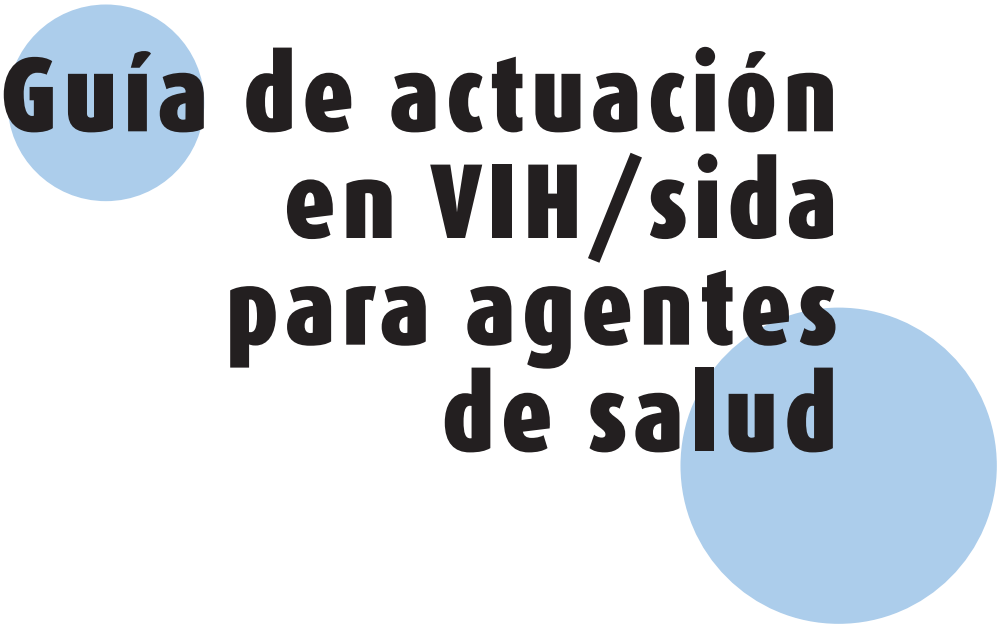




**Guía de actuación
en VIH/sida
para agentes
de salud**



La presente edición está subvencionada por el Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad y Consumo, y forma parte del programa GALIA de la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS)

Entidades colaboradoras

SM

ASDE (Federación de Asociaciones de Scouts de España)

CAMPAÑA SEXO CON SESO (PLATAFORMA JOVEN)

Dirección

Prof.ª Dra. María Sáinz Martín

Presidenta de la Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS).

Hospital Clínico San Carlos de Madrid

Dirección científica y desarrollo de contenidos

Lucía Mazarrasa, Romy Kaori

Equipo técnico asesor

Dra. Concha Colomo, Alfonso Antona, Rafaela Martín

Coordinación Programa GALIA

Antonio Merino, Marta Ampuero, Nieves Cáceres

Equipo técnico Programa GALIA

Laura Monsalve, M.ª Verónica Jimeno, Paula Cajide, Eva Tizón.

Coordinación editorial

Teresa Marcos

Edición

Carla Balzaretto

Diseño y maquetación

Estudio SM

© FUNDADEPS, 2011

© Ediciones SM, 2011

Impresores, 2 - Urbanización Prado del Espino

28660 Boadilla del Monte (Madrid)

www.grupo-sm.com

Queda prohibida su reproducción total o parcial y su venta.



El Programa GALIA: un modelo en la formación e intervención con jóvenes

Desde la **Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS)** siempre hemos concebido la salud como la mejor inversión de futuro, ya que nuestra manera de convivir, de alimentarnos, los estilos de vida, las conductas de riesgo, el medio ambiente condicionan nuestra existencia y nos afectan a todos y a todas por igual.

De ahí nuestro esfuerzo por difundir y fomentar el conocimiento de la prevención, favoreciendo una mayor y mejor información, estimulando la capacidad de transmisión de mensajes, así como la implantación y el desarrollo de programas de Promoción de la Salud y de Educación para la Salud que ofrecen un enorme potencial en materia de Salud Pública.

Tanto es así que en 1995, desde la **Asociación de Educación para la Salud (ADEPS)**, pusimos en marcha el Programa PAJEPS (Programa de Agentes Jóvenes en Educación para la Salud) con el fin de promocionar hábitos de vida saludables entre la población juvenil a través de la formación de jóvenes, líderes de asociaciones juveniles o con una potencialidad importante a la hora de contactar y verter sus conocimientos sobre colectivos juveniles y adolescentes.

Esta **idea-fuerza** que ha posibilitado la creación de la **Red Nacional de Agentes de Salud** de la que se han beneficiado más de 90.000 jóvenes y adolescentes de toda España, ha sido el germen del que ha surgido el **Programa GALIA**, un nuevo proyecto que pretende abordar la información, la formación y la intervención de los jóvenes en VIH/sida desde la gestión de los recursos, tanto humanos como técnicos, así como la investigación, la acción y el liderazgo de los jóvenes como protagonistas de su salud. Un nuevo enfoque en la formación-intervención de los agentes de salud con capacidad para transmitir sus conocimientos entre sus iguales e incrementando las fuentes y el acceso a la información de los jóvenes en VIH/sida.

El papel que desempeñan estos jóvenes es fundamental para enfrentarnos a esa realidad que entrañan no solo las enfermedades producidas por virus o bacterias, sino la lacra de las enfermedades sociales. Por eso es tan importante y tan necesario que todos y todas seamos capaces de actuar como verdaderos agentes de salud, ya sea desde la escuela o desde los centros educativos, desde las asociaciones y las organizaciones, desde las universidades y los escenarios sanitarios, desde las propias familias y las empresas... Porque la salud es un bien que no tiene precio, pero su coste social es enorme.

Prof.ª Dra. María Sáinz Martín

Presidenta FUNDADEPS
Hospital Clínico San Carlos

Cómo utilizar esta guía

Esta guía tiene como finalidad servir de apoyo para agentes de salud, educadores y educadoras en la prevención del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Permite adquirir y reforzar conocimientos adecuados y específicos para informar, instruir y asesorar en temas relacionados con el VIH/sida en entornos juveniles.

Presenta unas orientaciones teóricas básicas, siguiendo una secuencia lógica para facilitar el aprendizaje en aspectos preventivos alrededor del VIH/sida y otras ITS. Consta de nueve capítulos, de los cuales ocho presentan información y propuestas metodológicas para la prevención y el último capítulo está dedicado a aspectos de la educación y comunicación y desarrollo de algunos métodos educativos apropiados para trabajar con poblaciones jóvenes.

Cada capítulo tiene un soporte teórico y una ficha para guiar el desarrollo de cada sesión con otras fichas donde se proponen ejercicios que facilitan el aprendizaje. Se propone un orden lógico de consecución de la información y su desarrollo metodológico, si bien la presentación de la guía permite el tratamiento independiente de cada sesión de acuerdo a las necesidades del grupo con el que se esté trabajando.

En el **capítulo I** se explica por qué el VIH/sida es un problema de salud pública a escala mundial y también en España, así como los aspectos básicos de la infección. El **capítulo II** se dedica a la transmisión del VIH y a la situación específica en España, los factores de riesgo involucrados en la transmisión, y cómo no se transmite con el fin de saber convivir sin riesgo con personas infectadas sin estigmatizarlas. El **capítulo III** explica las medidas de prevención según los distintos mecanismos de transmisión. Como la vía de transmisión sexual tiene actualmente un protagonismo relevante en la infección, dedicamos el **capítulo IV** a conocer aspectos de la sexualidad humana que influyen en nuestras prácticas sexuales de forma que podamos mantener una sexualidad plena, sin prejuicios sexistas y sin exponernos a riesgos de infección. Para saber protegernos, en el **capítulo V** de forma muy práctica, haciendo hincapié en la utilización correcta del preservativo tanto masculino como femenino: hoy por hoy el mecanismo de protección por excelencia. El **capítulo VI** está dedicado a despejar las dudas en el caso de sospechar que tenemos la infección: ¿Qué hacer? ¿A dónde acudir? ¿Quiénes y cómo nos pueden ayudar? El **capítulo VII** nos informa de los tratamientos para el sida; afortunadamente vivimos en un país en que todas las personas infectadas tienen acceso a tratamientos que les permite vivir con esta enfermedad de una forma normalizada. El **capítulo VIII** está dedicado a otras infecciones de transmisión sexual que además de causar sufrimientos por ellas mismas también son “puerta de entrada” al VIH, por ello es fundamental saber protegerse y ante sospecha de infección ponerse en tratamiento inmediatamente. En el último capítulo se desarrollan aspectos metodológicos del proceso de enseñanza-aprendizaje, seleccionando aquellos más adecuados: la escucha, el trabajo grupal, aspectos prácticos para preparar sesiones educativas.

Finalmente queremos señalar que todas las acciones educativas que emprendamos para la prevención del VIH/sida tienen que desarrollarse en el **respeto** a las personas, chicas y chicos, jóvenes y mayores y poner siempre amor, comprensión y alegría, ingredientes esenciales para aprender y enseñar eficazmente. Y aunque estos ingredientes no son tangibles forman parte de todo el desarrollo de la guía.

Esperamos que esta “herramienta” de trabajo os sea útil y que vosotros y vosotras como agentes de salud, podáis encontrar en ella, un nuevo marco de actuación en vuestro trabajo diario.

¿Qué es el VIH/sida?

A. Situación actual en el mundo y en España

Actualmente una de las enfermedades más conocida en el mundo es el **sida** (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), y el virus que la produce es el **VIH** (virus de inmunodeficiencia humana). Aunque más adelante definiremos mejor estos términos, aquí haremos una breve explicación de cada uno de ellos.

Una vez que el VIH es introducido en el organismo, es capaz de destruir el sistema inmune (las defensas del organismo) de manera muy lenta y progresiva. Cuando este deja de funcionar, y si se dan unas determinadas circunstancias, el ser humano es muy susceptible a padecer varias infecciones oportunistas y cánceres, desarrollando la enfermedad del sida, que es el estadio más avanzado de la infección por VIH.

El primer caso de sida en el mundo se describió en Nueva York en el año 1981 y desde entonces su historia ha sido vertiginosa por varios motivos:

- su rápida expansión
- la gran mortalidad y alarma social que ha causado, y
- la rapidez de los avances médicos que la han acompañado.

¹ <http://www.sidastudi.org/resources/doc/110204-poblacion-general-4517571234401298779.pdf>

Según ONUSIDA (2009)¹, 130.000 personas viven con el VIH en nuestro país, de las cuáles se considera que un 30% desconocen su estado serológico.

Hasta 1997 la proporción de casos de sida en personas cuyo país de origen no era España estuvo por debajo del 3%. Pero a partir de 1998 esta cifra subió progresivamente hasta alcanzar el 31% en 2009. En este último año, el 45% de estas personas extranjeras procedía de Latinoamérica, y el 31% de países de África.

Desde el inicio de la epidemia en **España** se han notificado un total de 79.363 **casos de sida**.

A pesar del marcado descenso de la incidencia de sida en España desde la extensión de los nuevos tratamientos antirretrovirales, el nuestro sigue siendo uno de los países con mayor incidencia de sida en Europa Occidental.

En las décadas pasadas el grueso de las nuevas infecciones era consecuencia del uso compartido del material para inyección de drogas; actualmente la mayoría de infecciones se debe a relaciones sexuales no protegidas. Tras alcanzar su cénit a mediados de la década de los 90, el número de casos notificados de sida ha experimentado un progresivo declive, de forma que los notificados en 2009 suponen un descenso del 81,1% respecto a los notificados en 1996, año previo a la generalización de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (Gráfico 1).

Según las notificaciones recibidas hasta el 30 de junio de 2010 en el Registro Nacional de Casos de Sida², se estima, tras corregir por retraso en la notificación, que en 2009 se diagnosticaron en España 1.275 casos de sida.

Sin duda una de las mayores **consecuencias** de la pandemia del sida es el **sufrimiento humano**, un factor difícil de evaluar³. Hay casos en los que al conocerse que hay una persona con VIH, se la descalifica, discrimina y es objeto de muestras de hostilidad en los lugares donde vive y trabaja, particularmente si las personas con las que se relaciona no están debidamente informadas sobre el VIH. En consecuencia, esto hace que la persona con VIH se vea obligada a dejar el trabajo y a aislarse; en otros casos abandona su residencia habitual y trata de empezar de nuevo en un lugar donde nadie le conozca. También puede darse el caso en el que algunas personas con VIH, o que padecen enfermedades relacionadas con el sida, carezcan de oportunidades para conseguir trabajos dignos, situación que les obliga a aceptar cualquier tipo de empleo, aunque esté muy por debajo de sus capacidades, y de esta manera poder subsistir⁴.

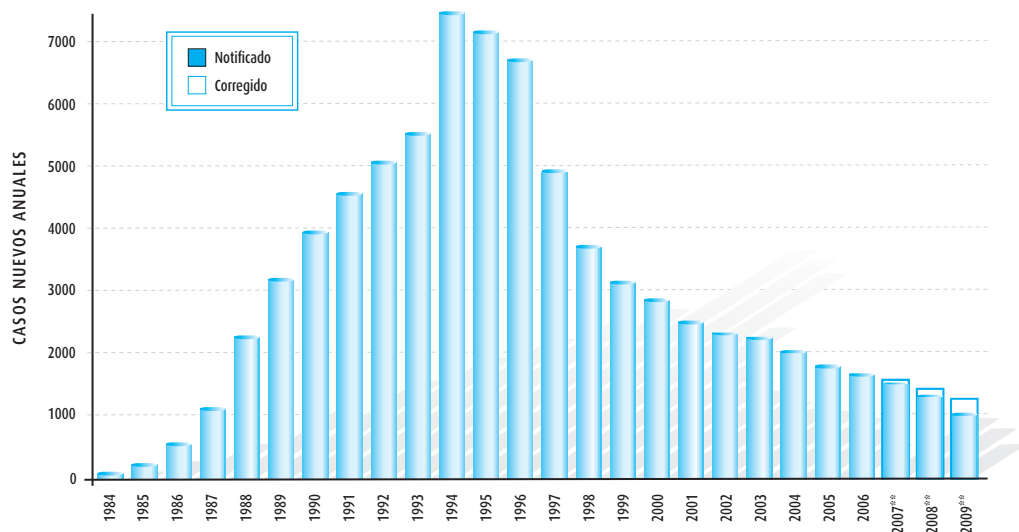
² http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/pdf/SPNS_Informe_semestral.pdf

³ www.sinsida.com/montador.php?tipo=consecuencias

⁴ <http://www.oit.org/public/english/protection/trav/aids/publ/threatdecentworksp.pdf>

Gráfico 1

**Incidencia anual de sida en España corregida por retraso en la notificación
Registro Nacional de Sida. Actualización a 30 de junio de 2010**



Además del sufrimiento humano, el sida produce **consecuencias económicas y demográficas** medibles. Según el PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), el sida es el principal problema de salud de la población mundial. Especialmente en el África subsahariana se evidencian algunas de estas consecuencias⁵:

- Pérdida de los ingresos en la familia, aumento de los gastos de atención médica, y búsqueda de otras fuentes de ingreso. El VIH/sida afecta de manera muy especial a las mujeres en los casos en que el varón, cabeza de familia, cae enfermo, y a menudo se infectan

⁵ www.sinsida.com/montador.php?tipo=consecuencias

ellas mismas. La pérdida de ingresos en la familia puede obligar a muchas mujeres y niños y niñas a buscar otras fuentes de ingresos, lo cual los expone a la explotación sexual.

- Las defunciones causadas por el sida han obligado a muchos adolescentes a asumir el papel de adultos; en otras ocasiones los adolescentes son cabezas de familia, crían niños y cuidan a sus padres que están muy enfermos o se ven forzados a abandonar el hogar y vivir en la calle.
- Los niños tienen que abandonar la escuela para cuidar a un padre, madre o pariente con VIH, pues no hay presupuesto familiar para la educación, la atención de la salud y otras necesidades.
- La expansión del virus limita la fuerza de trabajo y altera el progreso económico de las naciones más afectadas, según un informe del año 2000 elaborado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Con una estimación 5,6 millones de personas viven con VIH en 2009, la epidemia de Sudáfrica sigue siendo el más grande del mundo.⁶

⁶ http://www.unaids.org/documents/20101123_epislides_core_en.pdf

Actualmente, y en un país como **España**, un diagnóstico de infección por VIH o de sida ya no significa que la persona se convierta en un marginado o que vaya a morir por esta causa en poco tiempo, como lo era al principio de la epidemia. La mayoría de las personas con VIH llevan vidas normales, trabajan, estudian o realizan sus actividades con pocas limitaciones, sobre todo si el diagnóstico se ha hecho antes de que la infección haya progresado a etapas tardías.

Por otro lado, las personas con VIH tienen una serie de recursos disponibles para el manejo de su situación. En el capítulo VII de esta guía se tratan contenidos específicos que amplían estos aspectos.

B. Conociendo al VIH

El VIH

VIH son las iniciales del virus de la inmunodeficiencia humana, un tipo especial de virus llamados retrovirus o virus lentos, que infecta a la especie humana y que altera las defensas de nuestro organismo al destruir las células de nuestra sangre (linfocitos). El código genético del virus se integra en una variedad concreta de linfocitos, que recibe el nombre de CD4, e inicia un proceso de replicación o multiplicación y de destrucción de esos linfocitos.

Una persona infectada que, por tanto, tiene anticuerpos VIH (VIH+) puede, si se dan unas determinadas circunstancias, desarrollar la enfermedad del sida.

CARACTERÍSTICAS DEL VIH

Se trata de un virus lento, porque una vez que ha penetrado en el organismo, los síntomas de las enfermedades que causa aparecen bastante tiempo después (varios años). Como dijimos anteriormente, infecta a los seres humanos, de ahí lo de la *H* de las siglas del VIH⁷. Solo puede sobrevivir y multiplicarse mientras está dentro de una célula viva; por tanto, no dura mucho tiempo en el ambiente y muere con facilidad al secarse o mediante desinfectantes comunes (agua con lejía).

⁷ SERRANO, I.: *Sexo con sentido*. Edit. Síntesis S.A., Madrid, 2007, pág. 180.

FLUIDOS HUMANOS INFECTADOS CON MAYOR CONCENTRACIÓN DE VIH

Los fluidos humanos en los que está más concentrado el virus, y que son los únicos capaces de transmitirlos de una persona infectada a otra que no lo está, solo son cuatro: la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna.

Más adelante, en el capítulo II, abordamos específicamente los mecanismos de transmisión de la infección de estos fluidos humanos.

El contacto entre cualquiera de estos últimos fluidos infectados y la sangre o mucosas de una persona que no tiene el VIH (VIH-), es suficiente para que el virus pueda pasar de una persona infectada a otra que no lo está.

Los demás fluidos, como el sudor o la saliva, no tienen capacidad de transmitir el VIH de una persona a otra, pues la concentración del virus es muy pequeña.

C. Los efectos del VIH en el organismo

El VIH va destruyendo progresivamente las células de defensa del organismo, sin producir síntomas por sí mismo. Cuando estas células llegan a niveles muy bajos, son incapaces de defender a la persona de otros microorganismos, que aprovechan la oportunidad para producir enfermedades infecciosas a las que llamamos enfermedades oportunistas.

Una vez que el virus entra en el cuerpo y se produce la infección por el VIH, el organismo sigue un proceso lento de deterioro de su capacidad inmunitaria, durante el cual se atraviesan varias fases⁸:

- **Infección primaria**

En esta fase el virus se disemina e invade muchos tejidos y órganos. Más o menos a las dos semanas de haberse infectado, algunas personas (no todas) sufren lo que se llama infección aguda, que se parece a cualquier otra enfermedad viral, con manifestaciones inespecíficas como fiebre, dolor de garganta, ganglios inflamados, etc. En otras personas no aparecen estos síntomas, pero en todas, a los 10-20 días de haberse infectado, se puede detectar el virus en la sangre.

- **Intermedia o crónica**

Corresponde a los primeros años después de que la persona adquiere la infección por VIH. Suele durar entre 10 y 12 años, aunque puede ser muy variable, dependiendo de las características de la persona y del virus. En esta fase los pacientes no suelen presentar síntomas que hagan sospechar que están infectados por el virus.

- **Sida**

Cuando el organismo ya no puede defenderse y aparecen las enfermedades oportunistas, se diagnostica la fase llamada sida: **síndrome de inmunodeficiencia adquirida**, que no es otra cosa que la consecuencia de la infección crónica por el VIH.

Se dice que una persona tiene sida cuando tiene una infección por el VIH y algunas de las enfermedades graves que la definen, que pueden ser infecciones, tumores, o enfermedades neurológicas.

Es necesario saber que en todas las etapas la persona infectada puede transmitir el VIH a sus contactos sexuales.

⁸ Manual para formación de educadores de iguales en la prevención de la infección del VIH/sida con población inmigrante.

Escuela Nacional de Sanidad.
Instituto de Salud Carlos III.
Madrid 2003. Sesión 3.

D. Vulnerabilidad de las mujeres al VIH

Al principio de la epidemia se pensaba que el sida afectaba fundamentalmente a los hombres; sin embargo, se ha demostrado que las mujeres son las más vulnerables a la infección. Según estudios realizados en varias poblaciones africanas, las chicas entre 15-19 años de edad están entre cinco y seis veces más expuestas a infectarse con el VIH que los chicos de su edad. Una serie de factores de riesgo relacionados con el género aumentan la exposición de las mujeres al VIH y a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y menoscaban su capacidad de protegerse de la infección⁹. La vulnerabilidad se debe a varios factores¹⁰:

- **Biológicos**

La mucosa vaginal tiene una mayor permeabilidad y una serie de particularidades celulares, a las que se suma que durante las relaciones heterosexuales, la mucosa vaginal permanece mucho más tiempo en contacto con el semen de lo que permanece el pene en contacto con las secreciones vaginales, multiplicando la posibilidad de que un hombre infecte a una mujer, en comparación con la vía contraria. Además, las mujeres muy jóvenes tienen una mucosa vaginal especialmente inmadura e incapaz de defenderse de las agresiones, con lo que las niñas y las adolescentes tienen una vulnerabilidad añadida debido a este factor.

Además de las afecciones vaginales, frecuentes en las mujeres, el uso de dispositivos intrauterinos (DIU) para evitar los embarazos, en algunos casos, produce inflamaciones crónicas del cuello uterino y es nuevamente otro factor asociado de riesgo para la infección.

Al contrario que los hombres, muchas mujeres no presentan síntomas de muchas ITS, lo cual abre la puerta a la infección por VIH.

Otro factor de riesgo que hay que considerar son las lesiones en la zona anal, debido a la cada vez más frecuente práctica de sexo anal entre las chicas jóvenes para evitar embarazos no deseados o preservar la virginidad.

- **Sociales, económicos y educacionales**

En la mayoría de los entornos, las mujeres tienen menos oportunidades socioeconómicas y educacionales respecto de los hombres, lo cual no solo las coloca en un plano inferior, sino que puede fomentar en muchos aspectos la dependencia de su pareja masculina.

El comportamiento de los varones expone a las mujeres al riesgo de infección, no solo por la mayor eficacia en la transmisión, sino también por el mayor número de parejas sexuales que, con frecuencia, tienen los hombres en comparación con las mujeres. Es más probable que un hombre con VIH contagie el virus a un mayor número de personas, hombres o mujeres, a lo largo de su vida que una mujer infectada.

La mayoría de las mujeres del mundo tiene un menor poder económico, el 70% de las personas extremadamente pobres son mujeres. También tienen un menor nivel educativo, representando las 2/3 partes de la población analfabeta.

Asimismo, la mayoría de las mujeres del mundo presenta una posición de subordinación permanente y un limitado poder de decisión, lo cual las expone al maltrato y al abuso, fundamentalmente sexual. El informe de las Naciones Unidas *El estado de la población mundial 2000*, señala que al menos 1 de cada 3 mujeres en el mundo ha sido golpeada, obligada a mantener relaciones sexuales, o ha padecido algún tipo de abuso. Dos millones de niñas de 5 a 15 años son introducidas cada año en el comercio sexual; unas son forzadas a mantener

⁹ <http://www.oit.org/public/english/protection/trav/aids/publ/threatdecentworksp.pdf>

¹⁰ COLOMO, C.: "Infecciones de transmisión sexual y SIDA", en MAZARRASA, et ál.: *Salud pública y enfermería comunitaria*, Edit. McGraw-Hill. Interamericana. 2.ª ed., 2003.

relaciones sexuales inseguras y tempranas, y otras son obligadas a casarse siendo aún niñas. El mismo informe señala que las violaciones y las agresiones sexuales van en aumento, y esto ocurre incluso en el matrimonio, ocultándose en la mayoría de los casos.

En muchos países y culturas del mundo los hombres ostentan el poder económico y social y con frecuencia deciden cuándo, dónde, con quién y cómo quieren mantener una relación sexual, sin tener en cuenta las necesidades ni los deseos de la otra persona.

Las mujeres que son parejas de hombres con VIH/sida, o con alto riesgo de contraer la infección (promiscuos, polígamos, etc.) dependen de la voluntad de estos para usar el preservativo. Si un hombre quiere protegerse solo tiene que ponerse un condón, pero si una mujer quiere protegerse y el hombre se opone, antes de intentar convencerle, obligarle o negarse a tener relaciones, debe primero vencer su propia resistencia interna.

La educación recibida de complacencia y sometimiento al marido o pareja, el miedo al maltrato, a la violencia o al rechazo, o incluso el hecho de considerarlo como una demostración de amor o entrega, la exponen constantemente a la infección por VIH.

La mayoría de casos de violencia relacionados con el género las tienen a ellas como víctimas incluyendo el abuso sexual, la prostitución forzada, el intercambio de sexo por alimentos, protección o drogas, etc.

Además, la influencia de factores como las diferentes expectativas respecto de su papel en la vida sexual, el matrimonio o la idea del amor romántico, hace a las chicas más vulnerables, lo que provoca una disminución en la percepción del riesgo.

- **Acceso a servicios sanitarios**

Cuando hablamos de acceso a los servicios de salud es inevitable referirse a las barreras con las que se encuentra la mujer a la hora de acudir a ellos por algún problema médico; restricciones que limitan las posibilidades de educación sanitaria propias del acto médico, así como el diagnóstico precoz y el tratamiento de las ITS y de otras afecciones.

La primera consideración a tener en cuenta es que la mujer, en general, suele priorizar otras actividades debido a las múltiples funciones que desempeña, como el cuidado de personas que están a su cargo o su trabajo, etc., frente al cuidado de su salud. En algunas ocasiones, la falta de recursos económicos para afrontar determinados tratamientos puede limitar la continuidad de la atención sanitaria.

Otro aspecto importante es el funcionamiento del sistema sanitario. Los horarios restringidos de consulta, el sistema de citas, la elección de médico, la falta de especialización de los profesionales en aspectos relacionados con la sexualidad o el desconocimiento de los mecanismos burocráticos pueden constituir limitaciones importantes para recurrir a la atención sanitaria.

¿Cómo se transmite el VIH?

A. Fluidos humanos infectados capaces de transmitir el VIH

Pese a que existen muchas leyendas sobre las diferentes formas de transmitir la infección, hoy día se conocen, sin ningún género de duda, las vías posibles. Para que se produzca la transmisión del virus se requiere que haya contacto entre una persona infectada (VIH+) y una que no lo está (VIH-). Este contacto tiene que darse entre el fluido capaz de transmitir el virus y la sangre o mucosas de la persona no infectada.

Los fluidos capaces de transmitir el VIH son solo cuatro: la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna¹¹.

- **La sangre:** Una de las formas más comunes de transmisión es al compartir utensilios de inyección, sobre todo si hay contacto en vena. Por eso muchas de las personas que se han infectado en nuestro país lo han hecho por haber consumido drogas por vía intravenosa, compartiendo agujas previamente usadas por personas ya infectadas. Otros elementos como cuchillas de afeitar, maquinillas, cepillos de dientes, materiales de depilación o instrumentos de tatuaje o *piercing* pueden ser fuente de infección.
- **El semen:** En la eyaculación se expulsa líquido seminal o semen y espermatozoides. En el líquido seminal, donde hay linfocitos CD4 (células de defensa donde se integra el virus), pueden llegar a haber de 10 a 15 partículas infectadas por cada mililitro (el volumen de semen en cada eyaculación suele ser de 2,5 a 5 mililitros¹²).
- **Las secreciones vaginales:** Al igual que sucede con el líquido seminal, las secreciones que de manera constante y continua se producen en la vagina tienen, aunque en menor proporción, este tipo de linfocitos y, por tanto, pueden contener el virus.
- **La leche materna:** Es reconocido desde hace años que la leche materna de una mujer con VIH puede contener partículas víricas y pasar por esta vía al lactante.

Hay que tener en cuenta que la posibilidad de infectarse tras un contacto depende de otros factores como el nivel de defensas del organismo o el estado de las mucosas que se ponen en contacto con la fuente de infección.

¹¹ SERRANO, I.: *Sexo con sentido*, Madrid, Edit. Síntesis S. A., 2007, págs. 182-3.

¹² TÓRTORA, J., y GRABOWSKI, S.: *Principios de anatomía y fisiología*, Edit. Oxford, 9.ª edición, 2002, pág. 997.

B. Mecanismos de transmisión

Aunque no por ello debemos disminuir nuestra atención, es necesario reconocer que el VIH es un virus poco resistente fuera del organismo, lo que quiere decir que si no se encuentra dentro de una célula viva, su supervivencia es muy baja. Esto justifica el gran peso que en su transmisión ejerce el tipo de conductas que tengamos, ya que se requiere de una intimidad importante con los fluidos humanos mencionados anteriormente.

Los principales mecanismos de transmisión¹³ son:

- **Sexo no protegido (transmisión sexual)**

Las relaciones sexuales con penetración, ya sea vaginal, anal, oral, etc., y sin protección con una persona con VIH, tanto entre chicos como entre chicos y chicas, es uno de los principales mecanismos de transmisión de la infección, o lo que es lo mismo, el contacto del semen o secreciones vaginales con las mucosas de las distintas cavidades.

Durante las relaciones sexuales, en las mucosas de la vagina, del ano o pene se pueden producir pequeñas lesiones, muchas de ellas imperceptibles, y estas pequeñas lesiones favorecen el paso del virus de una persona a otra.

Las prácticas sexuales que conllevan mayor riesgo de infección son la penetración anal y la vaginal sin condón o preservativo. La mucosa anal es más frágil que la vaginal, lo cual favorece la aparición de lesiones traumáticas. Respecto a las relaciones sexuales por vía oral y sin preservativo, aunque en menor medida, también implican riesgo y este es mayor si se deposita el semen en la boca de la persona no infectada con VIH y si esta última tiene lesiones en la boca. Entre los factores que potencian el riesgo de infección se encuentran:

- Coexistencia con otras infecciones de transmisión sexual (ITS) o lesiones genitales, en cualquier miembro de la pareja.
- Todas las prácticas sexuales que favorezcan las lesiones y las irritaciones.
- El riesgo de adquirir la infección por el VIH es mayor en el sentido mujer-hombre que en el contrario, hombre-mujer, debido a factores biológicos, además de otros, como hemos visto en el capítulo I, apartado D.
- Existencia de lesiones en el útero de la mujer, mantenimiento de relaciones sexuales durante la menstruación y el embarazo (porque hay edema y mayor vascularidad en la vulva así como flexibilidad y vascularidad vaginal incrementadas¹⁴) y sangrado durante las relaciones sexuales.
- Cuanto más avanzada esté la infección en una persona, más aumenta el riesgo de que infecte a otra.
- Cuantas más relaciones sexuales se tengan, más riesgo de infección existe, pero es muy importante tener en cuenta que una sola relación sexual con penetración sin protección puede ser suficiente para infectarse.

- **Por vía parenteral o sanguínea**

La sangre, al contener elevadas concentraciones del virus, constituye un vehículo de gran efectividad para transmitir el VIH de una persona infectada a otra que no lo está.

¹³ Manual para la formación de educadores de iguales en la prevención de la infección del VIH/sida con población inmigrante, Madrid, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, 2003, sesión 3.

¹⁴ TÓRTORA, J., y GRABOWSKI, S.: *Principios de anatomía y fisiología*, Edit. Oxford, 9.ª edición, 2002, pág. 1049.

Como se dijo anteriormente, el compartir material que pueda estar impregnado o manchado con sangre infectada, puede transmitir el virus de una persona a otra. Así es en el caso de compartir jeringuillas o agujas, pero también puede darse al compartir cuchillas de afeitarse o de depilar, cepillo de dientes o materiales para perforar o hacer tatuajes.

El uso compartido de material de inyección (jeringuillas o agujas) por personas que se inyectan droga por vía parenteral o intravenosa es una forma importante de transmisión en muchos países tanto industrializados como en desarrollo.

Por otro lado, la recepción de transfusiones de sangre o el trasplante de órganos de donantes no controlados sanitariamente son vías altamente efectivas para adquirir la infección. Al principio de la epidemia, hubo casos de infección en pacientes que recibieron transfusiones o productos derivados de la sangre para el tratamiento de enfermedades como la hemofilia. En la actualidad, esto no sucede gracias a los estrictos controles a los que se someten estos productos.

- **De madre a hijo o hija (transmisión vertical)**

Una mujer con VIH puede transmitir a su hijo o hija la infección en tres momentos:

- Durante el embarazo, especialmente en los últimos meses.
- Durante el parto.
- Después del parto, por la lactancia materna.

Es necesario que cualquier mujer embarazada, o cualquier pareja que desee tener un hijo, o que espere un hijo y crea haber podido estar en contacto con el VIH en los últimos años, pidan asesoramiento médico y realicen la prueba del VIH, ya que un diagnóstico oportuno permite evitar la transmisión del virus al feto o al recién nacido.

Dependiendo del caso, su ginecólogo o ginecóloga le recomendará la necesidad de practicar una cesárea y/o la eliminación de la lactancia materna. En caso de infección por VIH, la mujer puede decidir interrumpir voluntariamente su embarazo¹⁵.

¹⁵ Ley Orgánica. 9/1985, de 5 de julio. BOE 12 junio 1985.

- **Formas poco frecuentes de transmisión**

Ocasionalmente se han producido infecciones por VIH debido a accidentes laborales en personal sanitario, aunque en la actualidad es muy raro ya que si se da tratamiento preventivo inmediatamente después del accidente, pueden prevenirse la mayoría de las infecciones.

C. Situación de la transmisión del VIH en España

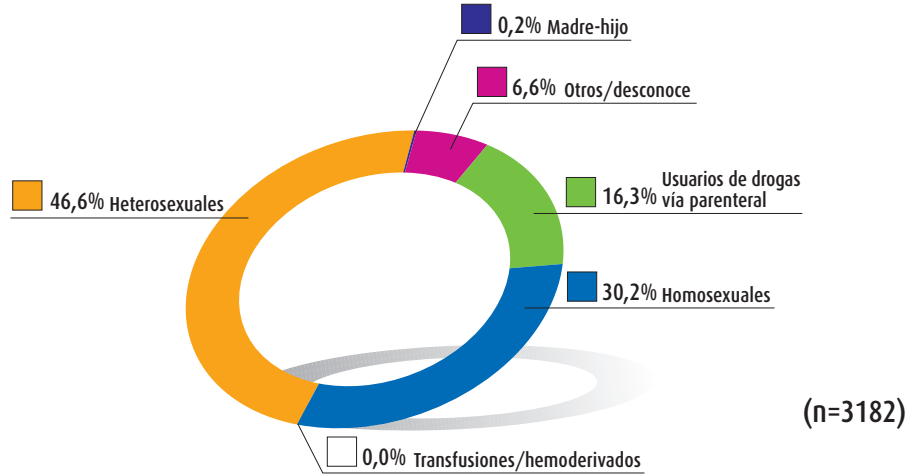
Según el informe sobre vigilancia epidemiológica del VIH en España¹⁶, la transmisión del VIH ha disminuido notablemente en nuestro país hasta situarse en niveles similares a los de Francia, Italia y otros países de la Unión Europea. No cabe duda de que la situación ha mejorado respecto a la década de los noventa, cuando España presentaba las tasas de sida más altas de Europa.

Se ha producido un cambio en los patrones epidemiológicos. Mientras que, en las décadas pasadas, el grueso de las nuevas infecciones era consecuencia del uso compartido de material para la inyección de drogas, actualmente la mayoría se deben a relaciones sexuales no protegidas (gráfico 1).

¹⁶ Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos del VIH en España a partir de los sistemas de notificación de los casos de la CCAA. Actualización 2006. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional del Sida.

Gráfico 1

Nuevos diagnósticos de VIH. Categoría de transmisión. España. Datos de 8 CC. AA. Período 2003-2005

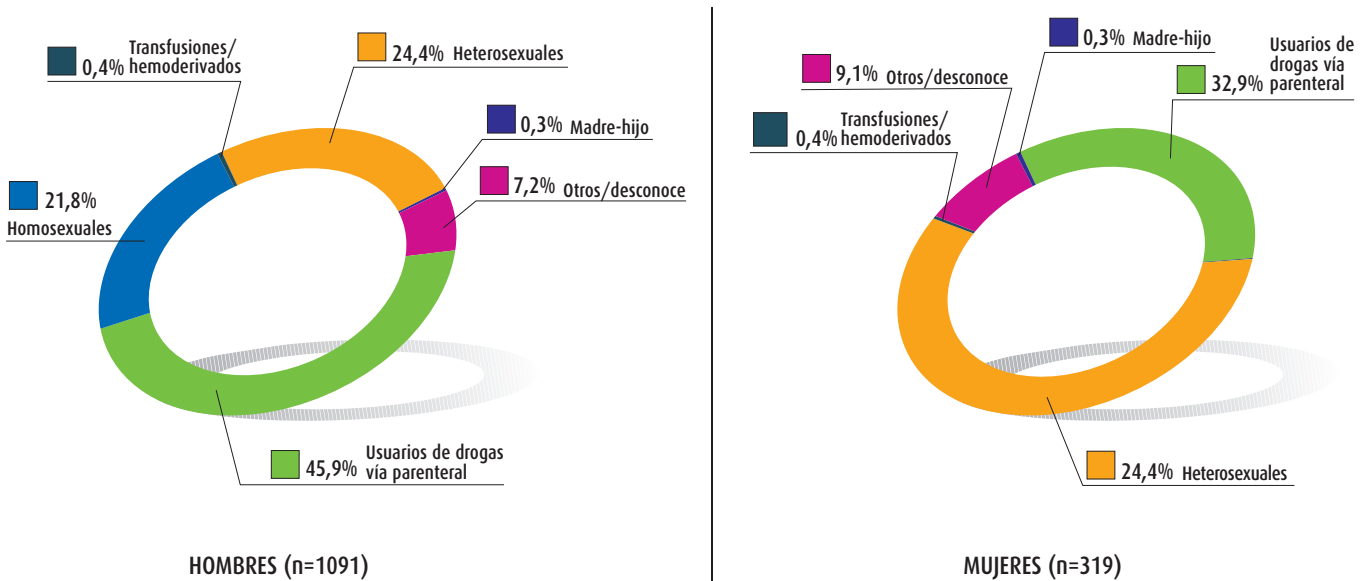


¹⁷ Vigilancia epidemiológica del sida en España. Registro Nacional de casos de sida. Actualización de 31 de diciembre de 2006. Informe semestral n.º 2, año 2006. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo.

En cuanto al **sida**, según el informe de vigilancia epidemiológica del sida en **España**¹⁷, el 43% de las personas que han desarrollado el sida en 2006 contrajo la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas, lo que afectó al 45,9% de los hombres y al 32,9% de las mujeres. Las personas que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales no protegidas ascienden al 31,9% de los casos y, en números absolutos, continúan siendo más en hombres que en mujeres. Sin embargo proporcionalmente, entre las mujeres esta categoría adquiere especial relevancia, pues representa el 57,7% de los diagnósticos de sida notificados en 2006. La tercera vía de transmisión más frecuente han sido las relaciones homosexuales entre hombres, que supone el 16,9% de todos los casos, y representa el 21,8% de los casos que afecta a los hombres (gráfico 2).

Gráfico 2

Casos de sida diagnosticados en España 2006. Distribución de categorías por sexo. Registro Nacional de sida. Actualización a 30 de junio 2007



D. Cómo afecta a la gente joven

Se sabe que la población juvenil presenta una mayor vulnerabilidad a adquirir la infección por VIH y otras ITS, no solo por los factores biológicos propios de una etapa en crecimiento (inmadurez de las mucosas genitales), sino especialmente (en relaciones heterosexuales como homosexuales) por los comportamientos que les son habituales, por los estilos de vida y las actitudes ante la sexualidad¹⁸.

Se ha demostrado que con frecuencia los y las jóvenes y, a veces también, los y las no tan jóvenes¹⁹:

- No perciben con suficiente claridad las situaciones de riesgo, viendo la posibilidad de infectarse como algo muy lejano.
- Valoran especialmente la sexualidad con fin en el coito vaginal, quitando el valor a la sexualidad no coital.
- No tienen suficiente habilidad para negociar con la pareja la realización de prácticas sexuales seguras.
- Consideran que el uso de medidas preventivas conlleva una disminución en el placer.
- La inmediatez de las relaciones sexuales y el frecuente cambio de pareja presentan más dificultades para reconocer ante el compañero o compañera posibles antecedentes de prácticas de riesgo.
- Tienen dificultades, por diversos motivos, para acceder a los servicios sanitarios que ofrecen información y asistencia.

¹⁸ COLOMO, C.: "Infecciones de transmisión sexual y sida", en MAZARRASA, et ál.: *Salud pública y enfermería comunitaria*, Edit. McGraw-Hill, Interamericana, 2.ª ed., 2003.

¹⁹ SERRANO, I.: *Sexo con sentido*, Madrid, Edit. Síntesis S. A., 2007, págs. 184-6.

E. Prácticas de riesgo

El riesgo se define como la probabilidad de que una persona pueda infectarse con el VIH. Como hemos visto en el apartado anterior, determinados tipos de comportamiento crean, aumentan y perpetúan este riesgo.

Sabemos que si el VIH no se encuentra dentro de una célula viva, su supervivencia es muy corta, de modo que el tipo de conductas que tengamos va a ejercer un gran peso en la transmisión. Para que haya transmisión se requiere de una intimidad importante con los fluidos humanos infectados de una persona con el VIH. Por tanto, las prácticas de riesgo son:

- **Sexo no protegido (transmisión sexual)**

La transmisión sexual se da por el **no uso del preservativo** o condón en las relaciones sexuales con penetración, tanto en relaciones homosexuales (gais) como en las relaciones heterosexuales (entre chico y chica).

Aunque la transmisión del VIH por todas las vías ha descendido drásticamente en los últimos años, la llamada vía heterosexual va proporcionalmente en aumento, habiéndose demostrado que afecta más a las mujeres y especialmente si son mujeres jóvenes o adolescentes. Hoy es posible conocer el riesgo según la práctica sexual realizada, pero se debe tener en cuenta que esa información de estudios científicos se basa en un conjunto de casos y no en un caso individual. Aun con prácticas de muy bajo riesgo o en un único coito no protegido se puede adquirir la infección, ya que depende también de las características individuales y de las defensas de cada persona.

A la hora de valorar el riesgo hay que distinguir dos situaciones:

- Cuando se mantienen relaciones sexuales con penetración con una persona, de la que se sabe previamente que tiene infección por VIH.
- Cuando se mantienen relaciones, aunque sea una única vez, con una persona de la que no conocemos si está infectada o no con el VIH. Esta situación puede darse cuando se mantienen relaciones con penetración con una persona que acabamos de conocer o en el caso de que se produzca una agresión sexual.

De inmediato surgen las dudas y los miedos por la posibilidad de haberse infectado con el VIH, aunque afortunadamente hoy sabemos mucho más sobre el riesgo teórico de infección según la actividad sexual practicada (cuadro 1)²⁰.

²⁰ SERRANO, I.: *Sexo con sentido*, Madrid, Edit. Síntesis S. A., 2007, pág. 187.

Cuadro 1 Riesgos ordenados según el tipo de actividad practicada con una persona con VIH

1. Recepción (se refiere a la persona que recibe la penetración) anal con eyaculación, sin usar preservativo o con rotura o deslizamiento del mismo.
2. Recepción vaginal con eyaculación en las mismas circunstancias anteriores.
3. Recepción anal sin eyaculación.
4. Recepción vaginal sin eyaculación.
5. Penetración anal sin usar preservativo o con rotura o deslizamiento del mismo.
6. Penetración vaginal en las mismas circunstancias anteriores.
7. Felación (estimulación del pene mediante los labios o la boca) con eyaculación en la boca.

En las prácticas que ponen en contacto la boca con los genitales, el riesgo se incrementa cuando se ingieren las secreciones, se mantienen en la boca o si existen lesiones en la mucosa oral. Por eso existen algunas prácticas en las que el riesgo no puede determinarse con tanta claridad, lo cual nos introduce en el grupo de **prácticas de riesgo dudoso**. Estas son:

- Felación (contacto entre el pene y los labios o la boca) sin eyaculación.
- Cunnilingus (contacto vagina-lengua) sin barrera.
- "Beso negro" (contacto ano-lengua) sin barrera.

• Drogas inyectables

El consumo de drogas inyectadas, y más aún asociado al abuso del alcohol, trae consigo mayores riesgos de infección por VIH, al menos por dos razones. En primer lugar, el compartir agujas o jeringas y otro material utilizado para la inyección de drogas en un grupo en que una o más personas están infectadas con el VIH, aumenta mucho el riesgo de transmisión por vía parenteral o sanguínea. En segundo lugar, los efectos de las sustancias alcohólicas y estimulantes (ya sean inyectadas o ingeridas), pueden reducir de modo significativo la resistencia a adoptar un comportamiento de alto riesgo²¹. La prevención del abuso de sustancias equivale así a la prevención del VIH/sida.

²¹ <http://www.oit.org/public/english/protection/trav/aids/publ/threatdecentworksp.pdf>.

F. Cómo NO se transmite

El miedo a la enfermedad del sida y la falta de conocimientos que hubo al principio de la epidemia dieron lugar a informaciones poco claras acerca de las vías de transmisión del VIH que, hoy día, están perfectamente definidas.

Tan importante es saber cómo se transmite el VIH (sexo no protegido, vía parenteral o sanguínea, de madre a hijo/a) como saber de qué forma no se transmite, para evitar actitudes y prácticas irracionales, basadas en la ignorancia.

Prácticas sexuales sin riesgo:

- Abrazos, besos y caricias.
- Masturbación mutua.
- Contacto ano-lengua ("beso negro") con protección (método de barrera).
- Contacto vagina-lengua (cunnilingus) con protección (método de barrera).
- Felación con preservativo.
- Penetración vaginal con preservativo.
- Penetración anal con preservativo.
- Sea cual sea la práctica sexual entre dos personas que no tienen el VIH, si ambos son mutuamente fieles y no consumen drogas inyectadas.

Además de las vistas anteriormente:

- Trabajar con una persona con VIH o asistir al mismo lugar o colegio.
- Compartir comida, bebida, cubiertos, aseos, duchas, baño, gimnasios, piscina, ropa, zapatos u otros elementos de la vida cotidiana (no sexuales).
- Dormir en la misma cama (sin relaciones sexuales con penetración).
- Donar sangre o realizarse análisis dentro del sistema sanitario.
- Lavar la ropa a otra persona.
- Beber en una fuente de agua pública.
- Manipular dinero.
- Contacto con algún animal o picaduras de mosquitos u otros insectos.
- En el apretón de manos, al abrir puertas.
- En hospitales o visitas al médico.
- En reuniones de amigos y/o amigas.
- En salas de espectáculos.
- En teléfonos públicos.
- En transporte público o taxi.

¿Cómo prevenir la infección por el VIH?

A. Algunas consideraciones sobre la situación de la infección

²² SERRANO, I.: *Sexo con sentido*, Madrid, Edit. Síntesis S. A., 2007, págs. 188-9.

Al hablar de medidas de prevención es necesario tener en cuenta que²²:

- La mayoría de las personas infectadas por VIH son varones, aunque el número de mujeres infectadas va aumentando progresivamente.
- Aproximadamente, la mitad de las mujeres con sida se contagió por mantener relaciones sexuales sin preservativo.
- El número de personas infectadas por VIH es muy superior al número de personas diagnosticadas de sida.
- Diversos estudios señalan que aproximadamente 3 de cada 1000 habitantes están infectados por VIH.
- Se calcula que aproximadamente una cuarta parte de las personas que se han infectado por el VIH no lo sabe.

B. Cómo prevenir la infección

La herramienta más eficaz que existe contra la infección por VIH y el sida es la prevención. Para hablar de prevención, lo primero es tener conciencia de que el VIH existe, de que es un riesgo real para toda la población y que no depende de que pertenezcamos o no a un determinado grupo de población (drogadictos, homosexuales, gente que "lleva otro tipo de vida", etc.).

Las conductas que exponen a las personas a estar en riesgo de contraer la infección por el VIH no son específicas de cierto grupo de personas, sino que dependen de nuestras propias prácticas de prevención. Por ello, la prevención debe desarrollarse en un ambiente de solidaridad, tolerancia y respeto a los derechos humanos independientemente de las creencias, orientaciones sexuales o actitudes ante la vida.

Hay una gran cantidad de opciones para la prevención, ya que las medidas pueden ser distintas para unas personas u otras o para momentos diferentes de nuestra vida; opciones que tienen la finalidad de protegernos y proteger a los demás. Como hemos visto en el capítulo anterior, la transmisión del VIH puede darse, principalmente, a través del sexo no protegido (transmisión sexual), por vía parenteral o sanguínea y de madre a hijo (transmisión vertical). En este apartado desarrollaremos con mayor profundidad las medidas preventivas referidas a estas vías de transmisión.

• Prevención de la transmisión sexual

La sexualidad es inherente a todos los seres humanos; por tanto, es fundamental tener conciencia del riesgo de infección por VIH y no apartar el problema o negarlo.

La abstinencia total es, obviamente, el método más eficaz para no infectarse; sin embargo, en realidad son pocas las personas que adoptan esta medida de prevención durante largos períodos de su vida o para siempre.

Si pensamos en las formas en que se transmite, se puede evitar la infección por VIH teniendo en cuenta las siguientes normas²³:

- Teniendo una única pareja sexual, siempre que se tenga la certeza de que ambos miembros de la pareja no tienen la infección y que ninguno de los dos mantiene relaciones sexuales con penetración con otras personas, ni consume drogas.
- Para las personas sin una única pareja sexual, con las condiciones anteriormente descritas, y que optan por mantener relaciones heterosexuales (chico y chica) u homosexuales (gais), con penetración (vaginal, anal, oral), y de quien desconozcamos si está infectada o no con el VIH, la **única medida de prevención** posible y eficaz es la **utilización siempre y de manera correcta del preservativo** masculino o femenino, como barrera en cada una de las relaciones con penetración que se mantengan.

En el capítulo V de esta guía desarrollaremos el taller “Protección ante el VIH/sida: uso del preservativo”, en el que daremos pautas para su correcto uso. Con los conocimientos que hemos adquirido hasta ahora, estamos en condiciones de desechar algunas ideas falsas, o no suficientes, que tienen algunas personas sobre la prevención de la transmisión del VIH por vía sexual, entre las que se encuentran:

- Lavarse después de las relaciones sexuales.
- Usar óvulos o cremas espermicidas.
- Hacerse la prueba del sida con frecuencia.
- Tener “pocas” parejas.
- Elegir “bien” a la pareja, teniendo en cuenta aspectos subjetivos.

Aunque a simple vista parece muy claro y sencillo decir que ¡hay que usar el preservativo!, no olvidemos que pese a que las mujeres son las que más se infectan por vía heterosexual, la barrera más eficaz que se conoce, el preservativo masculino, lo maneja principalmente el chico, y que el preservativo femenino se utiliza muy poco.

• Recomendaciones

a. Para jóvenes que nunca han realizado prácticas sexuales de riesgo:

- Hablar con confianza de esta infección y sus consecuencias. Pensar que cualquier persona, independientemente de su imagen o posición, puede estar en riesgo de infección.
- Usar las medidas de prevención para el VIH y embarazo más fiables.

²³ Manual para la formación de educadores de iguales en la prevención de la infección del VIH/sida con población inmigrante, Madrid, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, 2003, sesión 3.

- Valorar el estar tranquilos cuando se mantienen relaciones sexuales. Recordar que cuando se tiene miedo, se disfruta menos.
- De haber mantenido anteriormente relaciones sexuales con penetración, identificar si hubo alguna posibilidad de riesgo, por remota que sea.
- Cuando existe un rechazo a priori del uso del preservativo, incluir su uso como un juego placentero y excitante, y como muestra de interés y cariño mutuo.

b. Para jóvenes que no tienen el VIH que mantienen relaciones sexuales con penetración con una persona con VIH:

- Ser capaces de negociar el uso del preservativo siempre y de manera correcta en todas las relaciones sexuales con penetración, además de las medidas citadas anteriormente. Sin protección, no debe haber sexo.
- No olvidar nunca que es mucho más fácil que un chico con VIH transmita el virus a una chica, que al revés.
- Buscar las prácticas sexuales que, siendo placenteras, entrañen menos riesgo.
- Extremar el cuidado en situaciones de especial peligro, como por ejemplo durante la menstruación, cuando existen erosiones, heridas o infecciones añadidas.
- Saber lo que hay que hacer en el caso de que el preservativo se rompa y haya un contacto con sangre, semen o secreción vaginal que pudiera infectar.

c. En caso de haber tenido un contacto de riesgo

Es muy razonable que cuando una persona tiene un contacto sexual, voluntario o forzado, con una persona con VIH, o que cree que tiene la infección, se pregunte: ¿qué tengo que hacer?

Lo mejor es siempre consultar con la mayor brevedad posible en un centro de salud especializado. Con el debido control sanitario, cuando el riesgo de infección es apreciable e inmediatamente después de la exposición al virus, como norma general, se toman fármacos profilácticos, los medicamentos antirretrovirales, tratamiento eficaz entre las 48-72 horas posteriores a la exposición a la infección.

La profilaxis puede estar indicada en los siguientes casos:

1. Chica o mujer joven que no tiene el virus (VIH-), o bien varón joven (VIH-) que ha tenido una relación con penetración con un joven con el virus (VIH+) en la que el preservativo se ha roto y si:
 - Hay penetración anal con eyaculación.
 - Se sabe que el joven VIH+ presenta fuerte capacidad infectiva.
 - Existe una ITS añadida o una lesión o herida genital.
 - En el transcurso de la relación se produce un sangrado visible.
2. Chico o varón joven VIH- que ha tenido un contacto sexual con penetración, con rotura del preservativo, con una joven VIH+:
 - Debe haber una valoración de cada caso particular para considerar la posibilidad de tratamiento, aunque en términos generales no es recomendado. La penetración vaginal comporta bajo riesgo para el varón en una exposición ocasional.

Junto a la aplicación o no de las medidas profilácticas frente a la infección del VIH, dado que la situación más frecuente es la rotura o mal uso del preservativo, siempre se debe actuar para prevenir un embarazo.

Otras situaciones, relativamente comunes, son las de mantener una relación esporádica con una persona que se acaba de conocer, o bajo la influencia del uso de drogas o alcohol, con desconocimiento absoluto sobre la condición de infección por VIH. Ante esta situación se debe considerar cada caso en particular.

Por último, en el caso de que se haya producido una agresión sexual, podría estar recomendado el tratamiento profiláctico por lo que debe acudir inmediatamente a un centro sanitario para valorar detenidamente el riesgo y actuar en consecuencia.

• **Prevención de la transmisión por vía parenteral o sanguínea**

Como hemos visto anteriormente, en décadas pasadas, el grueso de las nuevas infecciones por VIH era consecuencia del uso compartido de material para inyección de droga. El compartir material que pueda estar impregnado o manchado con sangre infectada puede transmitir el virus de una persona a otra. Así es el caso cuando se comparten jeringuillas o agujas, pero también puede darse el caso al compartir cuchillas de afeitar o de depilar, cepillo de dientes o materiales para perforar o hacer tatuajes.

Aunque hayan disminuido los casos de transmisión en usuarios de drogas inyectables, el riesgo de infección sigue siendo muy alto, por lo que no cabe descuidar las medidas de prevención específicas para ellos. Lo ideal sería que todas las personas que se inyectan drogas accedieran a programas de desintoxicación para buscar una alternativa a esta vía de administración y eliminar la práctica de compartir material de inyección.

En caso de que las personas que utilizan drogas inyectadas sigan haciéndolo es importante:

- No compartir nunca material para inyección.
- Usar en cada inyección agujas y jeringas nuevas y desechables.
- Por otro lado, los elementos de cuidado corporal (tijeras, hojas de afeitar, cepillo dental, pinzas, etc.) presentan un riesgo teórico de transmisión del VIH ya que pueden entrar en contacto con sangre; por tanto, no se debe compartir este tipo de utensilios, además de material para tatuajes, acupuntura, para inyección de medicamentos, etc.

La transmisión del VIH por transfusiones o inyecciones de productos derivados de la sangre es en la actualidad prácticamente nula en nuestro país, ya que es obligatorio detectar anticuerpos anti-VIH en todas las muestras de sangre desde 1987. Toda persona que piense que ha tenido un comportamiento de riesgo en los últimos meses debe abstenerse de donar sangre u órganos.

• **Prevención de la madre a hijo o hija (transmisión vertical)**

La mejor forma de evitar la transmisión de la madre al feto, es evitar que las mujeres contraigan la infección, por lo que es fundamental la información y educación sanitaria sobre el uso sistemático del preservativo para evitar la infección por VIH e ITS.

En mujeres con VIH, se estima que 1 de cada 4 niños o niñas que nacen de estas mujeres, tendría la infección. Por lo que es importante que las mujeres con VIH tengan una correcta información acerca de las alternativas existentes en cada embarazo. Previo consentimiento, en mujeres embarazadas, durante el primer trimestre de la gestación, se recomienda, entre otras medidas, la realización de la prueba del VIH para identificar el virus.

En caso de que una mujer con VIH quede embarazada, se le pueden plantear varias opciones para que decida cuál le conviene realizar:

- Interrupción voluntaria del embarazo, ya que en nuestro país está contemplado dentro de los supuestos legales para realizarlo²⁴.
- Si decide continuar con el embarazo, puede usarse tratamiento farmacológico (antirretroviral) durante el embarazo y, dependiendo de las circunstancias, mediante el parto por cesárea y evitando la lactancia materna. Todo ello disminuye de forma importante el riesgo de transmisión de la infección a su hijo.

²⁴ Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio. BOE 12 junio 1985.

La sexualidad humana

A. La sexualidad y la socialización masculina y femenina

²⁵ SERRANO, I.: *Sexo con sentido*, Madrid, Edit. Síntesis S. A., 2007, págs. 17, 24-26.

La **sexualidad humana**²⁵ es un fenómeno complejo, que abarca multitud de aspectos entre los que destacan los biológicos, los psicológicos o los sociales, y puede abordarse desde muchos enfoques. La sexualidad recorre de forma transversal la vida de todo ser humano, desde que nace hasta que muere. Más aún, le conforma como persona y marca su identidad, y por tanto, su subjetividad, su forma de percibir el mundo, de sentir, de actuar.

Se suele hablar de tres fines de la sexualidad: placer, comunicación y reproducción. La sexualidad tiene más que ver con el modo en que cada persona se percibe y se vivencia como ser sexuado y que a su vez, va a provocar unas determinadas conductas sexuales, aunque tradicionalmente se ha dado más importancia a la reproducción.

En épocas anteriores, cuando se desconocían los fundamentos científicos de la sexualidad humana, el peso de las tradiciones culturales y religiosas era enorme. Su vinculación a la reproducción humana, a la capacidad para tener hijos y, por tanto, a la supervivencia de la especie, ha hecho que en muchas ocasiones y épocas, además de ser una fuente de placer, haya sido un instrumento de control sobre las personas.

Algunos sectores de la sociedad han aprovechado la aparición del sida, ligada a ciertas prácticas sexuales de riesgo, para extender un discurso negativo relacionado con la sexualidad, especialmente la referida a la de las personas más jóvenes. Aunque no se pueden negar ciertos peligros, generados por determinados comportamientos y no por el ejercicio en sí mismo de la sexualidad, es necesario ponerlos en su justo lugar.

Afortunadamente, gracias a los conocimientos científicos sobre la sexualidad y sobre todo a los cambios sociales, hoy día podemos ver la sexualidad desde otro punto de vista y aprovechar al máximo sus potencialidades.

Las vivencias de la sexualidad, pese a su papel en la procreación, pocas veces tienen que ver con ella, sino que se relaciona con el placer, con la manifestación de determinados sentimientos, con la comunicación íntima, con la ternura o con el afecto.

La sexualidad es una necesidad básica del ser humano, tanto de mujeres como de hombres, que tiene múltiples manifestaciones a la hora de satisfacer sus deseos sexuales y que abarca tanto las fantasías, pensamientos, caricias de todo tipo y por todo el cuerpo como la penetración coital, anal o bucal. La masturbación es otra expresión de la sexualidad. Aunque es posible negar o reprimir nuestra sexualidad, no es posible anularla: todas las personas son seres sexuales, independientemente de si tienen o no actividad sexual.

La vivencia de la sexualidad tiene que ver con la socialización en la que estamos inmersos los seres humanos desde la concepción, incorporando los valores, normas, mandatos sociales y que vamos haciendo nuestros, desde nuestro nacimiento y a lo largo de la vida, y que interiorizamos durante el proceso de educación y formación.

En cada cultura, la socialización se produce dentro de unas **expectativas de género**, es decir, las atribuciones que se hacen según el sexo de la persona, hombre o mujer, de normas, valores, prácticas, símbolos que las sociedades elaboran a lo largo de la historia a partir de la diferencia biológica de la anatomía y fisiología humanas.

Así, hablamos de **sexo** cuando nos referimos a los aspectos biológicos, y de **género** cuando nos referimos a la construcción cultural diferenciada para hombres y para mujeres. Y esto es importante de cara al **papel de género** que se espera de hombres y mujeres en relación a la sexualidad. Estos papeles son modificables, por eso hablamos de papeles tradicionales y de nuevos papeles.

En el modelo tradicional de socialización el **papel masculino** responde a un mandato de ser potente, fuerte, superior, con conocimiento, activo, vigoroso, de tener y poseer el control de las cosas y de las mujeres y niñas y niños. El hombre no puede ser débil, ni llorar ni expresar sentimientos. Se espera que los hombres sepan, tengan iniciativas, ordenen y decidan. En el ámbito de la sexualidad supone que los hombres sean los que llevan la voz cantante, que tengan más necesidades sexuales que satisfacer y sean ellos quienes controlen las prácticas sexuales y que las mujeres estén a su disposición para satisfacer sus deseos sexuales, cuándo y cómo ellos decidan.

En el modelo tradicional el **papel femenino** responde a un mandato de mostrarse débil, pasiva, dependiente, dócil, abnegada, pendiente del cuidado de los demás, un papel maternal sin conocimientos, deseos ni capacidad de decisión. En el ámbito de la sexualidad, supone que las mujeres no tienen deseos sexuales o que tienen que ocultarlos, que tienen que responder al deseo de los hombres sin tener iniciativas propias. Su papel sexual está unido a la maternidad, a la reproducción. La mujer está socializada en cuanto que necesita siempre de un hombre que la haga sentirse mujer; en este modelo una mujer sin un hombre no tiene valor social.

Sin embargo estos papeles tradicionales son modificables y de hecho se están modificando, aunque lentamente: hay otras maneras de relacionarse en la sexualidad que responden a papeles más igualitarios, donde mujeres y hombres tienen deseos, los pueden expresar con libertad, asumen la responsabilidad en las prácticas sexuales seguras y están basadas en **relaciones de ser y de compartir**, en relaciones más eróticas, no solamente centradas en la penetración. Relaciones en las que las dos personas implicadas se estimen a sí mismas por lo que son y no por el papel tradicional asignado de **poseer** al otro u otra, basadas en una idea de amor donde predominan fantasías románticas y pasionales que no anulan las voluntades de las personas, fundamentalmente de las mujeres que se resignan a someterse a los deseos del hombre en aras de un amor irreal²⁶.

²⁶ VELASCO ARIAS, S.: *La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en las mujeres*, Madrid, Edit. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002.

B. La sexualidad en la adolescencia

Casi nadie discute ya que desde edades muy tempranas los niños y las niñas descubren sensaciones placenteras cuando se tocan determinadas zonas del cuerpo. Ya desde ese momento están descubriendo su propia sexualidad, que va acompañada en muchas ocasiones por la curiosidad de ver, mirar y tocar determinadas partes del cuerpo de los que tienen cerca. Muy pronto empiezan a descubrir también las normas socialmente establecidas de lo que puede ser aceptable o no para las demás personas.

Se trata, pues, de un proceso que, al igual que sucede con el crecimiento corporal, abarca varios años y culmina al final de la adolescencia. Durante la primera etapa de la adolescencia, se producen los mayores cambios y se inician los primeros escauceos amorosos hacia personas de otro sexo. Entre los 11 y 15 años aproximadamente, quizá los dos elementos más significativos sean la actitud de los padres y madres y la masturbación. Respecto a la actitud de los padres, es la época en que la mayoría de ellos no saben qué hacer o qué decir a sus hijos o hijas adolescentes, aunque se observa un cambio de patrones hacia una mayor tolerancia. Posteriormente, al final de la adolescencia, se siguen una serie de conductas sexuales que no difieren demasiado de las realizadas por las personas adultas.

C. Conductas sexuales

Aunque no hay grandes diferencias entre las conductas sexuales de las personas jóvenes y adultas, sí existen algunas variaciones respecto a las manifestaciones, a la frecuencia, a las vivencias y a las consecuencias de estas.

Las conductas sexuales de los más jóvenes también han sido objeto de muchos estudios que se han llevado a cabo hace más de cincuenta años. No obstante, aunque muchas cosas han cambiado, sobre todo las actitudes ante la sexualidad, las conductas en sí mismas poco han variado. En esta etapa de la vida, las conductas de autosatisfacción, primero, y el descubrimiento de la sexualidad compartida, después, son las claves.

La **masturbación** en la adolescencia es una práctica habitual, más aceptada socialmente que en épocas anteriores. Consiste en lograr la autosatisfacción sexual mediante el estímulo manual de los órganos genitales masculinos o femeninos hasta llegar al orgasmo, que puede ir acompañado de fantasías y la imaginación puesta en alguna persona que es atractiva sexualmente. Por otro lado, se habla cada vez más de masturbación mutua sin que esta conducta pueda diferenciarse claramente de otras con distintas denominaciones.

El llamado **petting** constituye, por lo general, el siguiente paso en el camino exploratorio de la sexualidad, propia y ajena. Consiste en llevar a cabo todo tipo de caricias mutuas hasta alcanzar el orgasmo. Al no llevar aparejado ningún tipo de penetración son manifestaciones prácticamente exentas de riesgos.

El llamado **sexo oral** implica llevar a la excitación y al orgasmo mediante la estimulación de los genitales con los labios y la lengua. Las dos variantes más conocidas de esta técnica son el cunilingus, cuando se estimulan los genitales femeninos y la felación, cuando se actúa sobre el pene. Para una gran parte de los y las adolescentes estas prácticas constituyen el siguiente paso.

El **coito** es una práctica sexual que se da a medida que avanza la edad y, por tanto también, las relaciones íntimas con otra persona. Lamentablemente, se ha convertido en el objetivo de cual-

quier relación sexual, incluidas las juveniles, llegando a desplazar los beneficios de la sexualidad no directa o exclusivamente coital.

Parece interpretarse que unas relaciones sexuales no son completas si no finalizan en alguna forma de penetración, vaginal o anal, por lo que muchos expertos pretenden transmitir a la juventud un concepto más integral de la sexualidad según el cual sería conveniente:

- Romper el concepto o norma que establece una íntima relación entre sexualidad-genitalidad-penetración o coito.
- Ampliar las expectativas de obtener placer, situando el orgasmo y la eyaculación como un componente más, no el único ni el mejor.
- No reducir las potencialidades sexuales al acto sexual, valorando la variedad de manifestaciones sexuales de cada persona.
- Separar la división entre lo biológico y lo psicológico, ya que en toda conducta sexual las expresiones corporales son tan importantes como las que surgen de nuestra mente.

D. El deseo sexual

La sexualidad humana se fundamenta básicamente en la satisfacción del deseo sexual, o en el **logro del placer**, y en la vinculación afectiva o sentimental que en mayor o menor grado la acompaña. El deseo sexual unido, o no, a sentimientos de tipo amoroso, surge indefectiblemente en momentos de la vida de un ser humano. Otra cosa es que aún viviendo ese deseo sexual, determinadas personas y en determinadas ocasiones puedan reprimir, de una u otra forma, el deseo sexual.

Las manifestaciones más frecuentes del deseo sexual pueden ser muy variadas: fantasías sexuales, deseos explícitos, sentimientos de tensión, necesidad de entrar en contacto corporal con otras personas, etc.

Cuando nos sentimos atraídos por una persona con determinadas características que se correspondan con la orientación del deseo que tengamos y lo percibimos como excitante, estamos frente a una **atracción sexual**. Esa persona despierta o aviva el deseo provocando una tendencia a la aproximación y a la relación.

Cuando se juntan deseo y atracción, hablamos de **enamoramiento**. No obstante, a diferencia del deseo y la atracción, la persona de quien estamos enamorados se nos presenta como única e insustituible. Mientras el deseo y la atracción están abiertos a multitud de personas posibles que puedan coincidir en el tiempo, el sentimiento de enamoramiento tiene un carácter de exclusividad. Deseamos una unión permanente con esa persona. La evolución del proceso de enamoramiento puede ser muy diferente en cuanto a la duración, evolución, desaparición del proceso y nuevos enamoramientos.

E. Construcción de la sexualidad desde la diversidad

Hasta aquí nos ha quedado claro que somos seres sexuados en todas las edades. Pero según la edad, las circunstancias personales y la cultura y el medio social donde se vive, la sexualidad es diferente y se manifiesta de forma distinta, pero en todas ellas es igual de importante. Los comportamientos, la percepción que se tiene de uno mismo, los valores asumidos como propios, la

forma de vivir las emociones, la autoestima, la forma de expresarse, están muy condicionadas no solo por el sexo biológico con el que se nace, sino también por el género; es decir, por la consideración social que se tiene por el hecho de ser hombre o mujer²⁷.

En la infancia, tanto los niños como las niñas tienen intereses sexuales, obtienen placer sexual e incluso es posible que manifiesten en algún grado sus preferencias sexuales; estas son débiles, no necesariamente definidas y tienen un carácter difuso para la persona.

Es en la adolescencia cuando se comienza a especificar la orientación del deseo sexual o la llamada **orientación sexual**. En este período, las preferencias sexuales por determinadas personas, se definen y estabilizan normalmente para toda la vida. Los factores que condicionan la orientación sexual no se conocen aún, porque ninguna de las teorías anunciadas hasta el momento, ya sean biológicas o psicosociales, se han podido confirmar.

En la llamada “cultura occidental”, se ha generado y generalizado la idea hegemónica y dominante de que existe una sexualidad “normal” y “natural” identificada, exclusivamente, con las prácticas heterosexuales (entre hombre y mujer) y, además, dirigidas hacia la reproducción.

Con el paso del tiempo, se ha ido extendiendo la idea de que **en sexualidad cualquier posicionamiento, actitud o comportamiento que sea consentido por personas suficientemente maduras, es aceptable, siempre y cuando no impliquen violencia**.

Indudablemente, **no existe una única manera de vivir la sexualidad**. Hay diversas formas de entender la vivencia de la sexualidad, siendo la libertad de elección de la expresión de la sexualidad la que tiene que predominar y validar la opción personal elegida. Las formas de expresión pueden ser muy variadas.

Hay hombres que, preferentemente o exclusivamente, mantienen relaciones sexuales con hombres (gais) y mujeres que, preferentemente o exclusivamente, las mantienen con mujeres (lesbianas). También hay mujeres y hombres que mantienen sus relaciones sexuales, indistintamente, con mujeres y hombres y, en cualquiera de estos casos, pueden hacerlo por parejas (la misma o diferente) o en grupos, siendo todo ello válido desde el respeto y la diversidad, la diferencia y la libertad consentidas.

Para cada persona la expresión sexual que le conviene es aquella que:

- La deje más satisfecha en su sensación física y en su ánimo.
- La que deje más contenta antes, durante y después del momento de la intensidad sexual.
- La que pone en más armonía consigo misma y con los demás.
- La que produce más energía para hacer otras cosas, más alegría de vivir y más capacidad de valorarse a sí misma y a los demás.

F. Identidad sexual

Como todo el mundo sabe, hay dos sexos, el masculino y femenino. Pues bien, desde muy corta edad cada niño o niña se siente identificado, o no, con el sexo que tiene y que su familia y su entorno social le reconocen. Este proceso de identificación con el sexo asignado es lo que se llama identidad sexual²⁸, que se adquiere con mayor nitidez en torno a los 6-8 años. Ya alrededor de los 2-3 años se dan cuenta de que no todo el mundo es igual, que hay algunas diferencias y que ellos y ellas forman parte, por así decirlo, de uno de los dos grupos.

²⁷ *Manual para formación de educadores de iguales en la prevención de la infección del VIH/sida con población inmigrante*, Madrid, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, 2003, sesión 8.

²⁸ SERRANO, I.: *Sexo con sentido*, Madrid, Edit. Síntesis S. A., 2007, pág. 41.

Pese a ello, no parece que a los niños y niñas pequeños les importe mucho lo que son, porque además no se perciben necesariamente así para siempre. Son los demás, sobre todo las personas adultas que les rodean, quienes desde el primer momento dan una importancia, quizá exagerada, al sexo biológico.

Hay otro concepto relacionado con la identidad sexual, es la denominada **identidad de género**. El matiz entre sexual y de género viene dado por que, además de percibir que uno o una pertenece de una manera inevitable y siempre a un determinado sexo, también se percibe, aunque de una manera mucho más vaga, que tener un determinado sexo conlleva además una forma muy concreta de ser y de comportarse.

Es en las primeras etapas del desarrollo preadolescente cuando se pueden presentar problemas de identidad, temporales o definitivos, más o menos graves que, de hacerse palpables, requieren una valoración detallada antes de someterles a presiones y sufrimientos innecesarios.

G. Respuesta sexual humana

Desde que nacemos, durante toda la vida y según la edad y la persona, nuestro cuerpo responde sexualmente a una serie de estímulos que recibimos del entorno.

La respuesta sexual humana es una secuencia ordenada y muy racional de acontecimientos fisiológicos. Sobre la base de las diferencias anatómicas, tanto en chicas como en chicos, se producen una serie de reacciones fisiológicas muy distintas, pero complementarias. Estos cambios no se limitan a las áreas genitales.

La estimulación sexual despierta reacciones de tipos neurológico, vascular, muscular y hormonal que afectan al funcionamiento de todo el organismo, en grado mayor o menor. Este fenómeno ha sido dividido en varias fases:

- Deseo: tensión psicósomática que necesita ser descargada. La persona, tanto hombres como mujeres, siente el deseo de tener una experiencia sexual.
- Excitación: resulta como consecuencia de la estimulación sexual, ya sea corporal o psíquica. Se evidencia fisiológicamente por la vasocongestión que se produce en el área genital (en las mujeres en clítoris, vulva, vagina, pezones y pechos, y en los hombres en pene, testículos y los pezones).
- Orgasmo: supone una liberación de la tensión sexual acumulada durante la excitación, que se traduce en una sensación de placer intenso. Esta intensidad varía en función de las circunstancias físicas y psíquicas de las personas.
- Resolución: durante esta fase, todos los cambios producidos en la fase de excitación comienzan a invertirse.

H. Conoce tus derechos

Existen multitud de documentos oficiales extraídos de diversos foros mundiales que avalan los derechos sexuales y reproductivos, entre los que cabe destacar los siguientes:

- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo, 1994.
- Conferencia Mundial de las Mujeres. Beijing, 1995.

- Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional. Roma, 1998.
- Manifiesto Joven. Federación Internacional de Planificación Familiar, 1998.
- Cumbre del Milenio. Naciones Unidas, 2000.

Además, los derechos sexuales y reproductivos han sido específicamente definidos por organizaciones como la Federación Internacional de Planificación Familiar, la Asociación Mundial de Sexología, la Asociación Médica Mundial y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia:

Todos los/las jóvenes del mundo, sin importar el sexo, el color, la orientación sexual o la habilidad física o mental tienen los siguientes derechos como seres sexuales:

- *El derecho a ser tú mismo/a, libre de tomar tus propias decisiones, de expresar lo que piensas, de disfrutar de la sexualidad, de estar seguro/a de que lo haces, de decidir casarte, o no casarte y de planear una familia.*
- *El derecho a tener información sobre sexualidad, anticoncepción, ETS y VIH y sobre tus derechos sexuales.*
- *El derecho a protegerte de embarazos no deseados, ETS, VIH y de abusos sexuales.*
- *El derecho a tener servicios médicos confidenciales a precios accesibles, de buena calidad y respetuosos con tus creencias.*
- *El derecho a participar en la planificación de programas juveniles, tomar parte en reuniones y seminarios y tratar de influir en los gobiernos por medios apropiados.*

Comité Juvenil de la Federación Internacional de Planificación Familiar

I. Creencias erróneas sobre la sexualidad²⁹

²⁹ SERRANO, I.: *Sexo con sentido*, Madrid, Edit. Síntesis S. A., 2007, págs. 43-48.

• **Masturbación**

“La masturbación produce retraso mental, cansancio, dolores de estómago, acné e incapacidad para relacionarse sexualmente con otras personas.”

Falso: es una manifestación natural propia de la sexualidad que se lleva a cabo desde las primeras etapas de la adolescencia.

• **Virginidad**

“Hay que mantenerse virgen hasta que llegue el amor de nuestra vida y así descubrir el cuerpo inocente del otro.”

Falso: cada uno elige el momento y la persona con la que mantener relaciones sexuales, pero ¿se dice lo mismo para las chicas que para los chicos? ¿Es posible prever que un amor va a ser para toda la vida? ¿La relación sexual tiene que conllevar una penetración? ¿Ser inexperto es lo mismo que ser inocente?

• **El llamado amor verdadero y exclusivo**

“El amor de verdad se da una vez en la vida. Solo se puede estar enamorado o enamorada de una única persona. Yo, por amor, hago lo que me pida.”

Falso: aunque con el entusiasmo de vivir el primer amor se pueda pensar lo contrario, la verdad es que resulta raro que alguien se enamore de una sola persona y para siempre. Puede ser que algunas personas se sientan enamoradas de más de una persona a

la vez. Finalmente, hay un mito peligroso, especialmente para las chicas: creer que la mejor prueba de amor es hacer algo que la otra persona quiere, aunque ello suponga un riesgo.

La relación sexual basada en el amor, y el enamoramiento en sí mismo, solo puede fundamentarse en el respeto y en la libertad de cada uno de los miembros de la pareja.

- **Diferente papel sexual de chicos y chicas**

“¡Qué seductor es ese chico. Siempre está ligando!” Y cuando es una chica: “¡Esa chica es una fresca!”

Falso: si hablamos de personas con suficiente madurez, lo importante es que las relaciones sexuales sean consentidas, respetuosas, seguras. La frecuencia y la variedad de parejas es un elemento secundario.

- **Sexualidad igual a coito**

“Yo aún no me he estrenado porque, aunque hacemos de todo, a eso aún no hemos llegado.”

Falso: ya se ha dicho que la sociedad tiende a pensar que no existen relaciones sexuales si no se llega al coito. Esta apreciación puede hacer mucho daño a la juventud porque, además de confundirla con los dobles mensajes de prohibición-exaltación del sexo, esconde que hay muchas formas de actividad sexual con afecto, cariño y contactos sexuales diferentes a las que implican penetración.

- **Relaciones sexuales prematrimoniales**

“La mujer debe llegar pura al matrimonio mientras que para el hombre es bueno haber tenido relaciones porque le aportan experiencia.”

Falso: esta opinión, que mide con diferente rasero a hombres y a mujeres, no aguanta un análisis serio. La decisión debe ser tomada con libertad por las personas que van a contraer matrimonio.

- **Homosexualidad como “enfermedad”**

Falso: las presiones contra la homosexualidad han sido tales que en épocas anteriores llegaban a condenar incluso hasta con pena de muerte a las personas que realizaban prácticas homosexuales. Hasta hace relativamente poco tiempo, la comunidad científica definía la homosexualidad como un trastorno mental. Desde 1987 existe consenso internacional para determinar que la homosexualidad, en sí misma, no tiene relación alguna con ningún tipo de trastorno, ni físico ni psicológico.

- **Práctica sexual**

- La importancia del tamaño.

Falso: creer que un pene grande produce más placer no tiene ninguna base científica. Otro error es relacionar el tamaño de la vulva femenina con la actividad sexual.

- Confusión sobre identidad, orientación y preferencias sexuales.

Muchos jóvenes confunden estos conceptos, especialmente cuando se habla de travestismo y transexualidad.

- Identidad sexual: hace referencia a sentirse, desde que se es niño o niña, identificado, o no, con el sexo biológico que tiene y que su familia y su entorno social le reconocen.

- Orientación sexual: tácita o explícitamente, se define en la adolescencia, según el grado de atracción sexual hacia personas del otro sexo, del mismo o, indistintamente, de ambos.
- Preferencias sexuales: inclinación por las vivencias sexuales de tipo heterosexual, homosexual, lésbico y bisexual.
- Travestismo: referido a las personas que, sintiéndose identificadas con su sexo biológico, experimentan satisfacción sexual al vestirse con ropas usadas habitualmente por personas del otro sexo.
- Transexualidad: discordancia o incompatibilidad entre el sexo biológico y el sexo psicológico. Sensación subjetiva de pertenecer al otro sexo.

• Abusos y violencia sexual

Hablamos de abusos sexuales y violencia sexual³⁰ cuando ocurren o se intenta que ocurran actos sexuales **en contra de la voluntad de una persona** o cuando la persona es **incapaz de consentir** debido a su edad, enfermedad, incapacidad por influencia del alcohol o drogas, por su posición de género subordinada. Puede ocurrir que haya de por medio fuerza física o amenaza de usarla, uso de armas u objetos, coacción, intimidación o presión.

³⁰ Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, 2004).

Incluye tocar los genitales intencionadamente, el ano, la ingle, los senos en contra de la voluntad de la persona o cuando está incapacitada para consentir. También incluye voyerismo, exposición al exhibicionismo o exposición no deseada a la pornografía.

Por otro lado, observamos también con frecuencia errores que tienen su origen en determinados prejuicios. Por ejemplo, se suele pensar que los abusos sexuales solo se producen entre personas de bajo nivel cultural o económico, del mismo modo que se cree que lo más común es que cuando una mujer es agredida sexualmente es porque su comportamiento, forma de vestir o estilo de vida suponen una provocación para el agresor.

Todos estos errores en la apreciación de la realidad, sitúan a muchos jóvenes, especialmente a las chicas, en situación de peligro y las hacen más vulnerables, justamente porque no han recibido la información precisa.

Protección ante el VIH/sida

A. Los preservativos femenino y masculino

Si no somos capaces de mantener relaciones sexuales con penetración sin riesgo, el preservativo, tanto femenino como masculino, tiene doble valor preventivo ya que es uno de los métodos anticonceptivos más seguros para prevenir los embarazos no deseados, y es el **único método preventivo de la transmisión de la mayoría de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.**

Por tanto, el uso del preservativo debe estar incorporado en la mente de los chicos y las chicas, como parte del juego amoroso y sexual. Entre sus ventajas destacan el ser inocuo, no requerir control médico y ser fácil de llevarlo consigo. Por el contrario, entre sus posibles desventajas pueden citarse su uso vinculado a la actividad sexual con penetración o ciertas molestias por fricción.

Sobre la capacidad del preservativo para prevenir las ITS, hoy día existen estudios muy completos. Un preservativo hecho de látex que reúna todos los requisitos de calidad establecidos, impide el paso de diversos virus, como los que provocan el herpes genital, la hepatitis B o la infección por el VIH. También protegen frente al citomegalovirus, clamidia y otros microorganismos causantes de infecciones por vía sexual.

B. Factores que pueden disminuir su efectividad

Sobre posibles fallos del preservativo, los estudios son también muy concluyentes. Los principales fallos son debidos a:

- Rotura accidental.
- Mala conservación.
- Utilización más allá de la fecha de caducidad.
- Uso de lubricantes capaces de deteriorar el látex.
- Mala colocación o retirada.

³¹ SERRANO, I.: *Sexo con sentido*, Madrid, Edit. Síntesis S. A., 2007, págs. 170-177.

La eficacia teórica³¹, es decir en condiciones de uso ideales, es de aproximadamente el 80%, pero disminuye cuando se cuenta su uso real en todas las condiciones posibles. Por ejemplo, de cada

100 chicas que mantienen relaciones sexuales con penetración vaginal con chicos, y que usen el preservativo en todas sus relaciones, un mínimo de 2 y un máximo de 15, según se utilice perfectamente o no, pueden quedar embarazadas.

La rotura del preservativo suele asociarse a un mal uso, ya que las pruebas de resistencia a las que son sometidos son muy estrictas. Para darnos una idea, un preservativo debe soportar un volumen de 15 litros de agua y una presión de casi 1 kg de aire antes de explotar. El volumen de semen en cada eyaculación suele ser de 2,5 a 5 mililitros³².

³² TÓRTORA, J., y GRABOWSKI, S.: *Principios de anatomía y fisiología*, Edit. Oxford, 9.ª edición, 2002, pág. 997.

Desde el punto de vista técnico, se habla de 2 a 3 defectos por cada 1000 preservativos; por su parte, y, en el terreno práctico, se puede considerar dentro de lo normal que los casos de rotura no lleguen al 1%. Resulta, pues, incomprensible que tantos jóvenes refieran que se les rompe mientras lo están usando, lo que les debería obligar a prestar el máximo de atención y a cuidar extremadamente su manipulación y manejo.

C. Taller del preservativo

Para la demostración de la colocación, es necesario contar con maquetas de los aparatos genitales masculino y femenino, o de lo contrario se puede simular el pene, juntando el dedo índice y medio de mano, imitando a una pistola; en el caso de la vagina, juntando la punta de los dedos de la mano, imitando el canal vaginal para facilitar la demostración. Se necesitan tantos preservativos, masculino y femenino, como participantes haya en la sesión. Desarrollaremos más detenidamente el taller del preservativo en las fichas pedagógicas de este capítulo.

1. RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL USO DEL PRESERVATIVO

Para garantizar la efectividad de los preservativos, como método de prevención del VIH y otras ITS, es necesario seguir las siguientes recomendaciones generales:

- Tener siempre preservativos a mano cuando se vayan a mantener relaciones con penetración.
- Comprar siempre preservativos que estén homologados por la autoridad sanitaria y con marcado CE.
- Deben adquirirse en farmacias o máquinas expendedoras, centros de planificación o lugares donde esté garantizado su correcto almacenaje.
- Los sobrecitos deben estar intactos y bien sellados.
- Comprobar la fecha de caducidad y la marca registrada.
- Cuando se lleva en el bolso o la cartera, hay que sustituirlos de vez en cuando ya que puede existir el riesgo de que se rompa o la funda se deteriore, por permanecer mucho tiempo en estos lugares.
- No guardarlos en lugares con altas temperaturas (coche...), humedad o en aquellos lugares que causen posibles agresiones al envase.
- No usarlo si el material del preservativo está visiblemente dañado. La textura varía desde ultrafinos hasta más gruesos para garantizar mayor seguridad, sobre todo en la penetración anal.
- La funda se abre sin usar los dientes, las uñas u objetos punzantes para evitar que se rompa. Abrir por la muesca que tiene la funda en uno de los laterales.
- Una vez que el preservativo está fuera de la funda, manipularlo con cuidado.
- Colocar el preservativo antes de que se produzca cualquier penetración para evitar la exposición a fluidos que puedan contener agentes infecciosos.

- Desechar el preservativo tirándolo a la basura, no al váter.
- Practicar la colocación del preservativo.
- No utilizar dos preservativos a la vez, ya que la fricción puede hacer que se rompan.
- Se debe utilizar un nuevo preservativo en cada penetración para cada nuevo acto sexual con penetración.
- Si se alternan las penetraciones anal y vaginal es necesario usar distinto preservativo para cada actividad. Es recomendable su uso en el caso de sexo oral.
- No puede ser reutilizado, bajo ningún concepto, ni siquiera lavándolo.
- En caso de que el chico o la chica tenga alergia al látex se puede usar de otro material, llamado poliuretano. Resulta un poco menos suave pero es, incluso, algo más resistente.
- Cuando hay alergia se siente una ligera irritación en el momento del uso o en un breve tiempo después de usarlo. Conviene hacer prácticas o jugar con el preservativo, introduciéndolo en la vagina manualmente o colocándolo en el pene, fuera de la penetración, y manteniéndolo así hasta ver si aparecen síntomas alérgicos.

2. PROCEDIMIENTO DE COLOCACIÓN

Antes de describir el procedimiento de colocación de los preservativos, es necesario identificar las partes de los aparatos genitales masculinos y femeninos, de modo que nos sea más fácil la comprensión (ilustraciones 1 y 2).

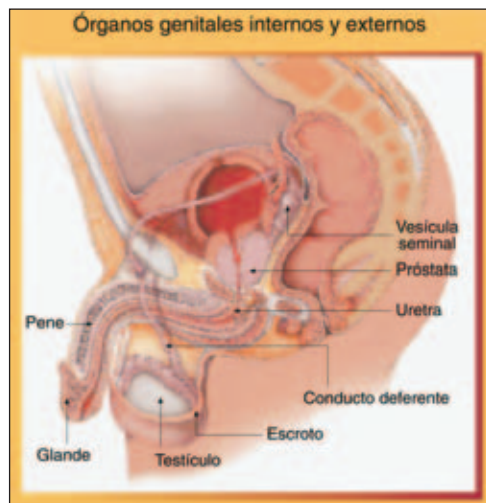


Ilustración 1: Genitales masculinos

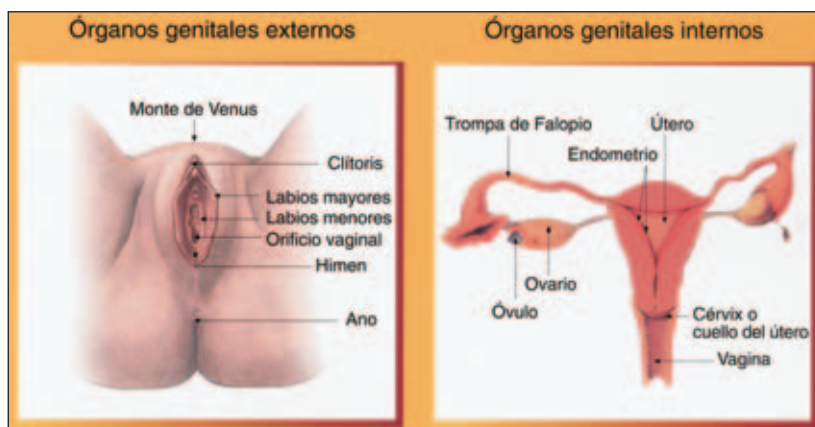


Ilustración 2: Genitales femeninos

Preservativo masculino

Consiste en una funda de látex lubricada que se coloca en el pene para impedir que el semen se deposite en la vagina, en el ano o en la boca, actuando de barrera. En los casos de preservativos con crema espermicida, esta mata a los espermatozoides, lo cual supone una mayor protección.

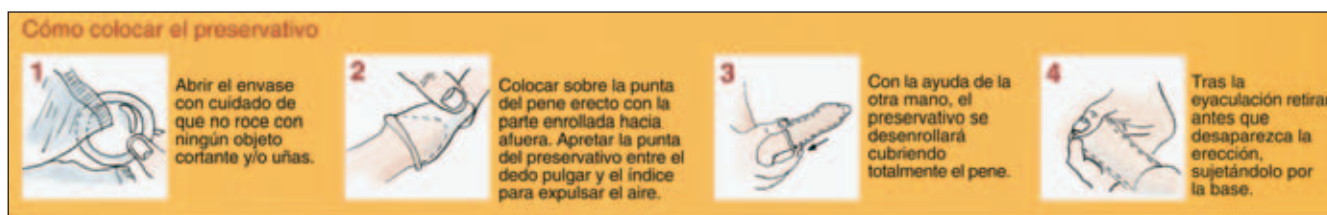
Se pueden comprar de diferentes formatos, colores e incluso sabores; y más o menos rugosos para modificar las sensaciones placenteras. Existen preservativos para sexo anal, que son más resistentes. El coste del preservativo masculino resulta para algunos jóvenes muy elevado (aproximadamente 1 euro por unidad). En muchas instituciones, servicios sanitarios y ONG disponen de preservativos gratuitos para determinados casos.

Es importante tener en cuenta que el preservativo debe colocarse cuando el pene está en erección y antes de que se produzca cualquier penetración.

Pasos a seguir:

- 1.º Abrir cuidadosamente la funda que contiene el preservativo para evitar que pueda lacerarse con las uñas.
- 2.º Una vez que tengas el preservativo en tus manos, confirma que lo estás desenrollando por el lado correcto. Si el preservativo no está suficientemente lubricado, se puede añadir un poco de glicerina en su superficie. Nunca se debe usar vaselina porque al tener una base aceitosa puede dañar el látex.
- 3.º Comprimir el extremo cerrado del preservativo para expulsar el aire, dejando un espacio libre en la punta para que se deposite el semen.
- 4.º Una vez que el pene está erecto, comprobar que la parte enrollada del preservativo está hacia fuera, desenrollarlo cuidadosamente hasta que cubra todo el pene y el anillo llegue hasta el pubis, siempre manteniendo sujeta la punta. Alisar el preservativo para evitar que queden burbujas de aire que podrían ocasionar roturas. Si se rompe, reemplazarlo inmediatamente.
- 5.º Una vez que está bien colocado (ilustración 3), se puede tener la relación sexual con penetración.
- 6.º Tras la eyaculación, y aún con el preservativo, retirar el pene lentamente de la cavidad antes de que haya desaparecido totalmente la erección, sujetándolo por la base (anillo), para asegurar que no hay salida de semen durante la retirada.
- 7.º Una vez usado, comprobar que el preservativo sale íntegro y que no hay rotura.
- 8.º Hacer un nudo en su extremo largo y tirarlo a la basura, nunca a un inodoro, porque no es de material biodegradable. Resulta más higiénico tirarlo dentro de su mismo envase.

Ilustración 3: Colocación del preservativo masculino



Preservativo femenino

Es una funda de poliuretano lubricada que se coloca en el interior de la vagina para evitar que el semen se deposite en ella. Es similar al masculino, aunque puede ser más incómodo al colocarlo. Son más resistentes que los preservativos masculinos.

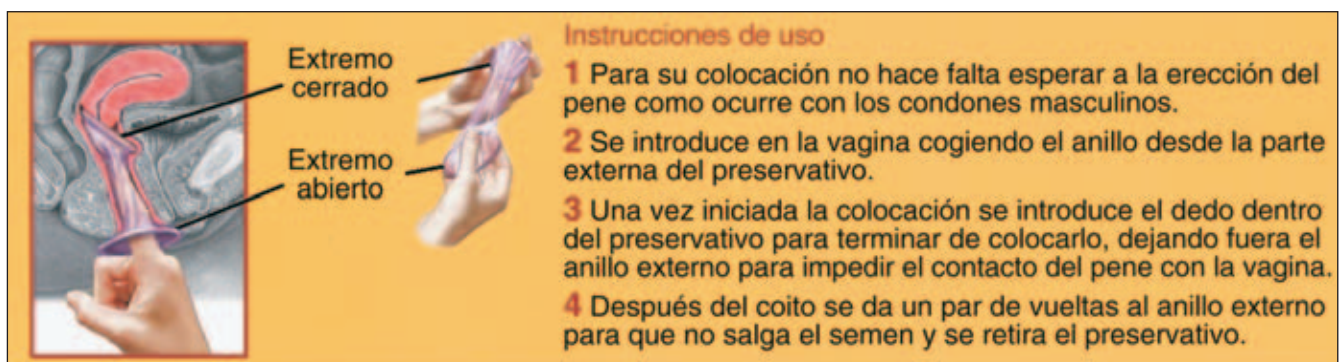
Consta de dos anillos móviles. El anillo de la parte cerrada del preservativo (interno) sirve de guía para la colocación en el fondo de la vagina, mientras que el otro extremo termina en un aro más grande que quedará fuera de la vagina, cubriendo los genitales externos de la mujer. El preservativo puede insertarse hasta 8 horas antes de la relación sexual con penetración.

Estos preservativos admiten cualquier tipo de lubricante, que se colocará en su interior. En España ya están comercializados, aunque no han tenido demasiado éxito comercial por el alto precio que tienen.

Pasos a seguir:

- 1.º Abrir la funda que contiene el preservativo.
- 2.º Sostener el preservativo con el anillo externo colgado hacia abajo.
- 3.º Coger el anillo de la parte cerrada del preservativo (interno) y apretarlo entre los dedos pulgar e índice o corazón, de modo que quede largo y estrecho.
- 4.º Elegir una posición cómoda para la colocación. Puede ser de pie con uno de los pies encima de la silla, sentada con las rodillas separadas, agachada o acostada.
- 5.º Introducir el anillo interno en la vagina. Empujarlo hacia dentro, metiendo el dedo índice con el preservativo, lo más profundamente posible de modo que quede en el fondo (ilustración 4).
- 6.º El anillo exterior debe cubrir los genitales externos de la mujer.
- 7.º Cuando se va a realizar la penetración, guiar el pene con la mano hacia el centro del preservativo, evitando que se introduzca entre la pared de la vagina y la parte exterior del preservativo.
- 8.º Una vez terminada la relación y retirado el pene, quitar el preservativo apretando el anillo externo, retorciéndolo para mantener el semen en el interior. El preservativo femenino no necesita retirarse inmediatamente después de la eyaculación.
- 9.º Hacer un nudo en su extremo largo y tirarlo a la basura, nunca a un inodoro, porque no es de material biodegradable. Resulta más higiénico tirarlo dentro de su mismo envase.

Ilustración 4: Colocación del preservativo femenino



³³ Manual para la formación de educadores de iguales en la prevención de la infección del VIH/sida con población inmigrante, Madrid, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, 2003, sesión 7.

D. Barreras para el no uso del preservativo³³

PRESERVATIVO Y MASCULINIDAD

Hay algunas ideas sobre el preservativo y su uso que tienen que ver con la imagen que muchos hombres se hacen de sí mismos y de su sexualidad. Es decir, que tienen que ver con ideas de lo que es comportarse como hombre, o como “macho”, en las relaciones sexuales.

El preservativo se ve entonces como una especie de coraza u obstáculo que atenta fundamentalmente contra la identidad viril, contra la imagen de sí mismo como varón. Se considera que “hacerlo” con el preservativo es como “no hacerlo”, o que hacerlo con el preservativo es un acto incompleto.

PRESERVATIVO Y PLACER SEXUAL

Hay otras ideas del preservativo como algo contrario a la sexualidad, o a una sexualidad placentera, esta vez entendida la sexualidad de forma más general, referida tanto a chicas como a chicos.

Con frecuencia se dice que uno de los inconvenientes del uso del preservativo es que reduce la sensibilidad y, por tanto, el placer en la relación sexual. En otros casos se piensa que entorpece el desarrollo espontáneo, que su uso exige controlar, pensar, detenerse, esperar. Desde este punto de vista el preservativo se ve como un objeto extraño, que se inmiscuye, y que se vive como una imposición, incluso como represión del deseo sexual.

Algo parecido ocurre con la imagen del preservativo como algo que impide la espontaneidad de las relaciones sexuales.

En estos casos, conviene reflexionar y profundizar en las nociones de sexualidad que aquí están en juego. Frente a la creencia de que el preservativo reduce la sensibilidad o el placer, probablemente hay que mostrar las posibilidades que presenta, como por ejemplo una amplia gama de ellos, y que haya que subrayar que puede ser un objeto lúdico, placentero o divertido, al que fácilmente se pueden adaptar las relaciones sexuales.

Respecto a que el preservativo disminuye la espontaneidad de las relaciones sexuales, se debe subrayar que el acto sexual, cuando hay un interés por lo que a la otra u otras personas les está sucediendo o están sintiendo, no es nada espontáneo. El acto sexual implica también controlar, pensar, detenerse, esperar, ensayar, errar, probar de nuevo, hacerlo así, probar de esta manera, etc. Todo esto se lleva con más o menos gracia, humor, paciencia, trabajo, etc. No parece tan difícil entender que el uso del preservativo puede formar parte de estas “técnicas”.

PRESERVATIVO Y TIPOS DE SEXUALIDAD

Existe todo un conjunto de estereotipos que asocian el uso del preservativo a un tipo de sexualidad, valorada negativamente, o con la sexualidad entre determinadas personas, o en ciertos contextos. Esto es importante, porque hace que cuando se mantienen relaciones sexuales que no se consideran de esta manera, haya razones poderosas para no usarlo, o no se ve la necesidad del mismo, por no degradar o desvalorizar la relación.

Esta asociación se puede dar, por ejemplo, en los siguientes casos: uso del preservativo en la sexualidad prematrimonial entre adolescentes y/o jóvenes fundamentalmente para evitar embarazos; uso del preservativo en relaciones extramatrimoniales consideradas de riesgo porque son azarosas, esporádicas, con personas que ejercen la prostitución, etc., y por último, uso del preservativo asociado a relaciones sexuales “prohibidas”, a las que se asocia a su vez el riesgo del sida, como pueden ser las relaciones entre hombres.

Hay otro caso extremo de este tipo de asociaciones: la que relaciona directamente el uso del preservativo con la enfermedad del sida; si alguien propone su uso es porque ya tiene el sida. El uso del preservativo no es un medio de prevención, sino el signo de la enfermedad. Este tipo de comportamiento se da en diferentes contextos y se suele considerar como irracional.

Hay gente que frente a algunos problemas actúa como si cerrara los ojos; no se dice, ni se menciona algo para que no ocurra. En el caso del sida puede ocurrir algo parecido. Hay gente que a veces prefiere no hablar del tema, aunque tenga miedo, o precisamente por ello no lo hace. Negarse a usar el preservativo es como decir que la enfermedad no existe.

USO Y NEGOCIACIÓN DEL USO DEL PRESERVATIVO

Cuando hablamos de relaciones sexuales hay que tener clara una cosa: las relaciones sexuales son relaciones sociales, y tienen, por tanto, las características de las otras relaciones sociales. Este tipo de relaciones se dan entre personas concretas: unos son hombres, otras mujeres; unos tienen una edad, otros tienen otra; hay personas más ricas y más pobres, etc.

En las relaciones sociales no todas las personas que se relacionan están en la misma situación; hay desigualdades. Entonces hay que pensar que en las relaciones sexuales entre dos personas, por ejemplo, tampoco tienen por qué estar ambas en la misma situación; es decir, que nos podemos encontrar desigualdades.

En teoría, las relaciones sexuales deben estar basadas en el respeto y la igualdad, pero en la práctica, en muchas ocasiones, hay alguien que puede imponer cuándo y cómo hacerlo, cuántas veces, dónde, etc. Entonces el uso del preservativo puede ser un indicador de desigualdad en una relación entre dos personas. Habrá que ver quién puede comprar un preservativo, o llevar uno consigo, o tenerlos en casa, etc.

Está además la cuestión de proponer su uso. Aquí es donde pueden aparecer algunas de las ideas de las que hablábamos antes (¿qué pensará la otra persona?, ¿por quién me tomará?, etc.). La negociación de su uso puede ser problemática porque estos estereotipos todavía persisten en ocasiones.

Para una mayor profundización en estos aspectos, puedes consultar el apartado correspondiente a la sexualidad y socialización masculina y femenina del capítulo IV: La sexualidad humana.

E. Otras opciones de prevención ante el VIH/sida y otras ITS

Como hemos visto, el principal método y más eficaz de protección ante la infección por el VIH y otras ITS es el preservativo; no obstante, existen otras opciones para prevenir estas infecciones, entre las que se incluyen³⁴:

- **La abstinencia**

Una opción preventiva y la más efectiva es el no mantener relaciones sexuales, aunque es poco utilizada y poco practicada a largo plazo.

- **La fidelidad**

Si ningún miembro de la pareja padece una ITS incluido el VIH y, a su vez, no mantienen relaciones sexuales con penetración con otras personas, esta es también una opción de máxima

³⁴ *Manual para la formación de Educadores de Iguales en la Prevención de la Infección del VIH/sida con población inmigrante*, Madrid, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, 2003, sesión 7.

fiabilidad como método preventivo. Por consiguiente, la monogamia solo confiere una seguridad absoluta en relación a la prevención si se cumplen las siguientes condiciones:

- Que en el momento de iniciarse la relación, ninguno de los dos miembros tenga el VIH.
- Que la fidelidad a partir de ese momento sea absoluta.
- Que ninguno de los dos miembros de la pareja comparta material de inyección (si se diera el caso) con otras personas.

- **La postergación**

Una estrategia más realista ante la prevención del VIH y de otras ITS es aplazar las relaciones sexuales con penetración hasta el momento en que la pareja decida o disponga de alguna medida preventiva eficaz. Para ello son necesarias la postergación y la no realización de conductas que impliquen riesgo.

¿Cómo sé que no tengo la infección por el VIH? La prueba del VIH

A. Por qué hacerla: detección precoz

Es muy importante conocer, de forma precoz, si una persona se encuentra infectada por el VIH, ya que como hemos visto presenta una serie de peculiaridades que hacen fundamental que se sepa cuanto antes si se tiene o no. Hacerse la prueba del VIH puede producir mucho temor. Sin embargo, existen razones muy claras por las que es importante hacerla, ya que:

- La detección precoz de la infección hace posible tomar medidas para evitar transmitir el virus a otras personas, entre ellas a sus seres más queridos, como su pareja, y a sus futuros hijos e hijas.

Como sabemos, puede pasar mucho tiempo desde que se adquiere la enfermedad hasta que comienzan a aparecer los primeros síntomas (más de 8 años), por lo que no hay ningún signo externo que haga sospechar la presencia de la enfermedad. En este período de tiempo, la persona que tiene el VIH puede transmitir el virus, sin saberlo, a otras personas.

- Al saber que existe una enfermedad por VIH, se puede acceder a los cuidados médicos y tratamiento para poder retrasar al máximo el desarrollo de la enfermedad y mejorar las condiciones y la calidad de vida de la persona afectada.

- Se pueden adquirir hábitos de vida que ayuden a la persona a cuidar su sistema inmunitario, evitando en gran medida su deterioro, así como decidir si se quiere o no un embarazo.

Según el Informe de Vigilancia Epidemiológica del VIH en España, año 2006³⁵, es sorprendente observar que, aunque en nuestro país la prueba es gratuita y confidencial para toda la población, en el 40% de los nuevos diagnósticos, los afectados y afectadas tenían ya un grado severo de depresión del sistema inmunitario cuando se les diagnosticó la presencia de VIH, con el claro riesgo de sufrir una enfermedad grave, y el consiguiente diagnóstico de sida.

B. Cuándo hacerla

Es conveniente realizarse la prueba en las siguientes condiciones³⁶:

³⁵ Vigilancia Epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos del VIH en España a partir de los sistemas de notificación de los casos de las CC. AA. Actualización 2006. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría del Plan Nacional del Sida.

³⁶ Manual para la formación de educadores de iguales en la prevención de la infección del VIH/sida con población inmigrante, Madrid, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, 2003.

- Cuando se han mantenido relaciones sexuales con penetración sin protección con diferentes parejas o alguna vez con una pareja de la que no sabemos si tiene el VIH.
- Cuando se han mantenido relaciones sexuales con penetración sin preservativo con personas que cuentan con un mayor riesgo de tener el VIH, especialmente con las personas que ejercen la prostitución o la utilizan, o que usan o han usado drogas inyectadas.
- Cuando se padece o ha padecido alguna infección de transmisión sexual (ITS).
- Cuando se han compartido agujas o jeringas para el uso de drogas inyectadas.
- Cuando se han compartido cuchillas de afeitar o de depilar, cepillos de dientes o materiales para perforar o hacer tatuajes.
- Cuando, por cualquier razón, se ha tenido contacto con sangre o mucosas de una persona y algún fluido potencialmente infectado (sangre, semen o flujo vaginal).
- En el caso de que su pareja haya realizado prácticas sexuales de riesgo.
- En los dos miembros de la pareja estable, cuando quieren dejar de usar el preservativo.

Además se debe realizar la prueba del VIH:

- En todos los casos en que se dona sangre u órganos.
- A todas las mujeres embarazadas, antes de cumplir el primer trimestre del embarazo, ya que en caso de tener el VIH pueda decidir sobre la continuidad o no del embarazo o beneficiarse del tratamiento y reducir ampliamente el riesgo de transmisión al bebé.

En ningún caso se puede exigir que se realice la prueba de VIH para ningún trámite laboral o administrativo, para acceder a ningún puesto de trabajo, ni para ningún otro fin diferente al de conocer el estado de el o la paciente por motivos médicos, y siempre con su conocimiento y consentimiento.

C. Cómo hacerla

La forma más sencilla de conocer si hemos contraído la enfermedad es mediante un análisis de sangre. Aunque lo más común, de manera convencional, es realizar la prueba en sangre venosa, también puede hacerse mediante una muestra de sangre capilar a través de un pinchazo en la yema de un dedo. Se calcula que 40 de cada 100 españoles y españolas entre 18 y 49 años se han hecho alguna vez la prueba del VIH³⁷.

Como dijimos, la prueba es muy sencilla y solo se requiere la extracción de una muestra de sangre en la que se buscan anticuerpos contra el VIH. Cuando un elemento penetra en nuestro organismo y no es reconocido como propio se fabrican anticuerpos específicos para defendernos de ese posible agresor. Por eso, cuando se quiere saber si una persona tiene el VIH, buscamos en la muestra de sangre anticuerpos específicos al VIH, mediante la técnica denominada ELISA.

El resultado de la prueba puede ser positivo o negativo³⁸:

- Si el resultado es **positivo** (seropositivo: *sero/suero* y *positivo*/presencia de anticuerpos), significa que la persona ha entrado en contacto con el VIH, tiene la enfermedad por el VIH, que la tendrá para toda la vida y que puede transmitirla a otras personas.

No obstante, además de los primeros resultados positivos de VIH mediante la técnica de ELISA, siempre se hace una segunda prueba específica para confirmar que no se trata de un error.

- Si el resultado es **negativo** (seronegativo: *sero/suero* y *negativo*/ausencia de anticuerpos), puede significar dos cosas:

³⁷ SERRANO, I.: *Sexo con sentido*, Madrid, Edit. Síntesis S. A., 2007, pág. 181.

³⁸ *Manual para la formación de educadores de iguales en la prevención de la infección del VIH/sida con población inmigrante*, Madrid, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, 2003.

a. Que el organismo no ha tenido tiempo suficiente para fabricar anticuerpos a pesar de tener el VIH, ya que se necesitan unas semanas –hasta 6 meses– a partir del día en que se produce la enfermedad para desarrollarlos. A este período se le llama **período ventana**.

No obstante, en este período la persona tiene el VIH y puede transmitir la enfermedad, aunque el resultado de la prueba sea negativo. Por este motivo, si se sospecha que pudo haber infección muy reciente, se recomienda repetir la prueba pasado este tiempo.

b. Que verdaderamente la persona no está infectada por el VIH en ese momento. Esto no quiere decir que esté protegida para el futuro, sino que, simplemente, hasta el momento de realizarse la prueba no se ha infectado.

Por otro lado, algunas personas piensan, equivocadamente, que hacerse la prueba ejerce algún tipo de protección. Lo único que la prueba da, como hemos visto, es seguridad que desde algún cierto tiempo anterior hasta el momento de realizarla, no se ha adquirido la infección pero, obviamente, por mucho que se hagan las pruebas, el riesgo, que está en determinadas prácticas, no desaparece ³⁹.

³⁹ SERRANO, I.: *Sexo con sentido*, Madrid, Edit. Síntesis S. A., 2007, pág. 185.

D. Dónde hacerla

La prueba del VIH es confidencial y gratuita, y si se desea, puede hacerse de forma anónima. Se puede realizar en cualquier centro de salud de atención primaria y en las consultas externas de los hospitales. También se puede solicitar en los centros de enfermedades de transmisión sexual y en múltiples ONG que trabajan en el tema VIH.

Siempre debe ir acompañada de una consulta previa y otra posterior, en las que se aclaren los conceptos referentes al VIH/sida y se den indicaciones sobre qué hacer, dependiendo de los resultados.

E. Algunos recursos sanitarios para la atención por VIH/sida ⁴⁰

⁴⁰ www.cruzroja.es

COMUNIDAD AUTÓNOMA	CIUDAD	CENTRO	TELÉFONO
CASTILLA LA MANCHA	Albacete	Ver listado de pruebas rápidas. Prueba en Hospitales Públicos.	
	Ciudad Real		
	Alcázar de San Juan		
	Cuenca		
	Guadalajara		
GALICIA	PARA TODOS LOS HOSPITALES DE GALICIA: De forma excepcional se puede pedir cita en los hospitales para tener acceso a una consulta donde pedir la prueba.		
	A Coruña	Hospital Juan Canalejo Servicio de Medicina Interna. Unidad VIH. C/ Jubias de Arriba, 84	981 178 000 981 178 394
		Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol Medicina Interna. Unidad VIH. Ferrol	981 334 000

COMUNIDAD AUTÓNOMA	CIUDAD	CENTRO	TELÉFONO
	A Coruña	Complejo Universitario Travesía da Choupana, s/n. Santiago de Compostela	981 950 000 981 951 266
	Lugo	Hospital Xeral-Calde Rúa Severo Ochoa, s/n. Lugo	982 296 000
	Ourense	Hospital de Ourense Medicina Interna. Unidad VIH. Llevar volante del médico.	988 385 500
		Ctro. Orient. Familiar. COF C/ Juan XXIII, 68, 3 Planta. Hasta 18 años. De L a V: de 8 a 14 h.	988 385 585
	Orense - Carballido	Ctro. Orient. Familiar de Carballido - COF C/ Alberto Vilanova, s/n. Hasta 25 años. L, X y J: de 9 a 14 h.	988 273 223
	Orense - Ribadavia	Ctro. Orient. Famil. De Ribadavia - COF Hasta 25 años. M y J: de 9 a 14 h.	988 471 577
	Pontevedra	Hospital de Pontevedra Unidad de Medicina Interna. Pontevedra	986 800 000 986 807 099
		Hospital Meixoeiro de Vigo Unidad VIH. Vigo	986 811 111
		Centro Hospitalario Xeral-CIES Unidad de Seguimiento vih/sida C/ Pizarro, 20 - Vigo	986 816 000
		POVISA (Servicio Medicina Interna) C/ Salamanca, 5. Vigo	986 413 566
COMUNIDAD VALENCIANA	Valencia	CIPS de Valencia C/ S. Lázaro s/n (Acceso por aparcamiento del hospital Dr. Peset) Cita previa. Hacen Prueba rápida.	963 170 440
	Alicante	CIPS de Alicante Pza. España, 6 - Cita previa	966 478 550
	Alicante - Ibi	Ctro. Planif. y Sex. de Ibi Avda. Juan Carlos I, s/n. A partir de 14 años. L: de 9 a 14 h.	965 554 647
	Castellón	CIPS de Castellón Avda. del Mar, 12. Sin cita. De 9 a 10:30 h. y de 12:30 a 14 h.	964 239 922
MADRID	Madrid	Centro Sanitario Sandoval C/ Sandoval, 7	914 452 328 914 452 562
		Centro Municipal de Salud Distrito Centro de Madrid C/ Navas de Tolosa, 10	915 889 660 915 889 661
		Centro Madrid Salud Joven C/ Navas de Tolosa, 8. Menores de 21 años. Están a la espera de hacer la prueba rápida.	915 889 677 915 889 678
		Madrid Positivo C/ Gamonal, 79. (Zade Polígono Ind. de Vallecas) Pruebas en campañas puntuales. Llamar para preguntar.	912 237 186 912 237 187 Tel. Unid. Móvil 600 227 799
		Centro de Planificación Familiar Ernest Lluch C/ Camino del Molino, 5. Arganda del Rey. De 14 a 19 años.	918 711 344
		Centro Municipal de Salud Chamberí C/ Rafael Calvo, 6. Zona geográfica. De 12 a 20 años.	915 886 783 915 886 784
		Centro Municipal de Salud Fuencarral Avda. Monforte de Lemos, 38. Zona geográfica. Hasta 24 años.	915 886 873 915 886 871
		Centro Municipal de Salud Arganzuela P.º de la Chopera, s/n Zona geográfica. De 10 a 24 años. Prueba rápida. Pedir cita.	915 886 232 915 886 286
		Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad - CJASM C/ San Vicente Ferrer, 86. Prueba rápida. Pedir cita.	915 316 655
		Programa de Prevención del sida y ETS C/ Montesa, 22. Pedir cita.	915 885 141 915 885 142

Pruebas Rápidas

COMUNIDAD AUTÓNOMA	CIUDAD	TELÉFONO	CENTRO
MADRID	Madrid	915 316 655	CJASM C/ S. Vicente Ferrer, 86 Centro Joven: menores 29 años. Cita previa. Resultados 30 min.
		Tel. de la Sede: 912 237 186 912 237 187	Madrid Positivo: Llamar para saber donde se úbicán Teléfono de unidad móvil: 600 227 799 Sede: C/ Gamonal, 79 (Pol. Zade - Vallecas)
		915 889 677 915 889 678	Centro Municipal de Salud Joven C/ Navas de Tolosa, 8 Centro Prueba rápida oral hasta 21 años. Solo Madrid.
		915 886 232 915 886 286	Centro Municipal de Salud - Arganzuela Pº de la Chopera, s/n Zona geográfica. De 10 a 24 años. Prueba rápida.
		917 025 483	Prueba rápida a todo el mundo (Elisa 4ª generación) C/ Regueros, 3. (Zona Tribunal) Pedir cita. Atención Psico-social. Piden Tarjeta Sanitaria, si no se tiene piden DNI, pasaporte... No es anónima.
		915 224 517	Fundación Triángulo C/ Meléndez Valdés, 52 - 1º Dcha. Jueves y/o Viernes pedir cita.
		915 230 070	COGAM C/ Puebla, 9 - bajo L: de 14 a 17 h. / X: de 11 h. V: de 13 a 17 h. / S: de 11 a 14 h. Pedir la cita siempre de 11 a 14 h.
		916 732 511 916 732 595	Ctro. Municipal de Salud Pza. de Fernando VI, 1 - San Fernando de Henares Prueba rápida a empadronados y menores de 25 años, cualquier zona geográfica. Pedir cita.
		913 581 444	Apoyo Positivo Avda. del Llano castellano, s/n (Barrio de Fuencarral) Prueba rápida previa cita. L-J: de 9 a 19 h. / V: de 9 a 15 h.
		914 203 802 914 203 362	Centro Municipal de Salud Alameda C/ Alameda, 5 - Metro Atocha (Zona Lavapiés y Huertas) Prueba rápida a todo el mundo. Pedir cita. Piden Tarjeta Sanitaria, si no se tiene piden DNI, pasaporte... No es anónima. Idiomas: wolof, bambara, árabe, inglés, francés, portugués, bengalí, urdu e hindi
		913 690 491	Centro Municipal de Salud Cortes C/ Carrera de San Jerónimo, 32 - Metro Sevilla (Zona Sol y Chueca) Prueba rápida a todo el mundo. Pedir cita. Piden Tarjeta Sanitaria, si no se tiene piden DNI, pasaporte... No es anónima. Idiomas: wolof, bambara, árabe, inglés, francés, portugués, bengalí, urdu e hindi
		915 398 801	Centro Municipal de Salud Lavapiés C/ Embajadores, 41 - Metro Lavapiés y Tirso de Molina (Zona Lavapiés) Prueba rápida a todo el mundo. Pedir cita. Piden Tarjeta Sanitaria, si no se tiene piden DNI, pasaporte... No es anónima. Idiomas: wolof, bambara, árabe, inglés, francés, portugués, bengalí, urdu e hindi
		915 419 005 915 482 224	Centro Municipal de Salud Segovia C/ Segovia, 4 - Metro Latina (Zona Latina) Prueba rápida a todo el mundo. Pedir cita. Piden Tarjeta Sanitaria, si no se tiene piden DNI, pasaporte... No es anónima. Idiomas: wolof, bambara, árabe, inglés, francés, portugués, bengalí, urdu e hindi

COMUNIDAD AUTÓNOMA	CIUDAD	TELÉFONO	CENTRO
GALICIA	Santiago de Compostela, A Coruña	981 57 34 01	Comité Anti-Sida Gallego Rúa Betanzos, 35 - bajo Cita previa.
		902 141 617	Centro "QUÉROTE" Pza. do Matadoiro, s/n. Santiago de Compostela. Prueba oral a todo el mundo, preferible jóvenes. Sin cita. Verano: de 9:30 a 14:30 h. Invierno: 10 a 14 h y de 16:30 a 19:30 h.
	A Coruña	981 223 913	Centro "QUÉROTE" Rúa Panadeiras, 18. A Coruña
		902 141 617	Prueba oral a todo el mundo, preferible jóvenes. Sin cita. Verano: de 9:30 a 14:30 h. Invierno: 10 a 14 h y de 16:30 a 19:30 h.
	Lugo	982 241 732	Centro "QUÉROTE" Complejo Xuvenil LUGO. Rúa Pintor Corredoira, 4. Lugo
		902 141 617	Prueba oral a todo el mundo, preferible jóvenes. Sin cita. Verano: de 9:30 a 14:30 h. Invierno: 10 a 14 h y de 16:30 a 19:30 h.
	Ourense	988 231 470	Centro "QUÉROTE" Casa da Xuventude. Rúa Celso Emilio Ferreiro, 27. Ourense
		902 141 617	Prueba oral a todo el mundo, preferible jóvenes. Sin cita. Verano: de 9:30 a 14:30 h. Invierno: 10 a 14 h y de 16:30 a 19:30 h.
	Ferrol, Coruña	981 317 027	Centro "QUÉROTE" Rúa Santa Comba, 61. Ferrol
		902 141 617	Prueba oral a todo el mundo, preferible jóvenes. Sin cita. Verano: de 9:30 a 14:30 h. Invierno: 10 a 14 h y de 16:30 a 19:30 h.
Vigo, A Coruña	981 350 777	LAZOS- COMITÉ ANTISIDA FERROL	
	698 147 975	C/ Dr. Fleming 5-7 Bajo. Ferrol - A Coruña Pruebas rápidas de VIH Y Heptatis C. A toda la población. Previa cita.	
	986 48 43 01	Médicos del Mundo - Vigo Colectivos específicos previa valoración telefónica.	
Vigo, Pontevedra	693409274	CCANVIHAR, Asociación cidadá de loita contra o vih e a sida	
	695557373	C/ Rúa Zaragoza. nº3, local 2. Vigo - A Coruña	
	660013579	Prueba oral a toda la población. Previa cita	
	986 220 717	Centro "QUÉROTE" Rúa Ferreira, 41. Vigo	
	902 141 617	Prueba oral a todo el mundo, preferible jóvenes. Sin cita. Verano: de 9:30 a 14:30 h. Invierno: 10 a 14 h y de 16:30 a 19:30 h.	
Comunidad Valenciana	Alicante	966 478 550	CIPS de Alicante Plaza de España, 6 Pedir cita.
		963 919 723	Médicos del Mundo Colectivos de riesgo y otros previa valoración telefónica.
	Valencia	963 170 440	CIPS de Valencia C/ San Lázaro s/n (Acceso por aparcamiento del hospital Dr. Peset) Pedir cita.
		963 342 191	LAMBDA C/ Vivons, 26 - bajo Prueba oral. Cita previa. De 10 a 14 h. (también alguna tarde)
		962 876 816	Colectivo de Gays y Lesbianas C/ Joan Andrés, 9 - 1º - Gandía - Valencia
Castilla La Mancha	Albacete	967 511 068	ASEXORATE - Consejo Local de Juventud Hasta 30 años y situaciones urgentes. Prueba rápida oral y de sangre. Pedir cita.
	Toledo	925 258 090	BOLO - BOLO Centro Cívico de Palomarejos, oficina nº 5
		697 972 489	Pza. de Aquisgrán, s/n. Prueba rápida a todo el mundo. Cita previa.

¿Se puede curar el VIH/sida?

A. Tratamiento de la infección por VIH

Actualmente, la infección por el VIH no es curable y, pese a amplias investigaciones, no se tiene una vacuna eficaz que brinde inmunidad (protección) contra el virus. Empero, dos tipos de medicamentos han resultado útiles para prolongar la vida de muchas personas con VIH. Desde 1995, las investigaciones muestran que la mayoría de personas con VIH que reciben tratamiento triple con antirretrovirales, no solo demora la progresión de la infección por VIH al sida, sino que en muchas personas con sida ocurre la remisión o desaparición de las infecciones oportunistas y un aparente retorno a la salud⁴⁰.

De hecho la infección por VIH tiene un largo período de evolución que, actualmente, se puede considerar superior a 15 años. Durante este tiempo la persona con VIH tiene que recibir una asistencia que no solo considere la parte médica sino que también incluya el apoyo psicológico⁴¹.

El tratamiento de los y las pacientes con VIH comprende los siguientes aspectos:

- Tratamiento de las enfermedades asociadas.
- Tratamiento para la infección por el VIH (tratamiento antirretroviral).
- Otras medidas terapéuticas.

En la primera consulta médica se realiza una historia clínica completa que incluye los factores de riesgo practicados y, si es posible, se establece con la mayor aproximación la fecha en que se adquirió la infección. A partir de aquí, y dependiendo de la situación de cada persona, se harán revisiones cada 1, 3 ó 6 meses.

En las revisiones periódicas médicas, se realizan normalmente las siguientes actividades:

- Refuerzo de comportamientos preventivos.
- Potenciación de hábitos saludables.
- Prevención y tratamiento de enfermedades oportunistas, si existen.
- Valoración dietético-nutricional y cuidados.
- Valoración clínica.
- Cumplimiento del tratamiento antirretroviral.
- Apoyo psicosocial.

⁴⁰ TÓRTORA, J., y GRABOWSKI, S.: *Principios de anatomía y fisiología*, Edit. Oxford, 9.ª edición, 2002, págs. 775-777.

⁴¹ *Manual para la formación de educadores de iguales en la prevención de la infección del VIH/sida con población inmigrante*, Madrid, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, 2003.

- Además:
 - Recomendaciones sobre sexo más seguro: utilización, siempre y de manera correcta, del preservativo. Este aspecto es muy importante, ya que está demostrado que una persona con VIH que sigue las pautas de prevención puede llevar una vida sexual y de pareja completamente normal, sin riesgo de transmitir la infección.
 - Disminución del riesgo derivado del uso de drogas.
 - Repercusiones y toma de decisiones respecto al embarazo.

HÁBITOS SALUDABLES

- Cuidado de la forma física. El ejercicio depende de la situación clínica. En general se recomiendan los deportes o actividades de tipo aeróbico (andar, nadar, correr, ciclismo, baile, etc.). Es importante respetar el descanso nocturno suficiente (de aproximadamente 8 horas).
- Higiene corporal. Es importante mantener una buena higiene corporal (cuero cabelludo, aparato genital, etc.) e hidratar la piel para protegerla de posibles infecciones.
- Higiene bucal. Una buena higiene y un buen cuidado dental previenen infecciones de la boca, facilitan la masticación, estimulan el apetito y mejoran la nutrición. En las personas con VIH suele ser más frecuente y grave la periodontitis. Cuando se acuda a un profesional se debe informar de su estado y asegurarse de que se usan las medidas de protección adecuadas.
- Recomendar evitar el consumo de sustancias como el alcohol y el tabaco. El alcohol puede ser incompatible con los diferentes tratamientos farmacológicos, ya que estos se metabolizan a través del hígado, y el alcohol puede deteriorar el hígado. Por otro lado, el fumar, además de ser un factor de riesgo para padecer numerosas patologías, disminuye el apetito, la resistencia pulmonar frente a infecciones y perjudica la higiene bucal.

B. Medicamentos antirretrovirales

Como se dijo anteriormente, antes de la aparición de los medicamentos antirretrovirales de alta eficacia se delimitaban claramente las tres fases o períodos de los efectos del VIH en el organismo: infección primaria, intermedia o crónica y sida. Actualmente, en los países desarrollados, y gracias a estos tratamientos, no es frecuente llegar a la tercera⁴².

Los antirretrovirales son los fármacos específicos para la infección por VIH. La decisión de comenzar un tratamiento se debe considerar conjuntamente entre el o la paciente y su médico. Para ello se realiza un análisis de beneficios frente a riesgos. Se valoran los deseos del paciente, la situación clínica, el grado de depresión del sistema inmunológico, la carga viral (virus en plasma sanguíneo) y la probabilidad de cumplimiento del régimen que se va a prescribir. La decisión de iniciar el tratamiento antirretroviral viene dada, sobre todo, por la carga viral.

Antes de iniciar el tratamiento se asegura que la persona con VIH entiende y va a realizar el tratamiento, ya que un mal cumplimiento va a provocar fallos en el tratamiento y la aparición de resistencias del virus a los fármacos. Generalmente se utilizan al menos 3 fármacos.

Existen evidencias de que el tratamiento antirretroviral, cuando una persona se acaba de infectar con el VIH aunque aún no sea seropositiva, tiene beneficios sobre el sistema inmunológico.

⁴² COLOMO, C.: "Infecciones de transmisión sexual y sida", en MAZARRASA, et ál.: *Salud pública y enfermería comunitaria*, Edit. McGraw-Hill, Interamericana, 2.ª ed., 2003, pág. 1830.

Además del tratamiento específico contra el VIH, a la persona con VIH también se le aplican otras medidas como la vacunación contra la hepatitis B y el neumococo, o la prevención de enfermedades como la tuberculosis, dependiendo siempre de las características de cada paciente.

También se sabe que existen algunos tipos de VIH que no responden bien al tratamiento, o que algunos pacientes experimentan efectos secundarios importantes (toxicidad) que limitan los beneficios de los fármacos, por lo cual todavía muchos pacientes tienen complicaciones graves y mueren a causa del sida.

C. Cómo convivir con una persona con VIH/sida

Cuando la prueba ha resultado positiva (VIH+), suele producirse un gran shock emocional. Al principio, hay una etapa de negación y rabia; después, poco a poco, se produce la aceptación.

Actualmente, y en un país como España, un diagnóstico de infección por VIH o de sida ya no significa que la persona se convierta en un marginado o que vaya a morir por esta causa en poco tiempo, como lo era al principio de la epidemia. La mayoría de personas con VIH llevan vidas normales, trabajan, estudian o realizan sus actividades con pocas limitaciones, sobre todo si el diagnóstico se ha hecho antes de que la infección haya progresado a etapas tardías, cuando es más fácil obtener los beneficios del tratamiento.

Las personas con VIH tienen una serie de recursos disponibles para el manejo de su situación:

- Existen numerosas asociaciones específicas y ONG, que trabajan en la asistencia integral a las personas con VIH, en temas como asistencia psicológica, laboral, legal, familiar, etc.
- Existen recursos legales que garantizan que las personas con VIH no sean víctimas de discriminación por causa de su infección, por ejemplo en el terreno laboral.
- La asistencia médica está muy bien sistematizada dentro del sistema sanitario español. En todo el territorio español existe multitud de hospitales y centros de salud especializados, con servicios capacitados para la atención especializada de las personas con VIH.

Otras ITS: ¿qué y cuáles son?

A. Las infecciones de transmisión sexual

Como dijimos en los capítulos anteriores, una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más conocida y más grave en el mundo es la producida por el **VIH**, que como consecuencia crónica puede producir el **sida**. En este capítulo hablaremos de otras ITS.

Se denominan **infecciones de transmisión sexual (ITS)** a aquellas infecciones cuyo mecanismo de transmisión es el contacto sexual. Se dice que “generalmente” y “no siempre” se transmiten por contacto sexual, porque algunas de ellas pueden transmitirse por otras vías, especialmente la sanguínea (como el VIH y la hepatitis B), o de madre a hijo o hija durante el embarazo o el parto (como la sífilis, la hepatitis B o el VIH).

Las manifestaciones clínicas de las ITS se localizan preferentemente, pero no de forma exclusiva, en la zona genital.

Se ha hablado tradicionalmente de enfermedades de transmisión sexual, con las siglas **ETS**, para identificar una serie de patologías (cambios estructurales y procesos morbosos que presentan los enfermos) con manifestaciones generales y locales que tienen su origen en microorganismos adquiridos por contacto sexual. No obstante, en el año 1998 la Organización Mundial de la Salud (**OMS**) introdujo el término de infecciones de transmisión sexual (**ITS**) para remarcar que se pueden tener síntomas, o incluso ser portadores de estos microorganismos, sin presentar por ello una enfermedad propiamente dicha⁴³, pasando desapercibida para la persona que la padece, para su pareja y para el personal sanitario⁴⁴.

Las ITS afectan por igual a chicas y a chicos, pero quizá son los chicos los que más se preocupan por ellas. A lo largo de los siglos se ha novelado mucho con infecciones, como por ejemplo la sífilis o la gonorrea, asociándolas más a las prácticas sexuales masculinas, supuestamente más promiscuas.

B. Signos y síntomas más frecuentes

Coloquialmente, se tiende a englobar la sintomatología infecciosa masculina con el término de *uretritis*, y la femenina con los términos de *vulvo-vaginitis* o *cervicitis*, dependiendo de que la zona afectada sea la vulva/vagina o el cuello uterino, respectivamente.

⁴³ SERRANO, I.: *Sexo con sentido*, Madrid, Edit. Síntesis S. A., 2007, págs. 252-258.

⁴⁴ *Manual para la formación de educadores de iguales en la prevención de la infección del VIH/sida con población inmigrante*, Madrid, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, 2003, sesión 6.

Las primeras señales que deben hacer sospechar de una ITS son la presencia de flujo vaginal anormal o **leucorrea**; secreción amarillenta por el orificio de la uretra masculina y picor importante en la zona genital, denominado **prurito**.

Además, existen otras señales:

- **Balanitis.** Término referido a los chicos, un poco en desuso. Hace referencia a la inflamación e irritación del prepucio. Se suele asociar a picor o prurito.
- **Uretritis y otras molestias urinarias.** Términos que hacen referencia, por lo general, a las afecciones masculinas, que por contigüidad afectan tanto a la uretra como a la parte distal del pene. Sin embargo, las molestias urinarias propiamente dichas se dan con mayor frecuencia en las chicas.
- **Cistitis.** Se refiere a la infección de la vejiga de la orina. Como la uretra femenina, conducto que comunica la vejiga con el exterior, es muy corta, las posibilidades de padecerla son mayores en las chicas o en las mujeres en general. A veces no se debe a la presencia de una bacteria específica sino que su origen es mecánico, lo que habitualmente se describe como "haber cogido frío en la vejiga", o lo que es lo mismo, contracciones o espasmos involuntarios por causas diversas, especialmente por frío.
- **Úlceras o heridas.** Son ciertamente preocupantes porque pueden deberse a diversos agentes cáusticos (quemantes) o, más frecuentemente, a microorganismos (bacterias, virus, hongos). La *sífilis* y el *chancroide* también pueden manifestarse en forma de heridas y úlceras.
- **Verrugas genitales.** La aparición de verrugas en cualquier parte del pene, sobre todo en el borde del prepucio, en la entrada de la vagina, en el ano o en zonas cercanas, debe hacer pensar en una infección de origen sexual, tanto en chicos como en chicas.

De manera resumida, dada la variedad de manifestaciones de las ITS, los síntomas principales que producen, ya sean solos o combinados, son:

- Secreción uretral en el chico.
- Flujo vaginal anormal, con frecuencia acompañado de otros síntomas como picor o molestias vaginales.
- Úlceras en los genitales, dolorosas o no.
- Dolor abdominal bajo en la mujer.
- Dolor o escozor al orinar.
- Inflamación de los ganglios inguinales.
- Picor en la piel del pubis o en los genitales y enrojecimiento de los mismos.
- Dolor durante las relaciones sexuales.

C. ITS más frecuentes y tratamiento

Hay muchos microorganismos capaces de causar ITS, aunque las más frecuentes y conocidas son⁴⁵ las siguientes:

1. Caracterizadas por úlceras genitales

Las úlceras son heridas en la piel o las mucosas; en este caso se suelen localizar en órganos genitales o zonas cercanas. Aunque pueden ser debidas a diferentes causas, en la mayoría de los casos es por una ITS. Las más frecuentes son:

⁴⁵ COLOMO, C.: "Infecciones de transmisión sexual y sida", en MAZARRASA, et ál.: *Salud pública y enfermería comunitaria*, Edit. McGraw-Hill, Interamericana, 2.ª ed., 2003, págs. 1819-1833.

Infección por el virus del herpes simple: Hay dos tipos de herpes simple, el tipo 1 (suele localizarse en la boca, llamado comúnmente “calentura” y que suele transmitirse en la infancia) y el tipo 2. Este último se transmite fundamentalmente por vía sexual, produciendo vesículas (ampollas) únicas o múltiples en la piel o las mucosas de los genitales, que suelen acompañarse de picor o dolor y de síntomas generales como fiebre y malestar. Desaparece y reaparece nuevamente a lo largo del tiempo, sobre todo cuando bajan un poco las defensas, especialmente en el primer año después de haberse infectado.

La mayor parte de las personas infectadas con el virus tipo 2 no tienen síntomas y no han sido nunca diagnosticadas, con lo cual desconocen su infección y pueden transmitirla.

* Tratamiento: hay tratamientos antirretrovirales eficaces para que todo el proceso dure menos o para que las vesículas no aparezcan mientras se está tomando la medicación, pero las recaídas (recaídas) se producen con frecuencia, ya que en ningún caso estos tratamientos curan la infección.

Sífilis: Produce una enfermedad con varias etapas.

– Etapa primaria: es la más conocida, y tras unos 30 días después de tener un contacto sexual con una persona infectada, aparece una úlcera o “chancro”, parecida a un grano, generalmente en la región genital que cura en otros 30 días aunque no se inicie tratamiento.

– Etapa Secundaria: después de algunos meses (incluso 2 años), tras la curación del “chancro”, pueden aparecer manchas por el cuerpo, ganglios inflamados, lesiones diversas en la piel y en las mucosas con afectación del estado general, fiebre, dolor de cabeza, cansancio, anemia o pérdida de peso. Si no se diagnostica en esta fase y tampoco se indica tratamiento, la infección seguirá evolucionando.

– Etapa Terciaria: caracterizada por manifestaciones diversas y graves en diferentes órganos del cuerpo, como el corazón, el sistema nervioso, el sistema óseo, etc. Esto puede ocurrir hasta 20 años después de la infección primaria, aunque lo más frecuente es que aparezca entre 2 y 4 años después de haber tenido la úlcera inicial.

* Tratamiento: si se diagnostica a tiempo, los tratamientos resultan ser muy eficaces.

Actualmente, en nuestro país se hace una prueba de forma sistemática a las mujeres embarazadas, ya que es posible la transmisión al feto, y si esto ocurre puede producir enfermedades graves en el recién nacido o incluso la muerte del feto.

2. Caracterizadas por uretritis y cervicitis

Uretritis: inflamación de la uretra caracterizada por ardor y/o dolor al orinar, y emisión de material purulento (pus) al tener relaciones sexuales o bien de forma espontánea.

Cervicitis: aparición de un exudado mucopurulento (como pus) en el cuello del útero y dolor o ardor en la penetración o de forma espontánea.

Producida por el gonococo: Además de uretritis y cervicitis, hay inflamación de los órganos genitales y ardor al orinar. Suele ser muy evidente en hombres, pero en las mujeres con frecuencia pasa desapercibida.

Producida por clamidia: Se presentan síntomas parecidos a los de la gonorrea, y también suele pasar desapercibida.

Si no se tratan estas enfermedades, las mujeres que las padecen pueden presentar la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), caracterizada por dolor abdominal bajo, dolor a la penetra-

ción, sangrado anormal y leucorrea (secreción vaginal blanca). Si el gonococo o la Clamydea afecta a las trompas de Falopio puede ocasionar esterilidad.

* Tratamiento: Si se diagnostica a tiempo, tanto para la gonorrea como para la clamidia, existen antibióticos muy eficaces para tratarlas. Se hace un tratamiento a la pareja y un seguimiento posterior para evaluar la respuesta a aquel.

3. Caracterizadas por vaginitis

Vulvovaginitis por tricomonas: La vaginitis se caracteriza por el aumento del flujo vaginal de color amarillo, en la mayoría de los casos con mal olor e irritación vulvar o vaginal. Los hombres no tienen síntomas pero pueden transmitir la enfermedad.

* Tratamiento: existen tratamientos eficaces.

4. Otras ITS

Infección por el virus del papiloma humano (VPH, condiloma acuminado): Es una infección muy frecuente en todo el mundo, y en algunos países desarrollados constituye la infección de transmisión sexual más frecuente.

Produce “verrugas” aplanadas en cualquier zona de los genitales, tanto externos (hombres y mujeres) como internos (en el caso de las mujeres). Pueden ser más o menos dolorosas, y oscilar entre unas pocas y cientos de lesiones.

Puede ser especialmente importante en las mujeres ya que puede llegar a producir cáncer, especialmente en el cuello del útero y en la zona anal. Sin embargo en los hombres lo más frecuente es que no tenga ningún síntoma ni lesiones, pero actúa sin saberlo como transmisor del virus.

* Tratamiento: se debe realizar el tratamiento en caso de molestias. Suele basarse en cremas o soluciones para el tratamiento o la extirpación (erradicación) local de la lesión mediante diversas técnicas. Ya están disponibles vacunas para algunos de los diferentes tipos de papilomas, aunque su eficacia aún no está totalmente evaluada.

Hepatitis B: Es un virus que se transmite por vía sexual o sanguínea y que produce una inflamación del hígado que puede oscilar desde no dar síntomas hasta producir hepatitis fulminante y la muerte. Existen, por tanto, personas con el virus que no tienen síntomas, pero que transmiten el virus a otras personas.

* Tratamiento: no existe uno específico. Los cuidados sintomáticos y el tratamiento con antivirales, como “Interferón Lamivudine” y otros, han sido efectivos en diferentes porcentajes.

La hepatitis B es la única ITS que se puede prevenir mediante una vacuna específica.

5. Causadas por parásitos

Escabiosis (sarna): Produce picor intenso, fundamentalmente nocturno, en cualquier parte del cuerpo pero predominando en las zonas entre los dedos de las manos, las muñecas, las axilas, el abdomen, los genitales y los pechos. Se transmite por contacto de piel a piel o por contacto con ropas infectadas.

Pediculosis púbica (piojos en el pubis): El parásito se instala en el vello del pubis produciendo un picor intenso que lleva al rascado y a veces a la sobreinfección bacteriana. Puede contagiarse por contacto directo íntimo, y también con ropas infectadas.

*Tratamiento: existen tratamientos eficaces para estas dos afecciones. En el caso de la escabiosis, además del tratamiento específico, es necesario lavar con agua caliente la ropa de cama y noche. Para la pediculosis púbica, además de tratarse a la persona que padece la infección, también debe tratarse a la pareja o persona con quien se comparte la cama.

6. Otras afecciones

Si bien no se transmite en relaciones sexuales y no se consideran ITS, es necesario mencionar dos afecciones frecuentes.

Candidiasis: La candidiasis es una afección en las mujeres que con frecuencia se diagnostica cuando se realiza una prueba para evaluar una posible ITS. Es causada por hongos (*Candida albicans* y otros), que producen vaginitis (aumento de flujo vaginal, blanco y espeso), prurito, picor y dolor vaginal, dolor en la penetración, dolor o escozor al orinar, etc.

* Tratamiento: la tendencia general es tratar solo los casos que dan síntomas. Hay multitud de productos antimicóticos (tratamiento contra hongos) en crema, óvulos o comprimidos.

Vaginosis bacteriana: Se caracteriza por un aumento del flujo vaginal causado por un desequilibrio de la flora normal que hay en la vagina.

* Tratamiento: la tendencia es solo tratar los casos que dan síntomas con antibióticos específicos.

Siempre hay que tener en cuenta que cuando una persona tiene una ITS ha estado en riesgo de haberse infectado de cualquier otra, o incluso de varias. Por esta razón, siempre que se detecte una ITS es necesario realizar un estudio de sangre y en uretra o vagina-cuello uterino, para descartar la posible existencia de cualquier otra ITS. Además, es importante que la pareja de la persona que padece alguna ITS reciba también tratamiento.

No hay que olvidar que la existencia de cualquier ITS en una persona con VIH, así como en su pareja sexual, incrementa el riesgo de transmisión del VIH en un contacto sexual no protegido.

D. Prevención

Prevenir es la mejor manera de evitar una ITS. Las medidas encaminadas a la prevención están orientadas a:

– **Uso del preservativo, siempre y de manera correcta, en los contactos sexuales con penetración.**

En el capítulo V, Protección ante el VIH/sida: uso del preservativo, se explica detalladamente el uso del mismo.

– Vacunarse contra la hepatitis B. Puedes solicitar la vacunación en cualquier centro de salud de atención primaria.

– Además de las medidas específicas encaminadas a la prevención de las ITS, se recomienda, como medida general, la higiene de los genitales.

En el caso de las mujeres, empezar desde el monte de Venus hacia el ano (de adelante hacia atrás) usando agua corriente; no es recomendable el uso de duchas vaginales (ilustración 1).

En el caso de los varones, realizar la retracción del prepucio (zona donde se acumulan las secreciones) y limpiar toda el área circundante (ilustración 2).

- Por otro lado, es recomendable utilizar bragas de algodón y no llevar los pantalones demasiado ajustados para favorecer la transpiración en la zona genital femenina.

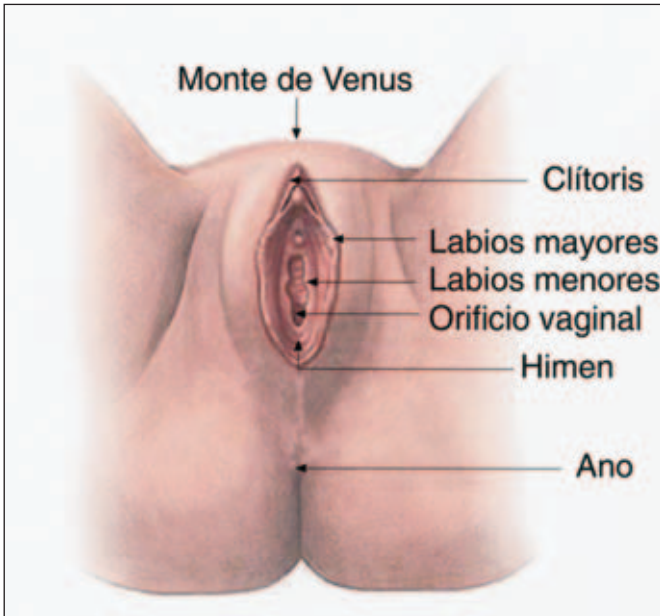


Ilustración 1: Genitales femeninos

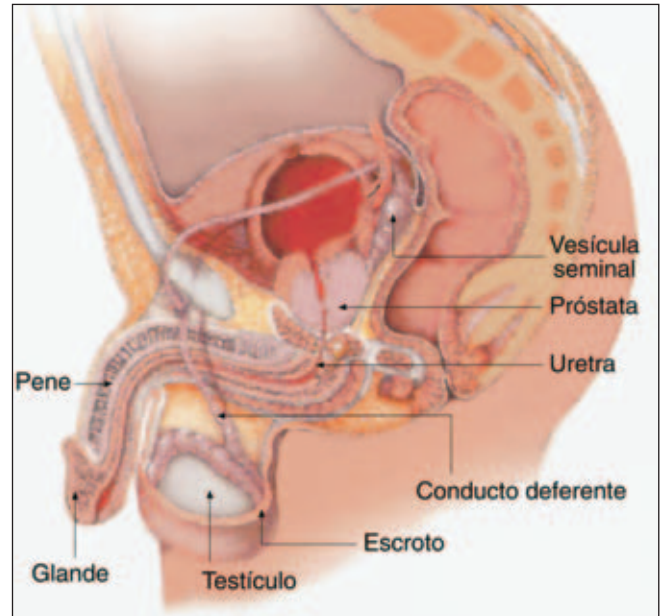


Ilustración 1: Genitales masculinos

E. Aspectos a tener en cuenta

- La gama de microorganismos que pueden dar lugar a una ITS es enorme, pero la posibilidad de infectarse se asocia a determinadas prácticas de riesgo.
- En la mayoría de los casos, nuestro organismo desarrolla defensas frente a esos agentes patógenos. Determinadas condiciones que favorecen la disminución de esas defensas, como el estrés, la mala alimentación, el consumo de sustancias tóxicas, ciertos tratamientos o enfermedades, predisponen a padecer una ITS.
- Aunque la mayoría de las infecciones que afectan al aparato genital suele adquirirse por contactos sexuales, en algunos casos, como por ejemplo la infección por hongos, el origen puede ser otro.
- Tampoco es fácil determinar el momento y las circunstancias de la transmisión. Algunas infecciones, como por ejemplo la infección por determinados virus, pueden producirse mucho tiempo antes de llegar a su diagnóstico.
- Siempre que se confirme una ITS, es necesario realizar un estudio de la persona (o personas) con la que se ha mantenido prácticas sexuales de riesgo, para tomar las medidas de prevención y tratamiento correspondientes.
- Ante la mínima sospecha, debe usarse preservativo, especialmente si existen manifestaciones clínicas en cualquiera de los dos miembros de la pareja.
- Cuando se diagnostica una ITS, se recomienda a la persona que la padece que avise a su pareja y/o a todas las personas con las que haya mantenido relaciones sexuales de forma reciente, informándole de la infección que tiene y de la posibilidad de transmisión aunque no tenga síntomas. Además, recomendarles que acudan al médico para su diagnóstico y tratamiento.

- Se debe evitar la automedicación. Ante cualquier síntoma de ITS debe acudir a un servicio sanitario adecuado para recibir el tratamiento oportuno.
- No se debe olvidar que ciertas infecciones transmisibles por vía sexual, como por ejemplo la hepatitis B o C y el VIH/sida, pueden no dar síntomas genitales.
- **Las ITS, además de producir consecuencias en sí mismas, son la “puerta de entrada” del VIH.**

Herramientas didácticas

⁴⁶ MAZARRASA, L.: "Educación para la salud", en MAZARRASA, et ál.: *Salud pública y enfermería comunitaria*, Edit. McGraw-Hill, Interamericana, 2.ª ed., 2003, cap. 13.

A. La educación para la salud⁴⁶

Todo ser humano tiene la capacidad para aprender y cambiar, sean cuales sean su edad, sexo, cultura, nivel de instrucción; aprender es un proceso activo y continuo que nos sirve para solucionar las dificultades que se nos plantean a lo largo de la vida, como pueden ser los problemas de salud. Ahora bien, la resolución de los problemas no es independiente de la vida de los individuos y colectivos. Por tanto, consideramos al aprendizaje y la solución de los problemas como un proceso único, integrado uno en el otro, en el que el sujeto deduce de su experiencia conceptos, reglas y principios que orientan su conducta en situaciones nuevas que se le van presentando, y a su vez va modificándolos de manera que incrementa su eficacia en las diferentes alternativas y respuestas sucesivas.

Este proceso circular, progresivo y en espiral, comprende cuatro etapas:

- La experiencia concreta, que nos lleva a...
- la observación y la reflexión, de las que deducimos...
- conceptos abstractos y generalizaciones que nos permiten...
- formular hipótesis que se pondrán a prueba en la función futura que conduce las nuevas experiencias, volviendo a iniciarse el proceso.

De esta manera podemos hablar de reaprendizaje y reeducación permanentes.

Hablar de educación significa referirse a la promoción de la capacidad crítica para lograr una auténtica creatividad personal y social en todos los aspectos de la vida y en el específico de la salud. Estos procesos trascienden la propia individualidad, por lo que nos comprometen también con el medio donde vivimos, al que hay que transformar y con el que mantenemos relaciones dialécticas.

En palabras de P. Freire: "educación que busca desarrollar la toma de conciencia y la actitud crítica gracias a la cual el sujeto escoge y decide, liberándolo en vez de someterlo, de domesticarlo, de adaptarlo". Esto significa que la acción educativa hay que situarla en el contexto cultural de las personas implicadas en el proceso, de forma que sean capaces de transformaciones conscientes y sociales.

La educación basada en que el experto profesional (sanitario, educador u otro) que define el problema y decide las acciones necesarias para mejorar la salud, limitándose a proporcionar información de la que se espera que se actúe en conformidad a ella, no es un verdadero proceso educativo porque crea actitudes de dependencia, expropiadoras de la experiencia y conocimiento de las personas, considerándolas seres infantilizados y sin capacidad de decisión propia.

Este proceso educativo participativo tiene un desarrollo basado en la reciprocidad y el intercambio entre los educadores y las educadoras y la población, en el mutuo conocimiento y respeto, estableciéndose relaciones complementarias y simétricas.

B. La metodología educativa

La educación es un proceso destinado a cambiar los comportamientos de las personas en un sentido deseado. Cuando hablamos de “comportamiento” nos referimos a su sentido amplio, que incluye tanto el pensamiento, como el sentimiento y la actuación.

Para desarrollar el proceso educativo necesitamos de una metodología, es decir cómo lo vamos a hacer, qué métodos y medios vamos a emplear y cuál será la actuación. Se pueden agrupar en dos categorías:

- La comunicación: incluye la conferencia, la charla, la discusión, el consejo o el asesoramiento individual. Se utilizan para esto la televisión, la radio, la prensa, las revistas (comunicación de masas); la pizarra, las diapositivas, el retroproyector, el vídeo, etc. (recursos audiovisuales); u otros recursos didácticos como documentos, folletos, juegos, modelos, maquetas (por ejemplo, de los genitales masculinos y femeninos), etc.
- Métodos de adiestramiento: incluyen el desarrollo de habilidades, como por ejemplo simulaciones, juegos, discusión en grupos, imitaciones, role-playing, demostraciones del uso del preservativo, etc.

En la metodología educativa nos tenemos que proponer objetivos; aquello que queremos conseguir en relación con los conocimientos, actitudes y habilidades/destrezas de las personas, de forma que podamos ir evaluando el proceso de aprendizaje y el punto adonde queremos llegar. Los objetivos expresados con claridad nos posibilitarán un sistema de enseñanza más eficaz.

C. Habilidades de comunicación y escucha

Cuando hablamos del término *comunicar* nos referimos a hacer partícipe a otro de algo, a descubrir, manifestar o hacerle saber una cosa, a transmitir señales de ida y vuelta, mediante un código común al emisor y al receptor.

Comunicar no es lo mismo que hablar. Una persona puede hablar de muchas cosas, incluso estar hablando durante horas pero no transmitir ningún mensaje. Podemos hablar en muchas situaciones y con muchas personas y a veces tenemos la impresión de que no entendemos, “de que hablamos idiomas diferentes”. A menudo el problema puede deberse a las palabras que utilizamos, pero otras a que no sabemos escuchar a la otra persona.

Son múltiples y variadas las motivaciones que nos llevan a comunicar y cada caso es particular. En este capítulo no nos vamos a centrar en el habla cotidiana sino en la comunicación eficaz con un

grupo o una persona, teniendo en cuenta que las formas de hablar, las expresiones que utilizamos, las habilidades que hemos de desarrollar para comunicar y para hacernos entender son fundamentales para transmitir eficazmente los mensajes. Además, hemos de crear un ambiente donde la gente se sienta cómoda, con libertad para expresarse y sin interrupciones.

ESTILOS DE COMUNICACIÓN

Aunque la **comunicación verbal** es solo una de las formas que utilizamos para expresarnos, es muy frecuente que la acompañen expresiones faciales, movimientos de las manos, los brazos y el cuerpo en general, es decir, la **comunicación no verbal**.

Existen algunos factores que influyen en la manera de comunicarnos, como por ejemplo, el concepto que se tiene de uno mismo, la cultura de la que procedemos y la educación que hemos recibido. Existe, pues, una relación entre el estado emocional-psicológico y el desempeño de las personas en todos los ámbitos de la vida.

La **comunicación pasiva** es aquella en la que las personas no expresan abiertamente sus ideas y sentimientos por temor al rechazo, por creer que su opinión no reviste importancia. El inconveniente de este tipo de comunicación es que cuando una persona se expresa, lo hace de forma velada, presentando una incoherencia entre lo que se desea y lo que se hace.

La **comunicación agresiva** es aquella en que las personas creen que solo su opinión vale la pena. No valoran el aporte que pueden hacer las otras personas. En el fondo, este tipo de comunicación también expresa inseguridad y miedo al rechazo. La desventaja de usar este tipo de comunicación es que no solo no se expresa lo que se siente, sino que causa problemas de relación con las otras personas.

En cambio, cuando nos referimos a la **comunicación asertiva** estamos tratando de ver cuál es la mejor manera de comunicar, de dar a conocer a los otros las ideas, los pensamientos, los sentimientos que tenemos, lo que permite **expresarnos y escuchar** a los demás y así desarrollar relaciones sanas y constructivas.

En este tipo de comunicación las personas expresan abiertamente lo que piensan y sienten con seguridad, respeto y calma. No tienen miedo a ser rechazadas, creen que su opinión, aunque no sea compartida, "vale la pena", pero no piensan que es la mejor o la única. La comunicación asertiva es fruto de una autoestima adecuada.

La ventaja de este tipo de comunicación es que nos hace sentir cómodos con nosotros mismos y nos acerca al logro que deseamos.

LA ACTITUD DE ESCUCHA

Para comunicarnos es importante saber hablar bien, y también saber escuchar. Oír es un proceso físico, mientras que escuchar es un proceso mental y emocional que permite captar los significados y entender lo que se nos comunica, es decir, poner en marcha la escucha activa⁴⁷.

Cuando una persona habla, podemos escucharla en cinco niveles:

- La ignoramos, no escuchamos nada.
- Fingimos que no la escuchamos.
- Escuchamos selectivamente solo lo que queremos o nos interesa.
- Escuchamos activamente. Prestamos atención y centramos toda nuestra energía en las palabras de la otra persona.
- Escuchamos empáticamente, es decir, escuchamos con la intención de comprender.

⁴⁷ GALLARDO, F.: *Formador para formadores/as*, Edit. Formación Alcalá, 2004, págs. 93-102.

La **escucha empática** se basa en el marco de referencia de la otra persona e interpreta las cosas a través de ese marco. Trata de ver el mundo como lo vería la otra persona; comprende lo que la otra persona piensa y siente, sin que necesariamente se acepte o comparta. La escucha empática implica abordar la realidad que está dentro de la cabeza y el corazón de la otra persona. En este tipo de escucha no solo intervienen los oídos, sino también los ojos y el corazón. Se escuchan los sentimientos y los significados. Se escucha la conducta, y esto resulta tan poderoso que podemos obtener datos precisos en lugar de proyectar nuestra propia experiencia y dar por hecho pensamientos, sentimientos, motivos o interpretaciones propias.

La empatía se transmite a las personas mediante los mensajes verbales, no verbales y el uso de las palabras que influyen en las emociones de las personas.

Dentro de los **mensajes verbales** están, por ejemplo, el mostrar deseos de comprender, tratar lo importante para la persona y el uso de las palabras que influyen en las emociones de las personas.

Respecto a los **mensajes no verbales** podemos decir que la empatía se transmite mediante el contacto con los ojos y la posición corporal directos, ofreciendo la cara y mostrándose con “los brazos abiertos”; es decir, siguiendo el ritmo de la persona con quien nos estamos comunicando. Por otro lado, debe haber una congruencia entre las palabras, emociones y sentimientos que transmitamos. A veces es necesario mostrar protección y cercanía con nuestro interlocutor, así como cuando sea necesario tener un contacto físico bien intencionado, especialmente cuando hay momentos de estrés.

La escucha empática también incluye facilitar el uso de la **claridad en la expresión**, pues muchas veces las personas tienen dificultades para comunicar sus ideas y sentimientos. La verdadera comunicación se produce cuando lo que se dice es igual a lo que se quiere decir.

Finalmente, para propiciar una escucha empática, debemos tener **control de nuestras emociones** ante situaciones de desacuerdo que nos producen irritación, así como ser capaces de crear un ambiente donde se muestre sinceridad, ya que muchas personas tienen temores y dudas sobre la aceptación que los demás tienen de ellas; por tanto, se comportan cautelosamente y hablan sin naturalidad.

En todo momento hay que mantener una congruencia verbal, gestual y corporal; es decir, comunicar con coherencia emocional y cognitiva.

Como decálogo te pueden servir los siguientes consejos⁴⁸:

- Demuestra que conoces el tema y que estás informado o informada.
- Habla de forma comprensiva; no utilices palabras técnicas y poco usuales.
- Pregúntale si quiere saber algo en concreto.
- Muéstrate abierto a oír sus experiencias y anima la conversación.
- Ofrece tu ayuda para más información o para cualquier otra cosa.
- Utiliza un tono de voz normal, ni muy alto ni muy bajo.
- Asiente con la cabeza de vez en cuando.
- Mantén una posición relajada, sin tensión.
- Sonríe de vez en cuando.
- Mueve las manos al acompañarte de las explicaciones.

Lo que no debemos hacer:

- Juzgar a la persona.
- Comentar malas experiencias que no pueden cambiarse.

⁴⁸ Manual para formación de educadores de iguales en la prevención de la infección del VIH/sida con población inmigrante, Madrid, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, 2003, sesión 10.

- Interrumpir constantemente y no escuchar.
- Evitar responder excusando falta de tiempo.
- Sermonear y criticar lo que otros dicen.
- Culpabilizar.
- Mostrar una actitud paternalista y de superioridad.
- Mirar a otros sitios y despistarse.
- Distanciarse demasiado de las personas.
- Burlarse.
- Mostrar gestos de disgusto o de no comprensión (exagerados).
- Hablar demasiado deprisa o demasiado despacio.

D. El proceso grupal de aprendizaje

La metodología de grupos es un concepto de la educación en general y de la educación para la salud en concreto. Es un método de aprendizaje muy adecuado para trabajar con personas que tienen experiencias y conocimientos propios. Facilita el sentido de utilidad de lo que se aprende y el estilo crítico de quienes participan. Permite aportar las experiencias y conocimientos propios al resto del grupo y contrastarlos con los de la persona que lo conduce en calidad de formador-facilitador⁴⁹.

Las técnicas de aprendizaje en grupo permiten aprender para la convivencia, desarrollan habilidades complementarias del conocimiento y aumentan la capacidad de comunicación. Por tanto, es muy importante establecer el canal de comunicación de pensamientos y de sentimientos con los y las participantes.

⁴⁹ "Enseñar a aprender mejor", *Guía para instructores de personal de atención primaria de salud*, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, n.º 64, OMS/OPS.

OBJETIVOS DEL TRABAJO GRUPAL

Están orientados a:

- Adquirir una comprensión diferente de las experiencias personales que transformen las formas de pensar y de sentir que se hayan tenido hasta el momento.
- Desarrollar el "nosotros" y "nosotras" frente al "yo".
- Darse cuenta de que las situaciones se pueden cambiar.
- Enseñar a pensar actuando.
- Enseñar a escuchar.
- Entender que los problemas que afectan a quienes participan en el grupo son más fáciles de modificar de forma grupal.
- Dar sentido de pertenencia y cohesión al grupo.
- Aprender a respetar a las otras personas de forma que el grupo se enriquezca y crezca avanzando en una reflexión conjunta, sin rivalidades ni divisiones.
- Desarrollar capacidades de cooperación, responsabilidad, autonomía y espíritu crítico.
- Vencer tensiones e inhibiciones y crear seguridad en quienes participan en el grupo.
- Construir alternativas para llegar a un producto final.

REQUISITOS Y ACTITUDES PARA LA CONDUCCIÓN DE UN GRUPO

Se debe tener en cuenta:

- Tener conocimientos y experiencia en el tema a tratar.
- Facilidad de expresión, comunicación y escucha.
- Mantener una comunicación verbal adecuada modulando la voz, adaptando el volumen al tamaño del local y al número de participantes, usar palabras sencillas, modular la velocidad y evitar el uso de muletillas, ruidos o palabras innecesarias o repetidas.
- Respecto a la comunicación no verbal, recuerda que tu cuerpo también es un elemento comunicador; por tanto, úsalo eficientemente. Desde el primer momento mira a todo el público concentrando tu atención en los rostros y en los gestos, si es necesario sonríe.
- Capacidad para facilitar la sesión, manteniendo un buen clima, mostrando interés, considerando los sentimientos y facilitando la expresión e intermediar en conflictos.
- Estimular la participación grupal equitativa.
- Capacidad para asumir riesgos y admitir críticas, estas últimas devolviéndolas al grupo en forma de avances o propuestas.
- Flexibilidad hacia las desviaciones, sin perder el control por cumplir los objetivos propuestos.
- Admitir sugerencias y alternativas.

REGLAS DEL TRABAJO GRUPAL

Todas las personas participantes deben conocer, pactar y acordar al inicio del trabajo grupal unas reglas porque facilitan el intercambio, la confianza y la cohesión.

- Todos y todas tienen derecho a hablar, a compartir experiencias y a expresar opiniones; por tanto, no valen críticas negativas, interrupciones o burlas.
- Se debe hablar en primera persona: “yo creo; yo opino, me parece que...”, es decir, no es conveniente hablar en lugar de otros.
- No interrumpir cuando otra persona está hablando.
- Participar sin acaparar el tiempo, para que todos tengan las mismas oportunidades.
- No se deben hacer juicios de valor respecto a lo que se exprese en el grupo.
- Lo que se diga en el grupo no tiene que contarse fuera, o al menos no personalizarlo, de forma que no se rompa la confianza en el grupo.

Quien conduce el grupo tiene que recordar las reglas de trabajo grupal al inicio de cada sesión y/o cuando lo considere necesario.

E. Cómo desarrollar una sesión

Este proceso incluye una organización psicológica y física de las experiencias de aprendizaje que pretendemos poner en marcha, en nuestro caso, experiencias referentes al VIH/sida y otras ITS. La estructura del contenido de esta guía sigue una secuencia lógica de ideas, hechos, nociones, principios, etc. que facilita la comprensión progresiva, por lo que se recomienda desarrollar las diferentes sesiones siguiendo esta propuesta.

1. ANTES DE LA SESIÓN

Antes de desarrollar la sesión el educador o educadora debe leer con atención las fichas de trabajo y reflexionar sobre las ideas centrales que se pretende que asimilen los y las participantes. Algunas preguntas a las que debemos responder son: ¿qué se quiere conseguir?, ¿cuál es el núcleo central que debo transmitir? ¿Incluye una o más sesiones?, ¿qué características principales tiene el grupo al que va dirigida la sesión?, etc.

Una vez resueltas las preguntas, y teniendo a mano las fichas de trabajo, estudia atentamente el soporte teórico del capítulo correspondiente y haz coincidir ambos documentos para establecer la relación entre ellos.

En este momento debemos plantearnos las siguientes preguntas: ¿están claros los contenidos teóricos y las ayudas metodológicas sugeridas?, ¿voy a transmitir todo el contenido o solamente las ideas principales?, ¿al transmitir conocimientos, necesito adaptarlos más para que sean más comprensibles?, ¿qué es lo que no entiendo?, ¿necesito profundizar algunos aspectos?, etc.

Hasta aquí ya tienes avanzada gran parte de la preparación de la sesión. No dudes en leer los documentos cuantas veces sean necesarias para que te quede todo claro, ya que de esto dependerá gran parte del buen desarrollo de la sesión. Recuerda que la profundidad y la extensión del tema las marca el objetivo pedagógico.

Superada esta fase, conviene detenernos en los siguientes aspectos que están planteados en la fichas de trabajo: material necesario y suficiente para todos los participantes, espacio físico adecuado para el desarrollo de la sesión, tiempo dedicado a la sesión, material suficiente para exponer el tema, etc. De acuerdo a esto, necesitas preparar los materiales y equipos necesarios para que los tengas listos el día que vayas a desarrollar la sesión. De forma sintética, en el apartado correspondiente de la ficha de trabajo, te damos pautas específicas para la preparación de materiales.

Para tener control de la sesión cuando estés frente al grupo, es necesario plantearse también las siguientes preguntas: ¿sé de alguna persona del grupo que ha tenido alguna experiencia relacionada con el tema a tratar? ¿Cómo puede afectar esto al resto del grupo? ¿Qué otro aspecto puede incidir en el desarrollo de la sesión?

Habiendo resuelto las preguntas anteriores, ya tienes bajo control los elementos indispensables que te garantizan un buen desarrollo de la sesión. Si lo crees necesario, ensaya la exposición ante otra persona con el fin de evaluar el tiempo empleado, la claridad de los mensajes verbales, el tipo de mensajes no verbales, etc.

También se recomienda comprobar con anterioridad el lugar y las condiciones donde va a desarrollarse la sesión y cerciorarse de que todos los participantes conozcan su ubicación.

2. DURANTE LA SESIÓN

El mismo día de la sesión debes estar antes de la hora prevista para ultimar detalles, ya que además de cerciorarte de que todo esté bajo control, pueden surgir imprevistos de última hora que tendrás que resolver. Si te quedó algún material pendiente, es el momento de completarlo.

Una vez realizada la presentación correspondiente al auditorio, da inicio al desarrollo de la sesión haciendo una breve introducción, explicando los puntos principales que se van a presentar y cómo se va a desarrollar la sesión. Es conveniente explicar el tiempo que nos llevará la sesión.

Posteriormente, desarrolla los contenidos siguiendo la guía de la ficha de trabajo de la sesión correspondiente. Si surgieran dudas o preguntas acláralas en el momento, o si la respuesta a la pregunta se desarrollará en un apartado posterior, hazlo saber. Si no tienes la respuesta en el momento,

puedes proponer que en la siguiente sesión la resolverás, o de lo contrario, siempre podrás proporcionar la dirección de alguna institución o persona de referencia para que den respuestas a las dudas más específicas y personales. En el apartado E del capítulo VI tienes algunas direcciones de interés.

Recuerda estar atento a las miradas, las posturas de la audiencia, etc. Esto te proporcionará mucha información de cómo se va desarrollando la sesión. También es necesario dar tiempo para que se compartan las experiencias, así como asegurarse de que las intervenciones de quienes participan respondan a la problemática de todos, o por lo menos de la mayoría.

En síntesis, pon en práctica los requisitos y actitudes para la conducción de un grupo y las reglas del trabajo grupal planteadas anteriormente. Antes de finalizar la sesión, presenta las conclusiones, repitiendo los mensajes claves del contenido teórico de la sesión.

3. DESPUÉS DE LA SESIÓN

Recoge todo el material utilizado e intenta hacer una evaluación y sistematización de la sesión, ya que te servirá como información para la retroalimentación de sesiones posteriores. Te proponemos algunos aspectos específicos de la sesión para evaluar en el apartado correspondiente de la ficha de trabajo.

El Programa GALIA: un modelo en la formación e intervención de los jóvenes.....	3
Cómo utilizar esta guía	5
CAPÍTULO I: ¿Qué es el VIH/sida?	7
A. Situación actual en el mundo y en España	
B. Conociendo al VIH	
C. Los efectos del VIH en el organismo	
D. Vulnerabilidad de las mujeres al VIH	
CAPÍTULO II. ¿Cómo se transmite el VIH?.....	13
A. Fluidos humanos infectados capaces de transmitir el VIH	
B. Mecanismos de transmisión	
C. Situación de la transmisión del VIH en España	
D. Cómo afecta a la gente joven	
E. Prácticas de riesgo	
F. Cómo NO se transmite	
CAPÍTULO III. ¿Cómo prevenir la infección por el VIH?	21
A. Algunas consideraciones sobre la situación de la infección	
B. Cómo prevenir la infección	
CAPÍTULO IV: La sexualidad humana	27
A. La sexualidad y la socialización masculina y femenina	
B. La sexualidad en la adolescencia	
C. Conductas sexuales	
D. El deseo sexual	
E. Construcción de la sexualidad desde la diversidad	
F. Identidad sexual	
G. Respuesta sexual humana	
H. Conoce tus derechos	
I. Creencias erróneas sobre la sexualidad	
CAPÍTULO V: Protección ante el VIH/sida.....	37
A. Los preservativos femenino y masculino	
B. Factores que pueden disminuir su efectividad	
C. Taller del preservativo	
D. Barreras para el no uso del preservativo	
E. Otras opciones de prevención ante el VIH/sida y otras ITS	
CAPÍTULO VI: ¿Cómo sé que no tengo la infección por el VIH? La prueba del VIH.....	45
A. Por qué hacerla: detección precoz	
B. Cuándo hacerla	
C. Cómo hacerla	
D. Dónde hacerla	
E. Algunos recursos sanitarios para la atención por VIH/sida	
CAPÍTULO VII. ¿Se puede curar el VIH/sida?	51
A. Tratamiento de la infección por VIH	
B. Medicamentos antirretrovirales	
C. Cómo convivir con una persona con VIH/sida	
CAPÍTULO VIII. Otras ITS: ¿qué y cuáles son?.....	55
A. Las infecciones de transmisión sexual	
B. Signos y síntomas más frecuentes	
C. ITS más frecuentes y tratamiento	
D. Prevención	
E. Aspectos a tener en cuenta	
CAPÍTULO IX: Herramientas didácticas	63
A. La educación para la salud	
B. La metodología educativa	
C. Habilidades de comunicación y escucha	
D. El proceso grupal de aprendizaje	
E. Cómo desarrollar una sesión	

