aplicación de lubricantes oleosos.
- Daños provocado por las uñas u otros objetos afilados.
- Inadecuado espacio o presencia de aire en la punta del preservativo.
- Existencia de piercing en los genitales.
- Falta de lubricación adecuada.
- Desenrollar incorrectamente el preservativo.
- Conservación inadecuada.
- Reutilización del preservativo.
- Caducidad del preservativo.

Preservativo Femenino:

Es una funda de un plástico muy fino pero muy resistente (poliuretano o nitrilo) que se presenta lubricado con una sustancia a base de silicona. Recubre las paredes de la vagina y también la vulva e impide el paso de los espermatozoides al interior del útero. Es un método muy eficaz en la prevención de las ITS. Está provisto de 2 anillos flexibles: uno interior que sirve para su colocación dentro de la vagina, y otro exterior que permanece plano y cubre los labios durante el coito. La boca del preservativo debe estar suficientemente lubricada para evitar que el anillo exterior se introduzca en el interior de la vagina.

¿Por qué el preservativo femenino?

Porque puede aportar a un número considerable de mujeres un grado de autonomía mayor que el preservativo masculino y por tanto, contribuir a aumentar el control que tienen de su fertilidad y sexualidad.

Entre las ventajas del preservativo femenino hay que destacar:

- Está hecho de poliuretano o nitrilo, por lo que es una buena opción para quienes tienen alergia al látex.
- Es transparente, suave y resistente.
- Puede permitir juegos eróticos previos y posteriores a la penetración sin necesidad de interrumpir la relación sexual, ya que puede insertarse desde el principio de la relación, incluso hasta ocho horas antes, puesto que no necesita que el pene esté en erección para su colocación.
- Permite mantener relaciones sexuales en cualquier posición sin que se produzcan roturas o deslizamientos.
- Posibilita no romper la intimidad y complicidad posteriores al fin de una relación sexual, puesto que no es necesario retirarlo inmediatamente después de la eyaculación.
- Se puede usar con lubricantes a base de agua o aceite.
- Viene muy lubricado, por lo que puede ser una solución en los casos de falta de lubricación.

Entre las desventajas destacamos:

- A menudo puede resultar complicada su utilización. Especialmente en lo referido a la forma de insertarlo, a veces las mujeres pueden sentirse un tanto incómodas.
- Genera sonidos extraños: El preservativo femenino produce ruido durante el coito.
- Son más caros y difíciles de conseguir que los preservativos masculinos.
- Pueden resultar algo antiestéticos.

A cerca de los lubricantes:

Es aconsejable lubricar el preservativo una vez puesto para facilitar la penetración.

Muchos condones ya vienen con el lubricante incorporado, pero si no es suficiente se pueden comprar en las farmacias, teniendo en cuenta que sean de base acuosa, ya que los aceites (vaselina, cremas o lociones corporales) pueden estropear el látex del preservativo y romperlo.

Las bandas de látex:

Son barreras de **protección oral**, se utilizan para la práctica de la estimulación del clítoris y la vagina o del ano que se realiza con la boca o con la lengua; estas bandas se pueden adquirir en farmacias, en tiendas sexuales, o hacerlas con un condón o con un guante de látex. El uso de estas bandas está recomendado para las parejas serodiscordantes y personas con prácticas sexuales de riesgo.

Otros aspectos preventivos

El tratamiento:

Si el coste del tratamiento no supusiera un problema y la detección y realización de pruebas a las personas con mayor probabilidad de tener el virus constituyera un obstáculo superable, los antirretrovirales podrían poner fin a la pandemia.

El tratamiento de VIH presenta un doble beneficio: Por un lado, sobre la persona con la infección por el VIH y por otro, por la reducción de las tasas de transmisión.

El estudio de VIH *“La prevención de la infección por VIH-1 con terapia antirretroviral precoz”*¹², conocido como HPTN 052, ha demostrado que es un 96% menos probable que una persona con la infección por VIH, si está en tratamiento con antirretrovirales, transmita el virus a sus parejas.

La circuncisión:

La circuncisión masculina médica protege parcialmente a los hombres de la transmisión heterosexual según la evidencia científica. La OMS y ONUSIDA recomiendan que

se incluya esta técnica quirúrgica en el enfoque de prevención del VIH combinado con el uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos; el fomento de prácticas sexuales seguras; el tratamiento para infecciones de transmisión sexual y el tratamiento antirretroviral para las personas que viven con el VIH.

Avances en la prevención

Profilaxis pre-exposición:

Algunos estudios han demostrado la eficacia de la quimioprofilaxis oral para prevenir la infección del VIH en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), utilizando diariamente la medicación antirretroviral.

La Profilaxis pre-exposición debe ser considerada sólo para usar en los HSH que están en alto riesgo continuo para la adquisición del VIH.

Todos los candidatos deben ser VIH negativo y examinados para detectar otras infecciones de transmisión sexual y hepatitis B. El tratamiento se prescribe por sólo tres meses para asegurar un seguimiento adecuado.

Aún está en estudio el aprendizaje sobre cómo maximizar el impacto de la profilaxis pre-exposición y usar esta nueva herramienta de manera más efectiva.

Vacunas:

Las vacunas y los microbicidas son productos todavía en investigación que, si se muestran eficaces, se añadirían a las herramientas preventivas actualmente disponibles, tal como los preservativos y la distribución de jeringuillas nuevas, para prevenir la transmisión del VIH.

No obstante, al igual que en otras áreas de la investigación en la prevención del VIH, las perspectivas de conseguir una vacuna preventiva son mayores hoy en día que en cualquier otro momento de las últimas tres décadas. Tras muchos intentos fallidos de diseñar candidatas a vacunas, existen nuevas y prometedoras pistas, lo que aumenta el optimismo respecto a las posibilidades de la investigación y desarrollo de vacunas contra el VIH.

Microbicidas:

En el campo del VIH, los microbicidas son compuestos que se aplican en la vagina o en el recto como protección frente a la infección por el virus. Hasta la fecha, se han investigado microbicidas en forma de gel, crema, esponja, anillos y diafragma, entre otras. Aunque todavía no existen en el mercado, los últimos ensayos realizados, en los que se combinan varios antirretrovirales en el microbicida, han proporcionado resultados esperanzadores.

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN (PPE)

PROFILAXIS POST-EXPOSICIÓN (PPE)	
Medida secundaria para prevenir la infección por el VIH cuando ha fallado la prevención primaria. Sólo se aconseja en personas con una exposición de riesgo al VIH esporádica y excepcional.	
PPE OCUPACIONAL (PPEO) Indicada en la exposición a material biológico en personal sanitario.	PPE NO OCUPACIONAL (PPENO) Indicada en la exposición a material biológico, accidental sexual o parenteral, fuera del ámbito sanitario.

- La PPE es un tratamiento con antirretrovirales que se puede usar para intentar evitar la infección por el VIH en el caso en que se haya mantenido una práctica sexual de riesgo o haya habido un accidente con material punzante potencialmente infectado.
- En ambos casos debe iniciarse, en las 6 primeras horas de producido el contacto y antes de 72 horas, un tratamiento con antirretrovirales si así lo indica un o una especialista. Su efectividad aumenta cuanto antes se empiece. Se trata de una opción terapéutica, cuya eficacia absoluta no se ha podido demostrar.
- El tratamiento tiene una duración aproximada de unas 4 semanas.
- Se remitirá el caso al Servicio de Urgencias Hospitalario que le corresponda.
- En cualquier caso será el o la profesional de medicina interna junto con la persona interesada, quienes tendrían que decidir sobre la pertinencia de que se administre o no este tratamiento.

En este capítulo nos centraremos en la transmisión no ocupacional ya que el riesgo de transmisión en ámbito sanitario es más conocido por el personal y ha sido ampliamente descrito desde el comienzo de la epidemia. No obstante, recordaremos que estudios prospectivos realizados en trabajadores/as sanitarios han estimado el riesgo medio de transmisión después de una exposición percutánea en un 0,3% aproximadamente y después de una exposición por vía mucosa en un 0,09%.

Tipos teóricos de exposición no ocupacional al VIH:

- Sexual.
- Violación.
- Transfusión de sangre o hemoderivados.
- Accidentes con agujas u objetos cortantes.
- Contacto con fluidos o tejidos infectados.
- Mordedura.
- Transmisión perinatal o lactancia.

En la práctica, la transmisión no ocupacional por el VIH ocurre casi siempre por vía sexual o parenteral.

El riesgo de adquirir la infección por VIH después de una exposición sexual o de otro tipo depende de:

- La probabilidad de infección de la persona fuente.
- Tipo de exposición.
- Susceptibilidad de la persona expuesta.

Algunos factores que aumentan el riesgo de infección son:

- Carga viral plasmática elevada (particularmente en los casos de infección aguda).
- Presencia de heridas o úlceras genitales de origen infeccioso o traumático.

El cálculo del riesgo de transmisión depende de la prevalencia de la infección VIH en la población a la que pertenece el caso fuente y del riesgo estimado del tipo de exposición.

Riesgo de transmisión del VIH tras una exposición a una fuente infectada

Tipo de exposición	Riesgo estimado transmisión VIH (%)
Transfusión de sangre (1 Ud.)	90-100
Recepción anal	0,1-3,0
Recepción vaginal	0,1-0,2
Penetración vaginal	0,03-0,09
Penetración anal	0,06
Sexo oral-genital receptivo	0-0,04
Pinchazo percutáneo con aguja	0,3 (0,2-0,5 IC 95%)
Compartir material de inyección	0,67
Exposición mucosa	0,09 (0,006-0,5 IC 95%)

Fuente¹³: modificado de Fisher. *Int J STD and AIDS 2006 (UK guideline)*

Recomendaciones del MSSSI y condiciones requeridas para considerar el uso de la Profilaxis Post Exposición No Ocupacional.

- La PPENO se recomienda únicamente después de exposiciones que entrañan un riesgo considerable de transmisión del VIH, como la relación anal receptiva no protegida con eyaculación (0,5-3%) o el intercambio de jeringuillas con un paciente infectado (0,67%) pero debe considerarse también en exposiciones con un riesgo apreciable cuando la fuente tiene una infección por el VIH “no controlada”.
- Si el riesgo de transmisión es bajo o se desconoce si el caso fuente está infectado por el VIH y no es posible efectuarle una prueba serológica rápida para la detección de éste, se considerará la decisión de efectuar PPENO de forma consensuada por el médico y la persona expuesta, tras haber sopesado minuciosamente los potenciales riesgos y beneficios en su caso particular.
- Si no se conoce el estado VIH del caso fuente pero éste es UDI o pertenece a una población cuya prevalencia de infección por el VIH es $\geq 10\%$ * se actuará igual que si estuviese infectado por el VIH.
- Las pautas antirretrovirales recomendadas son las mismas que en la Profilaxis Post Exposición Ocupacional (PPEO). En general, cuando esté indicada la PPENO, se debe emplear una pauta convencional con tres fármacos.
- Se recomienda iniciar la PPENO en las 6 primeras horas de producido el contacto y antes de 72 horas desde la exposición y la persona expuesta pueda y esté dispuesta a llevar a cabo un seguimiento ulterior.
- En general se desaconseja a partir de las 72 horas de la exposición, aunque podría considerarse en casos seleccionados después de exposiciones de alto riesgo.

Fuente¹⁴: *Recomendaciones de la SPNS/GESIDA/AEP/ CEEISCAT/SEMP sobre la profilaxis post exposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. (Enero 2008). MSPSI.*

* Se estima que la prevalencia actual de la población HSH es del 10%.

PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y MENSAJES PREVENTIVOS PARA LA JUVENTUD

Cuando se trata de atender a jóvenes en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, resulta especialmente necesario para los y las profesionales de la salud, mejorar las técnicas y estrategias de comunicación¹⁵.

Las convicciones y actitudes personales y profesionales pueden afectar a la calidad de la atención tanto en positivo como en negativo. Es fundamental respetar el derecho de cada persona a su propia sexualidad, sin imposiciones propias, y promover la autonomía y las decisiones personales e informadas de los y las jóvenes.

Para establecer unas buenas pautas comunicativas con la juventud, es necesario gestionar una actitud de interés, colaboración y empatía por parte del profesional sanitario y captar su atención para que exprese sus necesidades, emociones o conflictos afectivo-sexuales. Una buena comunicación se hace más necesaria en situaciones críticas, como un embarazo inesperado, una infección de transmisión sexual, seropositividad por VIH, problemas sexuales, problemas de violencia de género, etc.

Fomentar una buena comunicación con el y la profesional de la salud favorecerá la prevención y mejorará la autoestima, el autocuidado y la autonomía de la juventud.

La intervención profesional para **prevenir ITS, VIH/SIDA y embarazos no deseados en adolescentes y jóvenes**, debe ir dirigida principalmente a trabajar:

ACTITUDES	Fomentar actitudes <i>más abiertas hacia la sexualidad y menos genitalizadas</i> , ya que son las que en mayor medida llevan a cabo prácticas más seguras y en definitiva una vida sexual más segura y placentera.
PERCEPCIÓN DE RIESGO Y VULNERABILIDAD	<p><i>Analizar las dificultades que están impidiendo percibir el riesgo</i> (por ejemplo, no pensar en consecuencias a largo plazo, la información previa, la influencia cultural, la tendencia a exagerar el riesgo, los roles estereotipados, etc.), para luego abordarlas, valorarlas y encontrar la forma de mantener prácticas seguras.</p> <p><i>Aprender a aplicar refuerzos y gratificaciones a corto plazo en la realización de conductas seguras y en el uso del preservativo</i>, como por ejemplo, trabajar la erotización del preservativo y su uso a través de diferentes juegos.</p>
ERÓTICA	<p>La educación sentimental y erótica: Autodescubrimiento de deseos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explorar aquello que nos hace estar mejor o estar peor. ▪ Descubrir las claves para gestionar el aprendizaje de nuestro cuerpo y nuestras emociones. ▪ Desarrollar la capacidad para resolver los conflictos, conociendo el lenguaje de nuestro cuerpo y el de las personas que nos rodean. ▪ Aprender a manejar las relaciones de dependencia emocional y afectiva, estimulando la creatividad y consolidando una identidad sexual libre de estereotipos. <p>Los ideales románticos: Abordar la relación con el uso de prácticas seguras y los estereotipos de género, ya que existen ideales en relación a las primeras relaciones sexuales (la negociación del uso del condón rompe la espontaneidad y el romanticismo de las relaciones sexuales).</p>

<p>“ARS AMANDI” (AMATORIA)</p>	<p>La conducta: Promover el aprendizaje, de manera <i>preventiva</i> y <i>proactiva</i>, de distintas situaciones, dificultades o problemas que se puedan dar <i>antes</i> de que se produzcan las primeras relaciones sexuales con penetración; facilitará un adecuado manejo y resolución de las mismas.</p> <p>Habilidades manipulativas y de adquisición del preservativo: Facilitar el <i>uso del preservativo en la primera relación sexual con penetración, ya que se relaciona directamente con el uso sistemático del mismo en relaciones posteriores</i>, para ello, se debe intervenir en el desarrollo de: <u>Habilidades manipulativas:</u> Enseñar la estimulación de zonas erógenas, la colocación correcta del preservativo (masculino y femenino) y el uso adecuado de otros métodos anticonceptivos. <u>Habilidades sociales:</u> Enseñar a negociar el uso del preservativo, a dar respuestas asertivas para comprar preservativos, para solicitar ayuda a recursos, y a defender criterios diferentes con familiares y amistades. <u>La existencia y accesibilidad de los recursos:</u> Informar sobre cómo y dónde adquirir preservativos y sobre recursos dirigidos a jóvenes y hacia la salud sexual.</p> <p>Habilidades de comunicación: Dialogar sobre las prácticas que les gustaría hacer y acerca de métodos de prevención con adolescentes y entrenar en el estilo asertivo (sentirse capaz de proponer, de expresar los deseos, de hablar de los sentimientos, hará más fácil proponer prácticas seguras como el uso del preservativo o rechazar prácticas que no se desean).</p>
<p>PAREJA</p>	<p>La relación de pareja en la adolescencia/juventud: Analizar la relación y como influyen los siguientes aspectos en el uso del preservativo y en la percepción de riesgo (cuando una pareja no es estable se adoptan más medidas preventivas (preservativo) y la percepción de riesgo es elevada y en la medida que la pareja pasa a ser fija o estable, se establecen otras pautas de relación como, el priorizar la prevención de embarazos no deseados y la utilización de otros métodos anticonceptivos diferentes al preservativo): La percepción de la pareja fija frente a la ocasional. La percepción de estabilidad. La percepción de “fidelidad”. Los vínculos afectivos y de confianza dentro de la pareja:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La dependencia emocional. ▪ La percepción de riesgo y los sentimientos de vulnerabilidad. ▪ Las habilidades de comunicación y negociación dentro de la pareja.

- La satisfacción de las necesidades susceptibles de ser satisfechas dentro de la pareja.
- El grado de ajuste a los modelos culturales y sociales establecidos.
- La percepción temporal (tiempo percibido de relación en pareja) frente al tiempo real.
- Los ideales románticos y la “primera vez”.

Expectativas, mitos, y falsas creencias:

- Analizar y ser conscientes de las creencias, mitos y expectativas (ideales del amor: el amor es eterno, reportará felicidad, comodidad y seguridad, supone pertenencia absoluta y constantes atenciones, la fidelidad será absoluta, los celos dan cuenta de la medida del amor, las relaciones sexuales, o el propio amor mejoran por la acción del tiempo, el amor tiene la capacidad de arreglar los conflictos, los hijos e hijas son la máxima expresión del amor y sirven para resolver la relación cuando esta tiene dificultades, el conflicto y el amor son incompatibles, el sacrificio es la medida del amor, el compañero o la compañera debe ser capaz de anticipar los propios sentimientos, pensamientos y necesidades, amar significa querer estar siempre juntos, los intereses, objetivos y valores de los y las amantes serán siempre los mismos y comunes, etc.).
- Construir nuevos modelos de relación, de pareja, desde una actitud crítica.

La primera vez: Empezar a trabajar la educación sexual antes del comienzo de las primeras relaciones sexuales con penetración si queremos que nuestras intervenciones sean realmente eficientes.

Habilidades de comunicación:

- La expresión de los deseos, los sentimientos y la erótica.
- La asertividad y el aprender a decir no, así como pedir cambios de comportamiento en su pareja.

Habilidades de negociación: Enseñar a negociar otras prácticas menos genitalizadas que no conlleven ningún tipo de riesgo para plantear una sexualidad que abarque los intereses y deseos como personas sexuadas.

Fuente ^{16,17}: *Programa de Educación Sexual en Centros de Menores de Asturias. 2007.*

Propuesta de respuestas para adolescentes y jóvenes que tienen problemas para negociar con el uso del preservativo:

<p>ES CARO: Puedes comprarlos de forma individual o en formato de tres a precios asequibles.</p>	<p>DISMINUYE EL PLACER: Seguridad y placer pueden ir unidos.</p>
<p>ROMPE EL JUEGO SEXUAL Y LA ESPONTANEIDAD: Es fácil si lo incorporas a ese juego y lo colocas de manera divertida.</p>	<p>ESTOY TOMANDO LA PÍLDORA: La píldora protege del embarazo pero no de las ITS y del VIH.</p>
<p>PIERDO LA ERECCIÓN: Todo es acostumbrarse, pruébalo.</p>	<p>HE TENIDO MUY POCAS RELACIONES: Con una sola relación podría producirse una infección o un embarazo.</p>
<p>ME DA VERGÜENZA PONÉRMelo: Es una demostración de responsabilidad y madurez.</p>	<p>SÓLO ME ACUESTO CON PERSONAS QUE CONOZCO: Conocer a una persona no hace que desaparezcan las ITS y los embarazos.</p>
<p>NO ME ATREVO A DECIRLE QUE SE LO PONGA: Es tu derecho a la salud, no renuncias a él.</p>	<p>ME DA CORTE DECÍRSELO A MI PAREJA: La comunicación sobre tus conocimientos y deseos tiene que ver con tu autoestima. Valórate, háblalo todo.</p>
<p>SE ME OLVIDA LLEVARLO: Ten siempre uno a mano y en un lugar seguro.</p>	<p>NO ME ES FÁCIL ENCONTRARLO: ¡Será por sitios! Tienes farmacias, supermercados, parafarmacias, algunos pubs, locales de las ONG, etc.</p>
<p>ME DA VERGÜENZA COMPRARLO: Hasta en los supermercados los encuentras, pagas y te vas, sin más.</p>	<p>NO HAY DE MI TALLA: Hay una gran variedad de modelos y tamaños. Usa el más conveniente.</p>
<p>EL CONDÓN ES POCO ROMÁNTICO: Se trata de reducir riesgos para ambos.</p>	<p>ME PROVOCA IRRITACIÓN: Si tienes molestias, quizá puedas estar haciendo una alergia al látex. Prueba con los de poliuretano.</p>
<p>NO ME ACUESTO CON PERSONAS DE RIESGO: Hoy en día hablamos de prácticas de riesgo y no usar el preservativo es una de ellas.</p>	<p>NO ES NATURAL: Piensa en lo que es beneficioso en términos de salud y gana calidad de vida.</p>
<p>CONTROLA LA MARCHA ATRÁS: Si vas a estar pendiente de una retirada “a tiempo” poco vas a disfrutar.</p>	<p>SI LLEVO PRESERVATIVOS, TODO EL MUNDO VA A CREER QUE SÓLO PIENSO EN EL SEXO: La responsabilidad de usar condones se llama madurez.</p>

Fuente¹⁸: Elaboración propia a partir de: “Habilidades para la comunicación con adolescentes”. EdikaMed, SL. 2013

Dificultadores de la comunicación que se deberían evitar en la entrevista con jóvenes:

Hacer preguntas cerradas con respuesta inducida.	<i>"Tienes ansiedad cuando vas a tener relaciones sin preservativo, ¿verdad?"</i>
Usar generalizadores.	<i>"La mayoría de los chicos o chicas, tienen un comportamiento similar y no se ponen el preservativo". "Bueno ya sabes como son las chicas o los chicos con el tema del preservativo".</i>
Expresarse a través de proyecciones catastrofistas.	<i>"Si sigues así te vas a quedar embarazada", "Vas a contraer una infección".</i>
Juzgar/Criticar si tuvieron prácticas de riesgo.	<i>"Pero, ¿cómo se te ocurre hacerlo sin preservativo!, ¡qué locura!" "Están jugando con fuego y se van a quemar".</i>
Presuponer o dar por supuesto cualquier asunto en relación con la sexualidad.	<i>"Supongo que aún no han tenido relaciones sexuales." "Imagino que eres heterosexual."</i>
Usar un lenguaje lateralizado, lenguaje que determine el género.	<i>"¿Tienes novio, novia?" en vez de "¿Estás saliendo con alguien?" o "¿Tu pareja es...?" "¿Tienes relaciones cuando ella tiene la regla?"</i>

Fuente ¹⁸ Elaboración propia a partir de: "Habilidades para la comunicación con adolescentes". EdikaMed, SL. 2013.

Consideraciones para mejorar la comunicación positiva de los y las profesionales con los y las jóvenes sobre sexualidad:

- Practicar una escucha neutra: No entrar en ninguna consideración externa o interna, no interpretar a nuestro modo lo que nos cuentan. Hablar en términos objetivos.
- Separar el objeto del sujeto: Hablarles sobre las actitudes, los modos, las maneras que sería importante cambiar (objeto) para fomentar hábitos de vida saludables, separándolo del sujeto (chico/chica) y de cualquier aspecto de su condición.

- Reconocer el derecho de los y las jóvenes a tener una vida sexual activa, promoviendo creencias y actitudes positivas y saludables, desde una posición ética de respeto y cuidado de sí mismos y de sus parejas.
- Tomar conciencia de las propias actitudes y creencias sobre la sexualidad de los y las jóvenes. Crear un entorno de confianza, respeto u confidencialidad. Evitar ejercer el rol dominante o paternalista.
- Ofrecer distintas alternativas expresando sus ventajas e inconvenientes, para favorecer su capacidad de toma de decisiones que den la mejor respuesta a sus necesidades o problemas.
- Considerar la realidad única de cada chico o chica teniendo en cuenta sus circunstancias sociales, culturales, familiares y personales.
- Considerar la consulta como una oportunidad para promover la capacidad de decisión y para promover prácticas sexuales seguras.
- Valorar positivamente la capacidad para ser asertivos y asertivas y ser responsables de sus decisiones sexuales y reproductivas.
- Tener en consideración los aspectos legales y éticos relativos a la salud sexual y reproductiva que afectan a la juventud y también a los y las profesionales, para realizar una atención correcta.

VIH/SIDA Y LENGUAJE

“El lenguaje que utilizamos para reflexionar y hablar sobre el VIH/SIDA es exponente de nuestros prejuicios personales y de nuestra comprensión o incomprensión del tema. Además contribuye a configurar la actitud propia y ajena con respecto al VIH/SIDA. Un lenguaje apropiado es constructivo, no resulta perjudicial ni alimenta estereotipos. El lenguaje ejerce una enorme influencia en las actitudes con respecto al VIH/SIDA y a las personas infectadas o afectadas por el virus o la enfermedad”.

The power of language. You and AIDS.

Propuestas de lenguaje y conceptos:

El documento “Orientaciones terminológicas del ONUSIDA” elaborado por ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA), en relación a los términos que se emplean cuando hablamos de VIH, contiene diversas recomendaciones y propuestas de lenguaje tales como:

NO	SI
Virus del SIDA.	El VIH es el virus de inmunodeficiencia humana. No existe ningún virus del SIDA. El virus relacionado con el SIDA se llama VIH.
Virus VIH.	Las siglas VIH ya llevan incorporada la expresión «Virus de la Inmunodeficiencia Humana», por tanto es redundante.
Los que padecen SIDA.	VIH-positivo, infectado o infectada con el VIH, persona que vive con VIH/SIDA. Una persona puede vivir con el VIH o con el SIDA y gozar de una buena salud, dependiendo de la respuesta de su organismo. A veces se utiliza mal la palabra SIDA englobando a todas las personas seropositivas.
Portador/a, del SIDA.	Persona que vive con el VIH / VIH positivo. Se entiende que una persona infectada es portador o portadora del VIH y puede desarrollar SIDA. El SIDA es el estado en el cual el sistema inmunitario se encuentra afectado por el VIH y predispone a infecciones oportunistas.
Contraer SIDA	El SIDA no se contrae. Representa el estadio final de la infección por VIH.

Persona infectada con SIDA.	Persona infectada con el VIH. La persona se infecta con el VIH, no con el SIDA.
Morir de SIDA.	La gente muere a causa de infecciones oportunistas relacionadas con el SIDA. Por ejemplo, una bronquitis provocada por un sistema inmunitario deficiente a consecuencia de una infección VIH. Por tanto, no estaría muy bien dicho morir de SIDA, aunque es una forma aceptada de decirlo.
Pruebas o examen de SIDA.	Prueba del VIH. Lo que se realiza es un examen de sangre para determinar la presencia de anticuerpos del VIH. No detecta el SIDA, sino la existencia de VIH en el organismo.
Grupo de riesgo o de transmisión.	Conducta de riesgo. El riesgo es función de la conducta (más o menos preventiva) de una persona, no del grupo.

Fuente ¹⁹ Recomendaciones terminológicas (ONUSIDA). 2007

Decálogo de recomendaciones lingüísticas y terminológicas ²⁰:

1.- **Evitar connotaciones negativas:** En cualquier documento sobre cualquier tema, y no sólo sobre cuestiones relativas al VIH y al SIDA, deben respetarse escrupulosamente los derechos humanos, en especial si se refiere a grupos en situación de exclusión social y/o vulnerable.

2.- **Precisión:** El VIH y el SIDA son muy complejos desde el punto de vista clínico y epidemiológico, por lo que pueden cobrar un sentido diferente según el contexto social, económico y cultural. De ahí, la necesidad de expresarse con precisión para tener la seguridad de que el mensaje tiene el mismo significado para el emisor que para el receptor.

3.- **Hechos frente a opiniones:** El problema de confundir opiniones con hechos es que puede propiciar afirmaciones discriminatorias hacia la población vulnerable. La estigmatización y discriminación, ya sea de manera real o infundada, puede inhibir y/o hacer que no se soliciten servicios o información, lo que a su vez dificulta el trabajo de prevención y los servicios de atención y apoyo dirigidos a esta población.

4.- **Afirmaciones objetivas:** Es importante asegurarse de que la referencia a los “hechos” relacionados con el VIH/SIDA provenga de una fuente fiable y avalada por investigaciones o evidencias científicas.

5.- **Tener en cuenta la gestión del género:** Es fácil que los estereotipos relativos al género (discurso construido socialmente que atribuye al hombre y a la mujer determinadas funciones y conductas) se infiltren solapadamente en los documentos

y/o la forma de expresarse, por el sencillo motivo de que son hombres y mujeres, producto de la cultura y la sociedad en las que han nacido y crecido. Es importante vigilar especialmente que en un texto no se deslicen prejuicios al respecto, que las afirmaciones que contenga sean plenamente respetuosas de la igualdad de derechos y que no se utilice un lenguaje peyorativo.

6.- **Uso de abreviaturas y siglas:** Partir del supuesto de que toda persona interpretará correctamente una abreviatura o sigla puede generar confusión. Por ello conviene indicar al menos una vez, la primera que aparezca en el texto. Es conveniente incluir una lista de siglas al principio de cada documento.

7.- **Lenguaje sensacionalista:** El uso de superlativos (como “lo peor”) o de adjetivos muy cargados (como “infectado” en lugar de “contaminado”) vehicula a menudo, con frecuencia de modo inconsciente, una opinión o un juicio de valor. En algunos contextos los superlativos o los signos de exclamación pueden provocar estigmatización, discriminación o miedo. Se aconseja evitar en lo posible este tipo de lenguaje.

8.- **Poblaciones en situación de exclusión:** Es preciso redactar con sumo cuidado los textos relativos a poblaciones en situación de exclusión social, atendiendo siempre al imperativo de evitar el uso de un lenguaje discriminatorio de la misma forma que cuando hablamos.

9.- **Sencillez:** El hecho de hablar o redactar los documentos en términos sencillos no sólo sirve para que el mensaje circule de manera concisa y exacta, sino que además evita posibles confusiones.

10.- **Comentarios y consejos:** Antes de publicar un documento en el que se aborden cuestiones ligadas al VIH y al SIDA, es aconsejable consultar a personas especializadas en el tema.

**El estigma, la orientación sexual
y la violencia de género como contextos
y/o circunstancias vitales que pueden
poner a mujeres y hombres en una
situación de mayor vulnerabilidad**

LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL COMO MODULADORA DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN POR VIH/SIDA

La intervención profesional debe ser entendida como un esfuerzo sistemático y racional para promocionar, prevenir, mejorar y/o cambiar hábitos de vida saludables individuales o comunitarios. La forma de organizar la información no es neutral y tiene que ver con los valores que se quieren transmitir y los que se desean percibir. Todo este proceso está influido por los llamados estereotipos: *rasgos y creencias que atribuyen características a un grupo, así como una imagen sobre los mismos y que es compartida socialmente y pueden ser positivos, negativos o neutros*. Por ello, como profesionales debemos identificar nuestros prejuicios, estereotipos y discriminación directa o indirecta hacia personas con ITS/VIH/SIDA y debemos saber que cuando están presentes, consciente o inconscientemente en nuestra praxis, acarrear consecuencias diversas.

Estrategias de autoidentificación, autorregulación y eliminación de los prejuicios, estereotipos y discriminación.

- ¿Mi trato es diferente con la persona que está delante según sea su: sexo, edad, orientación sexual, imagen, nivel cultural, capacidad de expresión, etc.?
- ¿Soy consciente de la presencia de pensamientos automáticos distorsionados como profesional (qué, cómo y por qué me afecta)?
- ¿Soy capaz de identificar mis distorsiones cognitivas a pesar de que la evidencia que tengo delante diga lo contrario?
- ¿Soy consciente de mis creencias irracionales que son de tipo absolutista, dogmáticas y que se expresan mediante palabras como: “tengo que”, “debo”, “debería”, etc.?
- ¿Mi nivel de estrés, agotamiento, problemas personales, frustraciones, etc. repercuten en cómo trato y me implico con el/la usuario/a?
- Si la persona que tengo delante fuera un amigo o amiga, familiar, etc. ¿la trataría igual?
- Si yo fuera el usuario o la usuaria que acude a la consulta, ¿cómo me gustaría que me atendieran?

Estrategias para el inicio, mejora y mantenimiento de la relación usuario/a-profesional sanitario.

Una vez hemos sido capaces de identificar, autorregular y eliminar nuestros prejuicios, estereotipos y discriminación directa o indirecta hacia personas con ITS/

VIH/SIDA, podemos hacer uso de dos estrategias claves para mejorar la relación profesional-usuario/a:

Alianza terapéutica:

Estrategias que mejoran la alianza terapéutica.

- Debemos permitir al usuario/a exponer sus perspectivas, expectativas, dudas y miedos desde el inicio de la primera consulta.
- Mostrar cualidades y actitudes profesionales como: amabilidad, sensatez, empatía, confianza, optimismo, seguridad, sentido del humor e interés y comprensión.
- Revelar, en la medida de lo posible, experiencias de nuestra propia historia personal pues de esa manera les estamos diciendo: “yo también soy una persona”.
- Si hay coincidencia en valores y manera de ver el mundo y se revela ante el usuario y la usuaria, promover la cercanía además de hacer uso del humor sano.
- La empatía cognitiva y afectiva (comprensión de cómo piensa y se siente la persona que tenemos enfrente).
- Mostrar un comportamiento no verbal relajado aunque no estemos cómodos o cómodas.

Adherencia:

Estrategias específicas para promover la adherencia terapéutica.

- Indagar y neutralizar las barreras psicosociales en la persona (barreras preceptuales, cognitivas, emocionales, conductuales y socioculturales: económicas, apoyo social, accesibilidad a los recursos, etc.), y derivar y coordinarse con los y las profesionales pertinentes.
- Dominar los pasos básicos de la entrevista motivacional o de cómo motivar efectivamente para un cambio.
- Practicar el consejo o counselling sanitario.
- Identificar los pensamientos automáticos y creencias irracionales en el/la usuario/a que afectan al cumplimiento terapéutico.
- Derivar a un o una psicoterapeuta cuando se sospecha de un trastorno psicológico o psicopatológico que puede estar repercutiendo en la adherencia.

VIOLENCIAS DE GÉNERO Y VIH

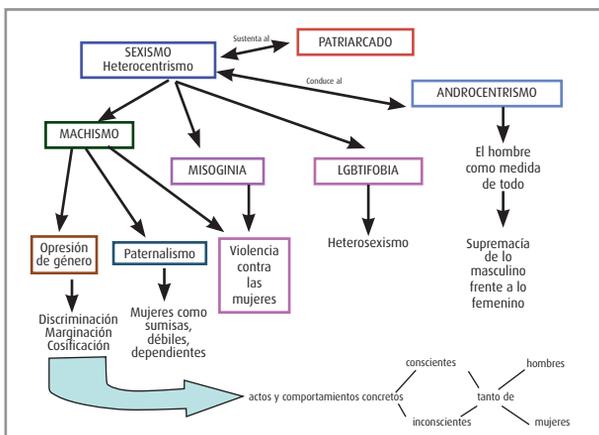
“La violencia de género es el abuso de los derechos humanos más perverso e insidioso en todo el mundo... Si cualquier otro grupo fuera torturado, golpeado y asesinado tan sistemáticamente, la sociedad declararía un estado de emergencia civil”.

Charlotte Bunch, 1991

La violencia contra las mujeres es la expresión más extrema de las desigualdades de género. El concepto de género viene a decir que *lo femenino* y *lo masculino* no son hechos naturales sino construcciones sociales y culturales, y por tanto, sobre las diferencias biológicas se han construido desigualdades históricas que han perjudicado gravemente a las mujeres, además, esas desigualdades se han jerarquizado dando lugar a relaciones de poder sobre las que se sustenta y legitima la violencia.

SEXO	GÉNERO
Características biológicas	Características sociales y culturales
Dado genéticamente	Aprendido
No modificable en principio (sin tener en cuenta los cambios de sexo)	Puede cambiarse
MACHO / HEMBRA	MASCULINO / FEMENINO

La violencia contra las mujeres se asienta en un sistema de organización social denominado patriarcado, y como tal sistema de dominación establece como naturales la valoración desigual de los hombres en relación a las mujeres. Esa estructura de poder se sustenta en un sistema de creencias: **el sexismo**, que a su vez se apoya en el machismo, la misoginia y la homofobia (LGBTIfobia). En el siguiente mapa conceptual podemos observarlo con más detalle:



La violencia de género:

La expresión violencia contra la mujer (IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995) se define como *todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada.*

Se entenderá que la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos:

a) *La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación;*

b) *La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexual en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;*

c) *La violencia física, sexual y psicológica perpetrada por el Estado, donde quiera que ocurra. (Plataforma de Acción de Beijing, 1995).*

La violencia contra las mujeres es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. (Beijing, 1995).

La violencia de género puede adoptar múltiples formas: **Violencias directas o Violencias indirectas o simbólicas.**

Entendemos por *violencias directas* todas aquellas formas que lesionan de forma directa el cuerpo y la integridad física, psíquica o sexual de las mujeres, ocasionando un daño objetivable, mientras que a las *violencias simbólicas* las definimos en función de su sutileza, de su inaprensibilidad. Así pues, la tipología que identifica las violencias de género será la siguiente):

Violencias directas:

- Violencia de género en el ámbito doméstico.
- Agresiones sexuales.
- Acoso sexual.
- Trata de mujeres con fines de explotación sexual, laboral y matrimonios serviles.
- Mutilación genital femenina.
- Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos.
- Hostigamiento en los espacios públicos.
- Acoso moral.
- Violencia de género derivada de conflictos armados.
- Crímenes de honor.
- Femicidio.

Violencias indirectas o simbólicas:

- Violencia de género a través del lenguaje sexista y los productos culturales.
- Violencia de género a través de la publicidad, los medios de comunicación y las nuevas tecnologías.
- Violencia económica.
- Violencia estética.
- Violencia institucional.
- Violencia de género de carácter ritual, pseudo-religioso o religioso.
- Tolerancia social frente a la violencia de género.

* *Sutil o desapercibida.*

La relación de la violencia de género con la salud sexual es clara. Por ejemplo: Las mujeres se enfrentan a mayores situaciones de vulnerabilidad respecto al VIH/SIDA o ITS según el grado de interiorización de roles, estereotipos y mandatos de género tradicionales. Si una mujer piensa que el hombre es quien decide, quien toma la iniciativa en las relaciones sexuales, sus deseos se verán condicionados por lo que él quiera; si quiere mantener relaciones sexuales sin preservativo, una mujer con un alto grado de sumisión patriarcal no se atreverá a cuestionar su deseo.

La violencia de género interactúa con elementos como la propia salud sexual, la orientación sexual, la edad, la posición y el grado de autonomía de la mujer, el estado de salud, su vivencia sobre la sexualidad, las creencias religiosas, la cultura, etc., de ahí la importancia de saber “mirar” la globalidad de las mujeres y no centrarse sólo en una parte.

Detección e intervención:

La violencia contra las mujeres conlleva consecuencias devastadoras tanto para su integridad física, psicológica y sexual, como para su dignidad como personas y desde el ámbito sanitario no nos pueden pasar desapercibidas. El **trastorno de estrés postraumático** es quizás la categoría diagnóstica que mejor representa a las mujeres maltratadas. Algunos indicadores que se pueden detectar desde el ámbito sanitario pueden ser:

- Refiere pesadillas y respuestas de miedo, re-experimenta la situación traumática una y otra vez.
- Evitación o distanciamiento emocional.
- Aumento de activación: dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad o explosiones de ira, problemas de concentración, hipervigilancia, respuestas de alarma exagerada, miedo a perder el control y reactividad fisiológica ante situaciones que recuerdan al maltrato (sudoración, sofocación, disnea, temblores, mareos, náuseas, escalofríos, taquicardias, etc.).
- Alto nivel de ansiedad.
- Rabia y hostilidad.
- Depresión (aislamiento social).
- Riesgo de suicidio (5 veces más alto en las mujeres maltratadas).
- Lesiones en la autoestima, falta de asertividad, trastornos relacionales.
- Conductas adictivas (uso abusivo de tranquilizantes, comer compulsivamente, anorexia, bulimia, automutilación, limpieza compulsiva, ludopatías, etc.).
- Abortos no deseados.
- Infecciones de transmisión sexual / VIH-SIDA.

En las mujeres son fácilmente identificables en consulta los siguientes indicadores:

VIOLENCIA PSICOLÓGICA	VIOLENCIA FÍSICA	VIOLENCIA SEXUAL
No suelen tomar la palabra o le cuesta mucho hacerlo.	Presenta hematomas y dice que se cayó o se golpeó con una puerta.	Molestias en zona genital.
Permanece en silencio si su pareja está presente.	Presenta quemaduras, arañazos, etc.	Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) frecuentes.
Solicita constantemente la aprobación de su pareja.	Deterioro progresivo del aspecto físico.	
Se bloquea o se muestra agresiva con quien le plantea preguntas.	Frecuenta a menudo los servicios sanitarios con sintomatología inespecífica.	
Está a la defensiva, en actitud hipervigilante.		
Sobrevalora el rol tradicional masculino.		
Se identifica con el rol tradicional femenino.		
Presenta problemas de salud frecuentes.		

Fuente²¹: Elaboración propia a partir de: Guía de actuación ante el maltrato doméstico y la violencia sexual contra las mujeres para profesionales de los Servicios Sociales, EMAKUNDE, 2006.

Una vez que se detecta una situación de violencia de género desde el sistema sanitario, hay que actuar siguiendo el *Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico*²². Si hubiera lesiones objetivables, tanto físicas como psicológicas o sexuales, se ha de cumplimentar el correspondiente parte de lesiones y se ha de derivar a la víctima a un recurso especializado. La derivación correcta al recurso adecuado es clave para que la mujer siga adelante con el proceso de ruptura de la situación de violencia. El acompañamiento en todo el proceso de recuperación hasta la plena autonomía es vital, sin imponer decisiones técnicas, sin juzgar y sin tratar a las mujeres como “menores de edad”. El abordaje interdisciplinar de la violencia de género ha de ser un factor clave y todas las profesionales y los profesionales que intervengan frente a la violencia han de recordar dos claves importantes:

- Que no se requiere presentar denuncia para acceder a la red de recursos sociales especializados.
- Que en violencia de género la mediación no es una estrategia adecuada.

Medidas preventivas contra la violencia:

Respecto a las medidas concretas que se pueden poner en marcha:

- Conocer y aplicar la legislación vigente internacional, estatal y autonómica:
 - CEDAW (Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, Naciones Unidas, 1979).
 - Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia sobre la mujer y doméstica, 2014.
 - Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.
 - Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
 - Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género.
 - Ley 1/2010, de 26 de febrero, canaria de igualdad entre mujeres y hombres.
- Campañas específicas de prevención sobre prácticas de riesgo: por ejemplo, para mujeres en situación de prostitución.
- Incluir en los programas de prevención de violencia de género contenidos específicos sobre VIH/SIDA e ITS y los riesgos que entraña la violencia sexual.
- Crear grupos específicos de promoción de la salud de las mujeres desde la atención primaria de salud que incluyan estrategias de empoderamiento y negociación para aplicar en las relaciones sexuales. Trabajar la construcción de la identidad de género, autoestima, educación afectivo-sexual (especial incidencia en la deconstrucción de mitos, trabajo sobre arquetipos, expresión de afectos, placer más allá del coito,...), cuidados y autocuidados, derechos y ciudadanía, etc.
- Fomento del asociacionismo y grupos de autoayuda para mujeres víctimas de violencia de género, teniendo muy presentes a las mujeres seropositivas.
- Formación específica para profesionales del sistema sanitario en violencia de género.
- Promover la participación activa de los hombres en programas específicos de abordaje del VIH/SIDA/ITS, género y relaciones sexuales, favoreciendo la deconstrucción de la masculinidad tradicional, especialmente en los chicos jóvenes.
- Promover la formación como una de las formas de garantizar la autonomía personal de las mujeres.

Recursos de interés para la atención a mujeres:

- Servicios de Atención Inmediata: Teléfonos y Dispositivos de Emergencia (Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas - DEMA), Servicio Telefónico de Atención y Protección para víctimas de la violencia de género (ATENPRO).
- Servicios de Atención Especializada: Información, orientación, asesoramiento e intervención integral multidisciplinar para la recuperación de la violencia.

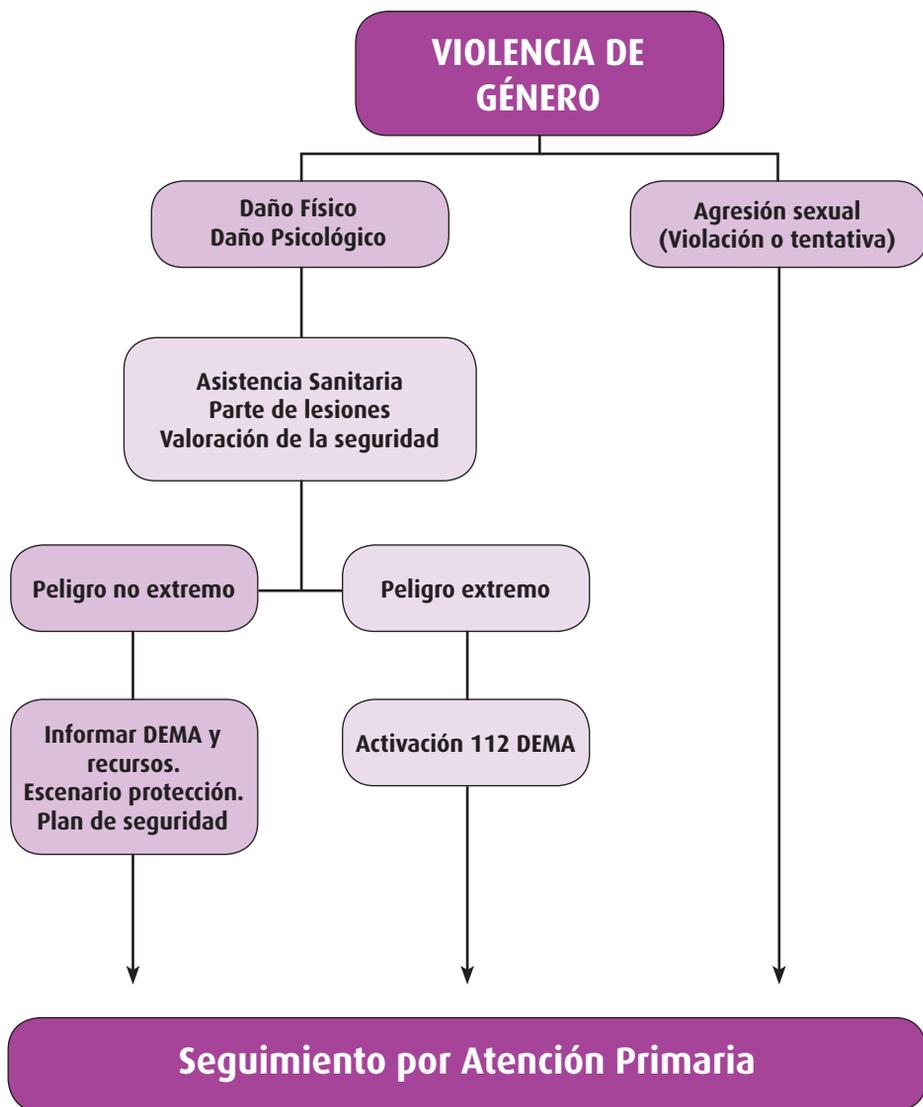
- Recursos de Acogida: Centros de Acogida Inmediata, Casas de Acogida y Pisos Tutelados.

En Canarias, tanto la Administración Autonómica, como las insulares o municipales suelen disponer de recursos para atender a mujeres víctimas de violencia de género.

Recurso	Teléfono	Servicios que presta
Servicio telefónico de información y asesoramiento jurídico a mujeres víctimas de violencia de género	016	Teléfono gratuito de información sobre los derechos de las mujeres víctimas de violencia de género y los recursos disponibles. Disponible las 24 horas del día. No deja rastro en la factura. Presta asesoramiento jurídico todos los días del año de 9 a 21 h. de lunes a viernes, y de 12 a 20 h. los sábados, domingos y festivos. Tiene una atención especializada para mujeres sordas a través del 900 116 016 .
Teléfono de Emergencias de la Comunidad Autónoma de Canarias – Servicio de Atención a Víctimas de Violencia de Género	1 1 2	Teléfono que funciona las 24 horas del día, los 365 días del año que permite activar el DEMA (que también funciona durante todo el año).
Teléfono gratuito de información a la mujer (Instituto de la Mujer)	900 19 10 10	Teléfonos de información a las mujeres sobre aspectos jurídicos, orientación de empleo y recursos sociales en general. También prestan información sobre cualquier discriminación por razón de sexo, así como denuncias de publicidad sexista. Funcionan las 24 horas del día.
Teléfono gratuito de información para mujeres con discapacidad auditiva (Instituto de la Mujer)	900 15 21 52	
Comisión de investigación de los malos tratos a mujer	900 100 009	Servicio gratuito de atención telefónica a mujeres víctimas de malos tratos, de lunes a viernes de 9:00 a 21:00 horas.

Recurso	Datos de contacto	
Instituto Canario de Igualdad	Avda. Benito Pérez Armas, 4. Edificio Andrea 38071 Santa Cruz de Tenerife Tel.: 922 92 28 55 Fax: 922 92 28 54	C/ Profesor Agustín Millares Carló, 18 Edif. de Servicios Múltiples II-3ª planta 35071 Las Palmas de Gran Canaria Tel.: 928 30 63 30 Fax: 928 30 63 38
Cabildo Insular de El Hierro Centro Insular de Atención a la Mujer	C/ Constitución, 29 (Antiguo Hospital). 38900 Valverde Tel.: 922 55 00 78 / 922 55 08 26 - Fax: 922 55 20 42	
Cabildo Insular de La Gomera Centro Insular de Atención a la Mujer	Avda. Quinto Centenario. Edificio Ancor II, bajo. 38800 San Sebastián de La Gomera Tel.: 922 87 02 92 - Fax: 922 87 05 08	
Cabildo Insular de La Palma Centro Insular de Información y Orientación a las Mujeres	C/ Cuesta de la Encarnación, 24. (Casa Rosada) 38700 Santa Cruz de La Palma. Tel.: 922 42 31 00 (Ext. 4492) - Fax: 922 41 44 40	
Cabildo Insular de Tenerife Unidad Orgánica de Violencia de Género del Instituto de Atención Social y Sociosanitaria (IASS)	C/ Diego Almagro, 1. Edificio Hogar de la Sagrada Familia (Casa Cuna). 38010 Santa Cruz de Tenerife. Tel.: 922 84 31 42 Fax: 922 84 31 71	
Cabildo Insular de Lanzarote Centro Insular de Información a la Mujer	C/ Salvador Allende, s/n. 35500 Arrecife de Lanzarote. Tel.: 928 82 49 70 Fax: 928 80 42 00	
Cabildo Insular de Fuerteventura Servicio Insular de Atención a la Mujer	C/ Doctor Fleming, 1 (trasera Universidad Popular) 35600 Puerto del Rosario Tel.: 928 53 00 80 / 928 53 06 37 Fax: 928 53 15 61 / 928 53 07 08	
Cabildo Insular de Gran Canaria Centro Insular de Atención a la Mujer	C/ Sor Brígida Castelló, 1 (Centro San Antonio), Vegueta. 35001 Las Palmas de Gran Canaria. Tel.: 928 31 42 00 / 928 31 47 00 - Fax: 928 33 66 08	

Algoritmo para la detección y prevención de la violencia de género en el ámbito sanitario:



Fuente²²: Elaboración propia a partir del Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico

LA DIVERSIDAD SEXUAL Y EL VIH

Los prejuicios sociales son uno de los problemas más importantes a los que, con frecuencia, se enfrentan las personas lesbianas, gais, bisexuales y transexuales (LGBT) y su entorno, a lo largo de la vida. Las barreras que suponen los comportamientos discriminatorios (*homofobia, bifobia, lesbofobia, transfobia*) tienen una enorme influencia en su salud, mental y física. Los estereotipos y prejuicios conducirán al personal sanitario a ignorar las necesidades sanitarias específicas de estas personas y como efecto reflejo, es muy corriente que estos mismos prejuicios les conduzcan a silenciar su orientación sexual y/o su identidad de género (en caso de ser transexual), así como todos los problemas de salud.

El miedo a la estigmatización y al rechazo hace que las personas LGBT no hagan visible su orientación afectivo sexual y/o identidad de género transexual en las consultas médicas, recayendo sobre ellos y ellas la presunción de heterosexualidad.

La gravedad de todo lo dicho hasta ahora se multiplica si hablamos de las personas transexuales. Aún se desconoce mucho sobre la transexualidad, existe ausencia de formación/información y sensibilización en el ámbito sanitario, **apenas se conocen los protocolos de actuación y de derivación adecuados***, y tampoco los recursos existentes para cubrir todas las necesidades que presenta este colectivo y su entorno. *Ver protocolos al final de este capítulo.

Desde el año 2007, con la entrada en vigor de la Ley 3/2007 reguladora de la rectificación Registral de la mención relativa al sexo de las personas (también llamada Ley de Identidad de Género), las personas transexuales tienen la posibilidad de modificar su sexo legal y nombre del DNI siempre que cumplan los criterios establecidos en la misma: Tener una valoración psicológica de su *disforia de género* y haberse sometido a tratamiento médico durante al menos dos años.

- Se hace necesaria una información objetiva y veraz de la realidad LGBT en el ámbito sanitario, como estrategia para desmitificar aquellas situaciones que favorecen las conductas/actitudes discriminatorias.
- Visibilizar la situación LGBT en la relación profesional sanitario-paciente, permitirá hacer tangible la naturalización y convivencia de esta realidad.

ORIENTACIONES AFECTIVO SEXUALES	IDENTIDADES SEXUALES
<p><i>Responde a la pregunta: ¿quién me gusta?</i></p> <p><i>Atracción física, sexual, emotiva, romántica, afectiva... hacia una persona por razón de su sexo.</i></p> <p><i>Homosexual (gay o lesbiana), Bisexual, Heterosexual.</i></p>	<p><i>Responde a la pregunta: ¿qué me siento, mujer u hombre?</i></p> <p><i>Sentimiento de pertenencia a un sexo u otro, con independencia del sexo biológico o legal.</i></p> <p><i>Identidad transexual, Transgénero.</i></p>

Problemáticas que aún se encuentra la población de personas homosexuales y bisexuales en las consultas médicas/sanitarias:

- El porcentaje de suicidios entre adolescentes homosexuales es del 30%.
- El porcentaje de adolescentes de este sector de población que se ha planteado alguna vez la idea del suicidio asciende al 40% para ambos sexos (45% en el caso de las adolescentes lesbianas y algo menos, un 33%, en el caso de los jóvenes gays).
- La edad riesgo > (de dos a cinco veces mayor que entre heterosexuales) de suicidio entre la juventud homosexual: entre los 15 y los 25 años.
- El 50% de jóvenes LGTB sufre depresión y un 30% del total intenta encontrar una solución a sus problemas de rechazo social y aislamiento en el alcohol u otras drogas. Este problema se agrava a causa de la baja autoestima y de los sentimientos de soledad e incompreensión.
- Abordaje inadecuado de la violencia en el seno de las parejas conformadas por personas del mismo sexo, al no estar recogida en la Ley Integral de Violencia de Género (una mujer lesbiana puede estar siendo víctima de malos tratos por parte de su pareja mujer o un hombre gay por parte de su pareja masculina). Los protocolos de actuación sanitaria deben tener en cuenta este hecho. Las mujeres transexuales, con un informe psicológico acreditativo de su identidad femenina, están siendo atendidas en las Unidades de Atención a la Violencia de Género en aquellos casos en las que sus parejas son hombres (de ahí la importancia de que inicien sus procesos transexualizadores).

Fuente²³: FELGTB y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2009)

Consideraciones para profesionales sanitarios:

Es imposible “no educar”. Siempre se hace educación afectivo sexual, **o por lo que se dice o por lo que se calla.**

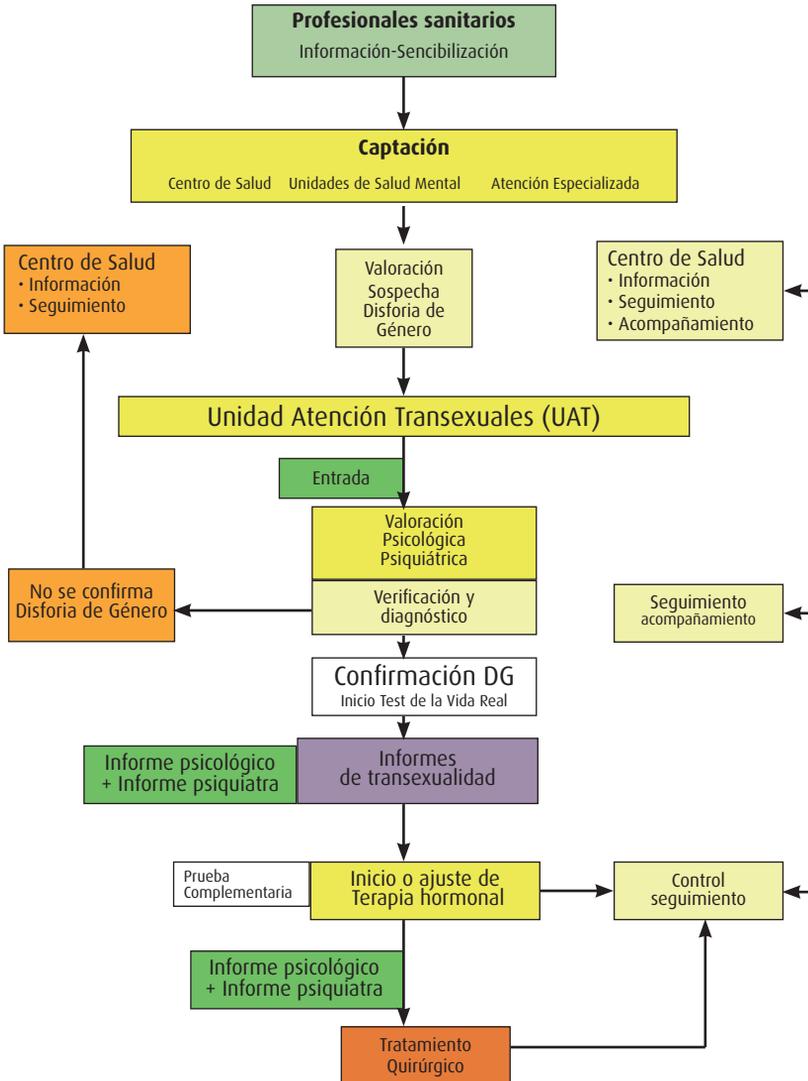
- **Poner especial atención en el “currículo oculto”:** Hay muchos momentos en los que no somos conscientes de lo que transmitimos, incluso estar lejos de lo que pretendemos transmitir. Es decir, lo que manifestamos a través de gestos, entonaciones, posturas, sonrisas, etc. (la comunicación no verbal), puede contradecirse con el mensaje verbal.
- **Ser coherente:** Si nunca nombramos la homosexualidad, transexualidad y bisexualidad (no olvidemos que lo que no se visibiliza, no existe) será imposible que se naturalice.
- **Intervenir desde la importancia y no desde la urgencia:** Realizar alguna actividad puntual que esté relacionada con la diversidad sexual, por ejemplo,

invitar a miembros de un colectivo LGBT a dar una charla o taller en su centro de trabajo.

- **El profesional sanitario y la profesional sanitaria debe estar formado y formada e informado e informada de la realidad LGTB:** El desconocimiento puede perpetuar ciertos mitos.
- **Intervenir eliminando la presunción de heterosexualidad:** No debemos dar por hecho aspectos de los/as demás (pensar que todos nuestros pacientes y todas nuestras pacientes son heterosexuales) o pensar en los demás como personas sin conflicto con su identidad (transexuales) o tratar estos temas como si fuese algo que nada tiene que ver con nosotros y nosotras o con el motivo de consulta en sí mismo.
- **Revelar la orientación sexual/identidad de género:** El reconocimiento de la homosexualidad y/o bisexualidad suele generar angustia, conflicto, culpa, miedo y confusión. Este proceso es “injusto” ya que ninguna persona heterosexual se ve en la obligación de visibilizar su orientación afectivo sexual, ya que se da por hecho que es heterosexual. En ese momento de reconocimiento de su homosexualidad y/o bisexualidad necesitan especial ayuda. Hay que procurar que se lleve a cabo en un ambiente de libertad y confianza que les permita desarrollar su personalidad y autoestima.
- **Tratar las cuestiones LGTB con naturalidad, de la forma más abierta posible.**
- **Transmitir que la orientación afectivo sexual, sea la que sea, es válida, natural, respetable y protegida por la ley, al igual que la transexualidad.** Además, con cualquier orientación sexual va a poder desarrollar su identidad y alcanzar la felicidad.
- **Evitar escandalizarnos (verbal o no verbalmente) por el sentimiento de incongruencia de género (sufrimiento que genera el no identificarse con el sexo biológico de nacimiento) que pueda sentir una persona si lo que pretendemos es acercarnos a su realidad como profesional.**
- **Tratar a las personas transexuales como es su deseo (hombre o mujer):** Utilizando el género femenino o masculino que sienten, llamándolas por el nombre con el que se identifican, o llamándoles por el apellido, este simple hecho puede aliviar la vergüenza y malestar que sienten cuando se acercan a los centros de salud y temen que se les llame por un nombre que no es acorde con su aspecto físico.
- **Contar con recursos específicos de atención a la realidad LGTB:** Recursos donde puedan compartir impresiones y experiencias con profesionales expertos y expertas o con otros u otras lesbianas o gais, material bibliográfico, documental, experiencia, etc.

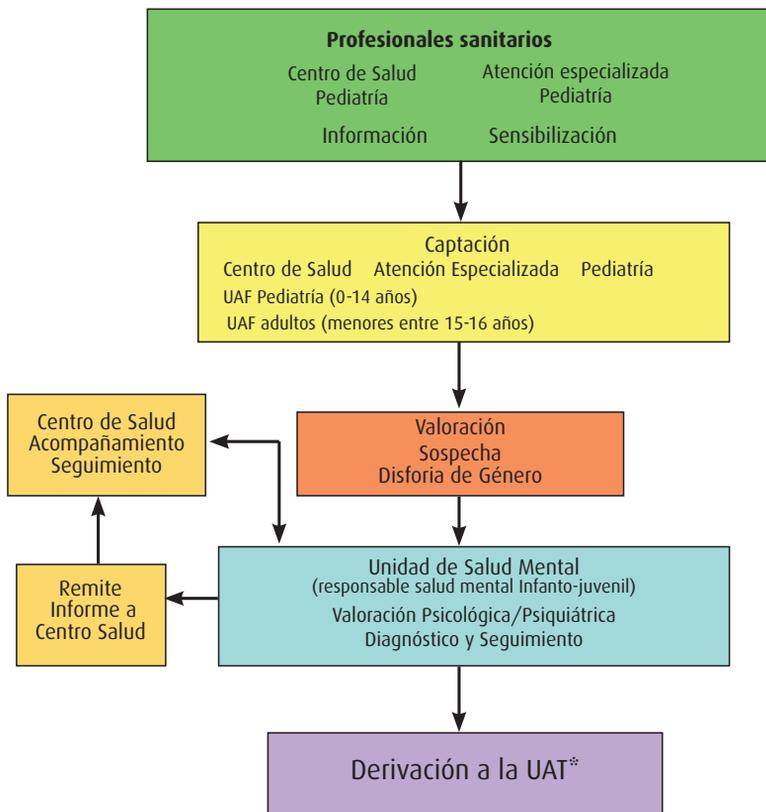
PROTOCOLOS DE ATENCIÓN A PERSONAS TRANSEXUALES Y/O DISFORIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO Y EDUCATIVO:

Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Transexuales. Algoritmo de Actuación en mayores de 16 años.



Fuente²⁴: Dirección Gral. Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

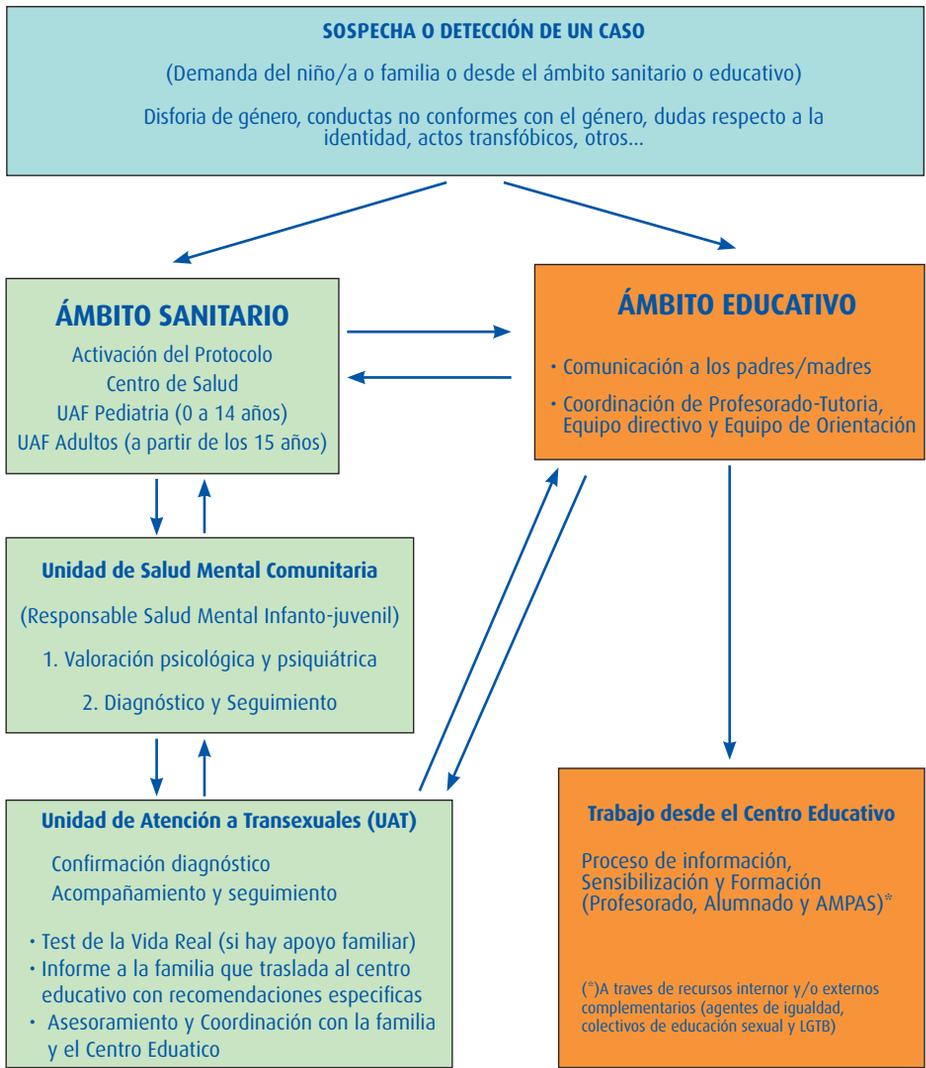
Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Transexuales. Algoritmo de Actuación en menores de 16 años.



Fuente²⁴: Dirección Gral. Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

Atención a niños y niñas con disforia de género y adolescentes transexuales en los centros escolares: Recomendaciones para docentes.

Algoritmo de actuación



Fuente²⁵: Dirección Gral. Ordenación, Innovación y Promoción Educativa. Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad. Dirección Gral. Salud Pública y Dirección Gral. Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Acoso sexual:** Intrusión indeseada y no buscada, por parte de un hombre, en los sentimientos, pensamientos, conductas, espacio, tiempo, energías y cuerpo de una mujer (Wise y Stanley, 1992). Solicitar favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios, continuada o habitual, y con tal comportamiento provoca en la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante (Art. 184, Código Penal).
- **Adherencia al tratamiento:** Hace referencia al cumplimiento y seguimiento por parte del usuario del tratamiento marcado por el profesional.
- **Alianza terapéutica:** Un estrecho lazo emocional entre el cliente y el profesional que se consolida desde el inicio de la intervención y en el que se da un acuerdo mutuo acerca de las tareas y las metas del tratamiento y que condiciona el éxito del tratamiento.
- **Caso de SIDA:** Caso diagnosticado de infección por VIH que presente cualquiera de las situaciones (infecciones oportunistas o neoplasias) aceptadas como indicadoras de SIDA.
- **Conductas o prácticas sexuales:** Son aquellas relaciones sexuales que se dan entre dos personas del mismo o de diferente sexo, independientemente de su orientación afectivo sexual, por tanto, estas prácticas pueden darse indistintamente entre homosexuales, heterosexuales o bisexuales. Cuando se llevan a cabo sin protección (por ejemplo, preservativo) se habla de prácticas sexuales de riesgo y pueden provocar ITS (infecciones de transmisión sexual) siendo la más grave el VIH.
- **Discriminación:** Es la manifestación del componente comportamental del prejuicio negativo u hostilidad hacia una persona o grupo y que se manifiesta a través del lenguaje, la legislación, el curriculum oculto, las actitudes, etc.
- **Disforia de sexo y/o género:** Disgusto, incongruencia, con la identidad, biológicamente hablando. La sufren las personas que nacen con un sexo biológico que no se corresponde con lo que psicológicamente se siente que son. Por tanto, es un hecho cultural. Una persona disfórica en una cultura dada, puede integrarse perfectamente en otra cultura que le permita expresarse con naturalidad.
Si la disforia está muy centrada en los hechos anatómicos (rechazo de los caracteres sexuales primarios o secundarios: genitales, mamas, etc. o de las funciones fisiológicas, como la erección o la menstruación) se trata entonces de una *disforia de sexo*. Si la disforia está centrada en los aspectos de

interrelación social (expectativas conductuales), se trata de una *disforia de género*.

El término disforia se considera patologizante, al referirse a un diagnóstico psico-psiquiátrico. En estos momentos se está intentando la eliminación del término disforia para hablar de *incongruencia* con el género.

- **Empatía:** Hace referencia a la comprensión de la otra persona o ver desde su punto de vista y no sólo la preocupación por ésta. Se manifiesta tanto cognitivamente (pensar como el otro) y emocionalmente (sentir como el otro).
- **Esteretipos:** Son rasgos y creencias que atribuyen características a un grupo, así como una imagen mental simplificada sobre los mismos y que es compartida socialmente y éstos pueden ser positivos, negativos o neutros.
- **Esteretipos de género:** Atribuciones sociales arbitrarias, sin fundamentación empírica y ampliamente compartidas, acerca del comportamiento, características, actitudes,... de una persona en función del sexo al que pertenece.
- **Género:** Características psicológicas, roles sociales y culturales asignados socialmente a las personas en función de su sexo. Conductas, ropas, gestos, juegos, etc., que socialmente se han considerado propias de uno de los dos sexos. En nuestra sociedad occidental se habla de dos géneros, el masculino con todo lo considerado propio de los hombres y el género femenino, con todo lo considerado propio de las mujeres. El género es un concepto social y por tanto varía según culturas y etapas. Se hace necesaria una deconstrucción del género para dar cabida a todas las manifestaciones individuales de la identidad y el género según cada persona lo viva y/o exprese.
- **Heterosexismo:** Concepto predominante en nuestra cultura occidental que afirma que sólo hay dos sexos (hombre y mujer), dos géneros (masculino y femenino), una orientación sexual (del hombre hacia la mujer y de la mujer hacia el hombre); todo lo demás es residual o marginal. Por tanto es un sistema de creencias negativo, que perpetúa los estereotipos y prejuicios hacia la homosexualidad, bisexualidad y transexualidad.
- **Homofobia:** Es el nombre que se le da a las conductas y actitudes de condena y rechazo, manifiesta o encubierta, hacia personas homosexuales o hacia la homosexualidad. Fobia, temor y rechazo hacia la homosexualidad y hacia las personas homosexuales. Cuando se refiere a mujeres lesbianas, el término es *lesbofobia*, hacia la bisexualidad es *bifobia* y hacia la transexualidad, *transfobia*.
- **Identidad sexual/de género:** "Es la afinidad, unidad y persistencia de la identidad de uno mismo como hombre o mujer, en mayor o menor grado, ya que es experimentada en la conciencia y la conducta". Suele estar firmemente establecida al final de la primera infancia (de ahí que las personas

transexuales ya tengan clara su identidad transexual desde su infancia y permanezca estable en la edad adulta).

- **Inercia psicológica:** Se puede entender como la inercia a la rutina de la resolución de problemas, donde recurrimos a los conocimientos que tenemos y las experiencias previas para solucionar los problemas. Esta rutina está condicionada por razones perceptivas, cognitivas, emocionales, conativas y socioculturales.
- **Intersexualidad:** Afección, alteración o condición poco común por la cual una persona presenta discrepancia entre sus genitales y/o gónadas externas e internos, poseyendo por tanto características físicas propias de hombres y mujeres, en grados variables. Puede poseer, por ejemplo, una abertura vaginal la cual puede estar parcialmente fusionada, un órgano eréctil (pene o clítoris) más o menos desarrollado y ovarios o testículos, los cuales suelen ser internos. Anteriormente se empleaba el término hermafrodita, pero el mismo ha empezado a reemplazarse pues puede resultar engañoso, insensible y confuso por comparar una característica común en algunas especies de animales y plantas con una condición de nacimiento que ocurre en algunos pocos seres humanos, la cual se asemeja a la anterior sólo remota y analógicamente.
- **Misoginia:** Aversión u odio a las mujeres, o la tendencia ideológica o psicológica que consiste en despreciar a la mujer como sexo y con ello todo lo considerado como femenino.
- **Motivación:** Entendida como la probabilidad de que una persona inicie, confirme y se comprometa con una estrategia específica para cambiar.
- **Mutilación genital femenina:** Conjunto de procedimientos que implican una eliminación parcial o total de los genitales externos femeninos y/o lesiones causadas a los órganos genitales femeninos por razones culturales o motivos no terapéuticos de cualquier otro tipo (Organización Mundial de la Salud).
- **Nadir:** Mínima concentración a la que se reduce la carga viral después de comenzar el tratamiento con antirretrovirales.
- **Nueva Infección de VIH:** La notificación individual de todos los nuevos diagnósticos de VIH, independientemente del estadio clínico o inmunológico de la infección.
- **Orientación del deseo (afectivo sexual):** Es la dirección que toma la necesidad de satisfacción sexual, ya sea a través de gestos o de anhelos. Generalmente se presenta en la misma dirección que la necesidad de vinculación afectiva.

Existen tres orientaciones del deseo (sexuales): homosexual (entre personas del mismo sexo, a los hombres homosexuales se les denomina gays y

a las mujeres, lesbianas), bisexual (entre personas con independencia de su sexo) y heterosexual (entre personas de sexo contrario). Se manifiesta de diversas maneras según el sexo, edad, objeto de atracción o finalidad de dicha atracción. Tradicionalmente a la orientación del deseo según el sexo de las personas que nos atraen se le ha denominado orientación sexual.

- **Países de la Región Europea de la OMS:** Albania, Alemania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaiyán, Bielorrusia, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, ex-República Yugoslava de Macedonia, Federación Rusa, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Kazajstán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Montenegro, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República de Moldova, Rumania, San Marino, Serbia, Suecia, Suiza, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía, Ucrania y Uzbekistán.
- **Perspectiva de género:** Supone una propuesta transformadora de las condiciones de desigualdad en las que se socializan mujeres y hombres, desmenuzando de forma explícita las características y los mecanismos del orden patriarcal y sus aspectos nocivos, destructivos, opresivos y enajenantes. Es una propuesta de transformación democrática que, aplicada desde las instituciones públicas y la sociedad civil, permite entender que la vida y sus condiciones y situaciones son transformables hacia el bienestar individual y colectivo si construimos la igualdad, la justicia y la paz.
- **Prejuicios:** Es un juicio previo no comprobado que supone un componente afectivo o emocional, de carácter favorable o desfavorable hacia un individuo o un grupo y que predispone a la acción hacia éstos (positiva, negativa o neutra).
- **Roles de género:** Conjunto de funciones, actividades, tareas y responsabilidades que, culturalmente, se atribuyen como propias y diferenciadas a hombres y mujeres. Así, los hombres son orientados a lo público, atribuyéndoseles el trabajo remunerado y el consiguiente mantenimiento de la economía familiar y, las mujeres, son asignadas a lo doméstico para asumir la reproducción de la especie y el cuidado de la misma.
- **Sexo:** Cada uno de los dos modos en que las personas nos construimos como sujetos sexuados, es decir, como hombre o como mujeres; resultado del proceso de sexuación.
- **Sexo biológico:** Es la suma de elementos sexuados del organismo (gónadas, cromosomas, genitales, anatomía, morfología y hormonas sexuales).
- **Sexo legal:** El que nos asignan (jurídicamente hablando) en función del sexo biológico (cuando debiera hacerse en función del sexo psicológico- identidad psicológica).

- **Sexo psicológico:** Es lo que la persona siente en su interior. Es responsable de la *identidad sexual*.
- **Sexo social:** Es el género.
- **TARGA:** Tratamiento antirretroviral de gran actividad.
- **Tráfico de mujeres con fines de explotación sexual:** Cualquier transporte o desplazamiento ilícito de mujeres inmigrantes y su posterior comercialización para actividades económicas o personales. Incluye por tanto los siguientes elementos:
 - Facilitar el movimiento ilegal de mujeres inmigrantes a otros países, con o sin su consentimiento o conocimiento.
 - Engañar a la mujer inmigrante sobre el propósito de la migración, sea legal o ilegal.
 - Abusar psíquica o sexualmente de la mujer inmigrante con el propósito de traficar con ella.
 - Vender o comercializar mujeres con el propósito de dedicarlas al empleo doméstico, matrimonios, prostitución o cualquier otra forma de abuso y explotación que genere beneficios económicos (Organización Internacional para las Migraciones).
- **Transexual:** Es aquella persona cuya identidad sexual (su sentir como hombre o mujer, es decir, su sexo psicológico), no coincide con el que le marcan sus genitales (sexo biológico), ni con la identidad que los demás le suponen (sexo social). Esta identificación con uno u otro sexo es independiente de la orientación del deseo.
- **Transexualidad:** Psíquicamente, estado de aquellas personas que tienen la convicción de pertenecer al sexo contrario.
- **Violencia contra los derechos sexuales y reproductivos:** Impedir o negar la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia, así como el acceso a servicios y métodos de atención a la salud sexual y reproductiva. Impedir o negar el derecho a la libre orientación sexual o las políticas de control de la natalidad son ejemplos de esta violencia.
- **Violencia de género en el ámbito doméstico:** Proceso de maltrato en el que el violento habilita una serie de mecanismos para hacerse con el control de la vida de las mujeres. Se pueden distinguir los siguientes tipos de maltrato:
 - *Maltrato físico:* Uso intencional de la fuerza contra el cuerpo de las mujeres de tal forma que conlleva lesión física, daño o dolor (o riesgo de sufrirla), sin importar que esa conducta en realidad haya tenido esos resultados.

- *Maltrato psicológico*: Aquellas conductas que producen en las víctimas desvalorización, sufrimiento y graves lesiones en la autoestima (humillación, descalificación, desautorización, amenazas,...)
 - *Maltrato sexual*: Cualquier intimidad sexual forzada por parte de la pareja (u otros miembros del entorno familiar), no limitándose a la penetración vaginal o anal, por lo que incluye todas las prácticas sexuales que se realicen con intimidación, coerción o estado de indefensión.
 - *Maltrato económico*: Privación de recursos para el bienestar físico y psicológico (nutrición, salud y medios de subsistencia). Desigualdad para disponer de recursos compartidos, así como restricciones o impedimento para acceder al empleo y/o la educación.
 - *Maltrato social*: Aislamiento de la víctima de sus redes sociales de apoyo (amistades, familia, vecinos/as,...), ausencia de apoyo por parte de esa red.
 - *Maltrato a través de los/as hijos/as*: Utilización de los/as hijos/as por parte de los agresores, con el fin de aumentar el sufrimiento en sus parejas o exparejas, pudiendo llegar a acabar con la vida de sus propios hijos/as o produciéndoles lesiones graves.
- **Violencia sexual**: Todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo (Organización Mundial de la Salud).

BIBLIOGRAFÍA

Epidemiología, VIH, ITS, diagnóstico precoz y prevención:

1. Epidemiology Slides. July 2014. ONUSIDA. Disponible en:
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/01_Epi_slides_2014July.pdf
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140716_FactSheet_es_0.pdf
2. HIV/AIDS surveillance in Europe 2013. European Center for disease prevention and control. World Health Organization Regional. Office for Europa. Disponible en:
<http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-report-Europe-2013.pdf>
3. Vigilancia Epidemiológica del VIH/Sida en España. MSSSI. Actualización 30 de junio de 2014. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH. Registro Nacional de casos de Sida. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.htm>
4. Servicio de Epidemiología y Prevención. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud. Boletín Epidemiológico sobre SIDA, nº 3, diciembre, 2014.
5. Servicio de Epidemiología y Prevención. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud. Boletín Epidemiológico sobre VIH, nº 4, diciembre, 2014. Disponible en:
<http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/listalmagenes.jsp?idDocument=5570b917-95a8-11e0-ba66-75bd8cf93e41&idCarpeta=0f67aaf7-9d88-11e0-b0dc-e55e53ccc42c>
6. Moreno S, Mocroft A & Monforte A. Revisión: Consecuencias médicas y sociales de la presentación tardía, Terapia antiviral, 2010, 15, supl 1; 9-15.
Disponible en: www.hiveurope.eu y en www.hivtestingweek.eu (2014).
7. Marks G, Crepaz N and Janssen RS, Transmisión sexual estimada del VIH a partir de personas conscientes y no conscientes de estar infectadas con el virus en los EE. UU. AIDS 2006, 20:1447-1450.
Disponible en: www.hiveurope.eu y en www.hivtestingweek.eu (2014).

8. Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2012. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología - Plan Nacional sobre el Sida; 2014. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/VigilanciaITS1995_2012.pdf
9. Grupo de trabajo sobre ITS. Diagnósticos de sífilis y gonococia en una red de centros de ITS: Características clínico-epidemiológicas. Resultados julio 2005-diciembre 2011. Centro Nacional de Epidemiología/ Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología - Plan Nacional sobre el Sida, 2014.
Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeITS2005_2011.pdf
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Plan Nacional sobre Sida, Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz de VIH en el ámbito sanitario, 2014. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf>
11. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud. Programa de pruebas rápidas en entornos no clínicos. 2010-2014.
12. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevención de la infección del VIH-1 con terapia antirretroviral precoz N Engl J Med. 2011; 365:493-505.
13. Fisher M, Benn P, Evans B et al. UK guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. Int J STD&AIDS 2006; 17:81-93.
14. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Recomendaciones de la SPNS/ GESIDA/AEP/CEEISCAT/SEMP sobre la profilaxis post exposición frente al VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Enero 2008.

Promoción de la Salud sexual y mensajes preventivos para la juventud:

15. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. MSPSI. 2011. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
16. García Ruiz M., Suárez Álvarez O.(2007). Programa de Educación Sexual en Centros de Menores de Asturias. Instituto Asturiano de Atención a la Familia, Infancia y Adolescencia.
17. García Ruiz M., Fernández del Valle J., Franco Vidal A., de Dios del Valle, Suárez Álvarez O. *“Conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la transmisión sexual del VIH en jóvenes residentes en Centros de menores de protección y Reforma de Asturias, País Vasco y Castilla León”*, Estudio FIPSE 15214/01.
18. Parera Junyent N., López García, S., Llopis Pérez, A. *“Habilidades para la comunicación con adolescentes”* (2013). EdikaMed, SL.

Lenguaje y VIH:

19. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). *Recomendaciones terminológicas*. Ginebra. 2007.
20. UNESCO. Sector de Educación. División de la coordinación de prioridades de las Naciones Unidas en Educación. Sección del VIH y el SIDA. *Recomendaciones de la sobre la terminología y la redacción del material relativo al VIH y al SIDA*, París. 2008.

Violencia de género:

21. *Guía de actuación ante el maltrato doméstico y la violencia sexual contra las mujeres para profesionales de los Servicios Sociales*. EMAKUNDE, 2006.
22. *Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico*. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=0e2a8f12-ed41-11dd-958f-c50709d677ea&idCarpeta=c24a2648-af1b-11dd-97ee-cf6480f43e6e>

Orientación y diversidad sexual:

23. *Informe jóvenes LGBT*. Garchitorena González, Marta. FELGTB y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2009.
24. *Protocolo de Atención Sanitaria a personas Transexuales*. Dirección Gral. de Programas Asistenciales. Servicio Canario de la Salud. Consejería de Sanidad. <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=de7a53d7-59e0-11e0-ad52-6f89eca32045&idCarpetas=1c2ee4b1-a745-11dd-b574-dd4e320f085c>
25. *Atención a niños y niñas con disforia de género y adolescentes transexuales en los centros escolares: Recomendaciones para docentes*. Dirección Gral. Ordenación, Innovación y Promoción Educativa (Consejería de Educación, Universidades y Sostenibilidad). Dirección Gral. Salud Pública y Dirección Gral. Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud (Consejería de Sanidad). 2014.

Bibliografía complementaria:

- Barea, C. (2004): *Manual para mujeres maltratadas (que quieren dejar de serlo)*. Detectar y prevenir la violencia de género. Barcelona: Océano.
- Biglia, B. y Sn Martín, C. coord. (2007): *Estado de Wonderbra. Entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género*. Barcelona: Virus editorial.
- Blanco Abarca, A. y Rodríguez Marín, J. (2007): *Diseño de una intervención psicosocial dirigida al incremento de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos*, en *“Intervención psicosocial: capítulo III*, Madrid. Editorial Pearson (Prentice Hall).
- Bosch, E. y Ferrer, V. (2002): *La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata*. Madrid: Cátedra, colección Feminismos.
- Bosch, E., Ferrer, V., Ferreiro, V. y Navarro, C. (2013): *La violencia contra las mujeres. El amor como coartada*. Barcelona: Anthropos.
- Castañer, O., Horno, P., Escudero, A. y Monjas, I. (2009): *La víctima no es culpable*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Caro Gabalda, I. (2011) *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: modelos y técnicas principales*, Declée de Browner, Bilbao.
- Friedlander, M. y otros (2009) *La alianza terapéutica: en la terapia familiar y de pareja*. Paidós, Barcelona.
- Fuster, M^a Jesús: *La percepción del estigma de las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento*. (2011).
- Tesis Doctoral. Facultad de Psicología de la UNED. Disponible en: <http://www.jano.es/jano/actualidad/ultimas/noticias/janoes/agencias/uno/cada/tres/espanoles/discriminaria/paciente/vih/>
- González, R. y Santana, J. D. (2001): *Violencia en parejas jóvenes. Análisis y prevención*. Madrid: Pirámide.
- *La Salud de las Lesbianas y Mujeres Bisexuales*. Cuestiones locales, preocupaciones comunes. Informe de ILGA. 2010.
- Lagarde, M. (1997): *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma.
- Ley 8/2014, de 28 de octubre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2014/215/001.html>
- *Manual para la Integración Socio Educativa de los-as Jóvenes LGTB* (2009). Colectivo Gamá, editado por la Dirección General de Juventud del Gobierno de Canarias.
- Mateos, A. (2013): *Programa socioeducativo para la prevención de la violencia de género en parejas adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Osborne, R. (2001): *La violencia contra las mujeres. Realidad social y políticas públicas*. Madrid: UNED.
- Pérez del Campo, A. (1995): *Una cuestión incomprendida. El maltrato a la mujer*. Madrid: Horas y horas.
- Romito, P. (2007): *Un silencio ensordecedor. La violencia ocultada contra mujeres y niños*. Barcelona: Montesinos.

- Ruiz-Jarabo, C. y Blanco, P. (2006): *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. Madrid: Díaz de Santos.
- Valls, C. (2008): *Mujeres invisibles*. Barcelona: Random House Mondadori.
- Velázquez, S. (2003): *Violencias cotidianas, violencia de género*. Buenos Aires: Paidós.

