



PROMOCIÓN DE LA SALUD  
Y PREVENCIÓN DEL VIH  
A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN ENTRE PARES  
EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

**MANUAL DE APOYO**



## **Autoría**

Alberto Martín-Pérez Rodríguez.

**Federación Española de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB).**

Ana Koerting de Castro.

**Coordinadora Estatal de VIH y sida (CESIDA).**

Carmina Rodríguez Fumaz.

**HIV Unit-Germans Trias i Pujol Hospital.**

Diego García Morcillo.

**Asociación Adhara.**

Juan Ramón Barrios.

**Omsida y Coordinadora Estatal de VIH y sida (CESIDA).**

María José Fuster Ruiz de Apodaca.

**Sociedad Española Interdisciplinaria del sida (Seisida).**

PROMOCIÓN DE LA SALUD  
Y PREVENCIÓN DEL VIH  
A TRAVÉS DE LA EDUCACIÓN ENTRE PARES  
EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO

**MANUAL DE APOYO**



# ÍNDICE

## PRESENTACIÓN

**Capítulo 1** / página 9

LA INTERVENCIÓN  
DE PARES  
EN LA PROMOCIÓN  
DE LA SALUD

**Capítulo 2** / página 20

EL COUNSELING O  
CONSEJO ASISTIDO

**Capítulo 3** / página 31

ASPECTOS BÁSICOS  
DE LA INFECCIÓN

**Capítulo 4** / página 48

ASPECTOS BÁSICOS  
SOBRE TRATAMIENTOS  
Y ADHERENCIA

**Capítulo 5** / página 73

DESAFÍOS SOCIALES DE  
VIVIR CON VIH:  
ESTIGMA Y RESILIENCIA

**Capítulo 6** / página 85

PROMOCIÓN  
DE LA SALUD SEXUAL  
Y LA PREVENCIÓN  
DEL VIH

**Capítulo 7** / página 126

LA INFECCIÓN POR VIH  
EN EL ENTORNO SOCIAL  
Y AFECTIVO

ABREVIATURAS / página 139

GLOSARIO DE  
TÉRMINOS / página 140

ASOCIACIONES  
DE PACIENTES / página 142

La edición de este manual ha sido gracias a los Laboratorios Janssen, el cual no ha intervenido en la elaboración de los contenidos de este material.

# PRESENTACIÓN

Desde que CESIDA (Coordinadora estatal de VIH y sida) fue fundada en 2002 ha tenido por misión promover la presencia y la participación ciudadana en el diseño y desarrollo de políticas y estrategias integrales relacionadas con la infección por el VIH y el sida.

Sería ingenuo pensar que una intervención que abordara la prevención sólo desde un aspecto puramente informativo, pudiera promover conductas de protección frente a la infección por el VIH, dado que es fundamental generar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud, centrándose en primer lugar en la propia persona que vive con el VIH, para desde ella hacerlo de la infección y los métodos preventivos. De esa manera, la educación de pares (entre iguales) ha sido promovida desde 2006 por CESIDA en el contexto hospitalario, gracias al apoyo de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (SPNS), del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), y otras organizaciones privadas, siendo hoy en día una alternativa destacada para combatir obstáculos como la estigmatización y la discriminación de las personas afectadas, habiendo ganado importancia en las campañas de prevención del VIH y en promoción de la sexualidad responsable.

El proyecto de promoción de la salud y prevención del VIH a través de la educación por pares en el contexto hospitalario forma parte de las estrategias emergentes de “prevención positiva” para detener la expansión del VIH y el sida, ayudando a las personas que han contraído el virus o desarrollado la infección, para proteger su salud, retrasar el progreso de la infección, mitigar su afectación anímica desarrollando su autoestima y evitar la transmisión del VIH a otras personas.

La educación entre iguales tiene varias ventajas frente a otros métodos de promoción y educación para la salud, destacando la mayor credibilidad percibida a los ojos del grupo al que va dirigida, eliminando barreras para la plena comunicación y confianza. La población que ha participado en ella con frecuencia defiende este enfoque, puesto que par y las personas usuarias, tienen intereses comunes en cuanto al tratamiento, la sexualidad, la autoestima, su papel social, etc.

Hoy en día, el proyecto se contempla dentro de la línea de estrategias de intervención para la prevención de la infección VIH en poblaciones específicas incluidas en el Plan Estratégico frente a la Infección por VIH y el sida 2013-2016 del MSSSI; habiendo demostrado que esta forma de intervención con las personas que viven con el VIH es especialmente eficiente. El medio hospitalario, y las unidades de VIH en particular, constituyen un lugar idóneo para el desarrollo de estas actividades preventivas y de promoción de la salud.

Este material, elaborado por personas expertas y educadores/as de pares, pretende ser una herramienta didáctica para apoyar el trabajo como educador/a.

No nos queda más que agradecer al actual equipo de pares, participantes e instituciones, su colaboración; e invitar a poner en marcha este programa en las en las unidades de VIH que no dispongan de él, para lo que encontrarán el apoyo de CESIDA.

Juan Ramón Barrios  
**Presidente CESIDA**





## Capítulo 1

# LA INTERVENCIÓN DE PARES EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

María José Fuster Ruiz de Apodaca

**Sociedad Española Interdisciplinaria del sida (Seisida)**

01

## DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA EDUCACIÓN ENTRE PARES

Revisiones científicas recientes concluyen que la falta de claridad conceptual es algo que caracterizaba el campo de las intervenciones de pares. De hecho, si se revisa la literatura científica se pueden encontrar docenas de términos para referirse a pares, entre ellas, educador/a, educador/a en salud, educador/a comunitario/a **(1)**.

Lingüísticamente el concepto de par sería equivalente a alguien que es igual o muy similar, alguien que es igual a otra persona en rango, estatus, méritos, etc. Con base a estas definiciones el apoyo prestado por un par se definiría como el apoyo prestado por una persona considerada igual. Sin embargo, esta definición es muy simplista **(2)**. Es por ello que Simoni et al, **(1)** proponen los siguientes elementos que son esenciales para definir qué es un “par”.

**A)** Los pares comparten con su grupo objetivo características personales, circunstancias o experiencias clave. En inglés existe un adjetivo para definir la relación entre pares “peerness”. Este término tiene difícil traducción al español.

La identidad personal puede provenir de una gran variedad de fuentes, como por ejemplo pertenecer a una categoría grupal, desempeñar un rol o haber tenido unas experiencias específicas. Sin embargo, no todas estas categorías servirán para definir o establecer una relación de pares. En este sentido, las grandes categorías como el género o la raza suelen ser insuficientes. Sin embargo, la coincidencia en características o estatus estigmatizado es un aspecto muy importante para establecer la relación de pares (por ejemplo haber sido usuario de drogas para intervenir con éxito en personas que usan drogas o tener VIH para hacerlo con personas que tienen el VIH).

**B)** Aunque los pares normalmente desarrollan actividades profesionales o actividades que pueden desarrollar personas que no son pares (por ejemplo promoción de la salud), los beneficios de sus intervenciones son debidos en su mayoría a su estatus de pares. Es decir, que su valor y su eficacia son debidas, no solo a los servicios que presta, sino también a su estatus de par.

**C)** En general, los pares se forman para llevar a cabo intervenciones específicas pero no tienen estatus profesional para la actividad que desarrollan, es decir, que no se caracterizan por tener titulaciones académicas específicas para dicha actividad. Las personas que son educadoras de pares que van ganando estatus profesional pueden ser consideradas “pares profesionales”. En este caso, el ámbito de su trabajo está definido más por su formación profesional que por su estatus de pares aunque, por supuesto, su eficacia y valor se incrementan por la suma de su estatus mixto de profesional y par.

**D)** Los pares se seleccionan intencionalmente para formar parte de programas de ayuda y actúan conforme a protocolos o guías más o menos estructurados o específicos. Se forman en el ámbito concreto en el que actúan. Las relaciones de ayuda que establecen no suelen ser las relaciones que establecen en la vida cotidiana.

La intervención de los pares se ha de distinguir por tanto de lo que son las redes sociales naturales. Estas redes se seleccionan de manera natural a lo largo de la vida y suelen ser la familia, amistades, compañeros/as de trabajo o de otras actividades. Estas personas nos proporcionan diferentes formas de apoyo social pero, a diferencia de las personas educadoras de pares, no suelen tener una formación específica para ello. La intervención de los pares o de los pares profesionales tiene la ventaja, frente a las redes de apoyo naturales, de que su intervención suele ser más eficaz puesto que están formados y están destinados intencionalmente a la ayuda por lo que no se requiere que haya reciprocidad en el apoyo. Las desventajas son el hecho de que pueden tener menos disponibilidad que las redes sociales naturales, que el contacto es más limitado puesto que dura el tiempo de la intervención, y que la relación es menos firme y más reciente.

**La Figura 1** muestra gráficamente las diferencias entre el apoyo de las redes sociales naturales y el de los pares.

Figura 1:



02

## ELEMENTOS Y CARACTERÍSTICAS NECESARIAS PARA LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN DE PARES

Las intervenciones de pares tienen una serie de ventajas importantes. Entre ellas, el hecho de que los pares funcionan como una fuente de información con credibilidad, que la información que ofrecen puede en ocasiones ser más influyente que aquella proporcionada por algunos profesionales debido al proceso de identificación que se produce y por el gran conocimiento que tienen de las características y problemas de sus iguales. Asimismo, las personas educadoras de pares funcionan como modelos positivos de rol, su intervención empodera a quienes que involucra, utilizan significados establecidos de compartir información y consejo, y beneficia a aquellos que están implicados en suministrarlo. Además, los pares

tienen acceso físico y sociocultural a su población diana.

Sin embargo, el hecho de compartir circunstancias o características similares por sí solo no garantiza que la intervención del par vaya a ser eficaz **(2)**. Existen atributos que ha de tener el par y circunstancias que determinan el que los programas de educación de pares sean eficaces.

Respecto a los atributos del par, en primer lugar, es necesario que exista la mayor similitud posible entre él o ella y los iguales a los que presta soporte. Por ejemplo, en el caso de un par con el VIH la eficacia de la intervención se puede incrementar si el parecido es grande en perfil y experiencias. Cuanto más homogénea sea la relación será más probable que el apoyo entre pares conduzca a una mayor empatía, comprensión y ayuda mutua **(3)**. Además, el par debe tener conocimiento práctico derivado de su propia experiencia

en las circunstancias compartidas con su población diana. También es necesario que esté entrenado en habilidades concretas, como pueden ser las de relación, de comunicación, etc. Finalmente, es reconocido que el par debe recibir formación.

No obstante, el grado de formación que se requiere es un tema en el que hay lagunas en la literatura científica. Esto se deriva por un lado de la heterogeneidad que hay en los programas de formación. Asimismo, existen autores que defienden que el entrenamiento deber ser estrictamente estructurado para el programa que desarrollen los pares con el fin de preservar así las cualidades intrínsecas del par **(2)**.

Sin embargo, de forma contraria, otros opinan que la profesionalización de los pares que intervienen en el ámbito de la salud a través de algún título, certificación u otro tipo de educación formal podría ser beneficiosa. Esto tendría el beneficio de hacer su rol más uniforme y elevar el valor de la intervención de los pares ante los ojos de otros profesionales de salud y grupos de interés clave **(4)**.

Lo que es un hecho es que la falta de evaluación rigurosa y de descripción suficiente de los programas de intervención que presentan la mayoría de los estudios que evalúan la eficacia de las intervenciones de pares **(5)**, dificulta hallar una respuesta contrastada para la cuestión del grado de formación que es adecuado que reciban los pares.

En relación a la eficiencia de los programas de educación entre

pares existen expertos que opinan **(6)** que solo se produce cuando se acompañan de otra serie de programas y acciones, se realiza una adecuada captación y selección de personas candidatas a convertirse en educadores de pares, se forma adecuadamente a los pares, existe una buena supervisión y acompañamiento profesional, disposición de herramientas de calidad para realizar su labor, y una conveniente evaluación de los programas.

Finalmente, es necesario también que se den ciertas características en la relación de ayuda entre pares. La relación tiene que ser deseada por ambas partes, tiene que tener la continuidad suficiente como para dar respuesta a la necesidad de la persona a la que se presta soporte, ha de ser una relación centrada en la persona y en la que haya reconocimiento mutuo y es necesario que haya afinidad **(1,2)**.

Si los anteriores elementos no se dan, existe la posibilidad de que el apoyo de los pares produzca resultados negativos. Entre ellos están el conflicto, las críticas, la excesiva implicación emocional que puede derivar en un contagio del estrés, el refuerzo de conductas negativas, la disminución de la autoeficacia percibida o la inestabilidad. Además, con el argumento de realizar intervenciones coste-efectivas, se puede producir la explotación y sobrecarga de los pares utilizándolos en sustitución de servicios profesionales **(2)**.

## LA IMPORTANCIA DEL APOYO SOCIAL EN LA SALUD FÍSICA Y PSICOLÓGICA: EL PAR COMO FUENTE DE APOYO SOCIAL

En un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta una persona para afrontar y superar los problemas que pueda tener. En la transacción interpersonal que conlleva el apoyo social se incluyen algunos de los siguientes aspectos:

**(A) preocupación emocional:** sentimientos de amor, empatía, escucha activa, evitación de críticas, etc., que redundan en la experiencia de sentirse aceptado/a, cuidado/a, admirado/a, respetado/a y valorado/a pese a las grandes dificultades personales **(7)**;

**(B) ayuda instrumental:** la provisión de ayuda material, es decir de bienes o servicios;

**(C) información:** la provisión de información y consejo relevante para el problema de la persona que incluye la disponibilidad de recursos relevantes, la evaluación objetiva de los orígenes del problema, los cursos de acción alternativos y guía sobre la eficacia de las acciones a llevar a cabo;

**(D) valoración:** apoyo relevante para la auto-evaluación. Este apoyo ayuda a afrontar las implicaciones

futuras que tienen muchos estresores, a través de aspectos motivacionales como alentar a persistir en la resolución de los problemas, garantías de que los esfuerzos tendrán éxito, apoyo para soportar la frustración y transmisión de optimismo **(8)**. Por tanto, el apoyo social es algo multidimensional **(9)**.

Los pares juegan un papel relevante como fuente de apoyo social y cada tipo de apoyo va a ser especialmente útil dependiendo de los problemas que tenga la persona a la que se ayuda y el tipo de intervención que se realice con ella. Por ejemplo, las intervenciones de pares que van dirigidas a la promoción de la salud tienen un fuerte componente informativo mientras que los programas para personas recién diagnosticadas de infección por el VIH tienen, inicialmente, un gran componente emocional.

No obstante, todas las intervenciones de pares conllevan algún grado de los diferentes tipos de apoyo social que se pueden dar **(2)**. Existen diferentes intervenciones basadas en el apoyo social que los pares llevan a cabo. En la **Tabla 1** se puede observar una revisión de estas intervenciones llevada a cabo en EEUU **(10)**.

**Tabla 1:**

**INTERVENCIONES DE PARES CATEGORIZADAS POR TIPO DE APOYO SOCIAL**

(tomado de Dutcher et al., 2011).

INFORMACIONAL	EMOCIONAL	INSTRUMENTAL	AFILIACIÓN
Tratamiento	Compartir historia	Internet	Facilitar actividades (talleres...)
Infecciones oportunistas	Escucha	Interpretar jerga médica	Contacto con grupos de apoyo
Adherencia	Acompañamiento	Recordar citas	Aumento redes sociales
Hábitos saludables	Revelación VIH	Derivación otros recursos	Potenciar búsqueda apoyo social
Efectos adversos	Contacto físico	Traslados a citas	
Qué preguntar al médico	Normalización	Seguimiento	
Sexo seguro	Compromiso	Trámites médicos burocráticos	
Comunicar información de salud	Esperanza	Ayudar cuidado niños	
	Autoestima	Ayudar a buscar trabajo	
	Afrontamiento		

El apoyo social tiene efectos positivos en la salud a través de dos mecanismos. El primero de ellos es un mecanismo directo que tienen que ver con la relajación y el afecto positivo que provoca la mera presencia de otras personas. Por ejemplo, se ha demostrado que los sistemas de activación neurológica ante la amenaza se atenúan entre aquellos que se dan la mano. Además, involucrarse en una relación de pares puede aumentar la integración social y está demostrado que esta aumenta la supervivencia y la longevidad en diferentes enfermedades como el cáncer y que disminuye la depresión y la susceptibilidad a padecer enfermedades infecciosas (11).

La relación de pares provee un acceso extenso a múltiples fuentes de información incrementando por tanto la posibilidad de recibir información apropiada que influya en el aumento de hábitos saludables y en la motivación para desarrollar dichos hábitos (12). En suma, a través del mecanismo directo del apoyo social, el apoyo de pares puede influir positivamente en la salud disminuyendo el aislamiento y el sentimiento de soledad, promoviendo hábitos de salud y desalentando las conductas no adaptativas, promoviendo estados psicológicos positivos y la motivación individual, suministrando información sobre conductas y servicios que ayudan al bienestar y previniendo

el riesgo de enfermedad o de su progresión **(2)**.

El apoyo social influye también de forma positiva en la salud indirectamente porque mejora el sistema inmunológico a través de reducir los efectos negativos del estrés. A través de este mecanismo el apoyo de los pares protege a las personas de los efectos negativos de eventos estresantes o determina las respuestas individuales ante esos sucesos. Cuando las personas se encuentran con estresores se activan dos mecanismos de valoración. El primero de ellos consiste en evaluar si el evento supone una amenaza, un daño o un desafío. A continuación la persona evalúa si dispone de suficientes recursos de afrontamiento **(13)**. El apoyo de pares puede influenciar estos procesos. Por un lado, pueden ayudar a reducir y a redefinir la percepción de amenaza que supone encontrarse ante un estresor. También a reducir la reactividad fisiológica que ocurre ante el estrés. Cuando el estrés provoca ansiedad poder compararse con un par que responde de forma calmada ante este estresor, da seguridad y ayuda a regular esa respuesta, es decir, a interpretarla de forma más benigna. Además, el poder contrastar con un par las posibles respuestas y formas de afrontamiento ante un estresor sirve para inhibir las conductas nocivas o no adaptativas y a favorecer las estrategias de afrontamiento activas y que ayuden a resolver el problema **(2)**. Por tanto, el apoyo de los pares

sirve para atenuar los efectos negativos del estrés a través de los siguientes mecanismos: redefiniendo y reduciendo el potencial daño causado por el estresor, ampliando la cantidad de recursos de afrontamiento, discutiendo estrategias de afrontamiento y técnicas de resolución de problemas, proveyendo un modelo normativo sobre conductas positivas, inhibiendo respuestas y conductas no adaptativas, y contrarrestando la tendencia a culparse a sí mismo por haber provocado la situación estresante (lo que podría perjudicar que se realizasen esfuerzos activos para afrontar la situación) **(14)**.

04

## IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DE PARES EN LA PROMOCIÓN DE LA AUTOEFICACIA

La autoeficacia es la percepción y valoración que hace de sí misma la persona como poseedora de la capacidad y recursos personales necesarios para hacer frente a las diversas situaciones a que se enfrenta en su vida diaria **(15)**. Esta variable es un importante mediador de las conductas de salud y existe abundante evidencia de que impacta en todos los aspectos de nuestras vidas. Por ejemplo, en el caso de la adherencia al TAR se ha hallado que es el predictor con más alta asociación **(16)**.

La autoeficacia es un componente importante del empoderamiento de las personas y también de la resiliencia. La intervención de los y las pares puede tener un impacto importante en el incremento de la autoeficacia y del sentimiento de control de la propia vida.

A través del aumento de la autoeficacia y del sentimiento de competencia, la intervención de los/as pares puede ser fundamental para fomentar el empoderamiento de sus iguales. Según la Teoría social Cognitiva (15) existen varias fuentes de auto-eficacia.

En primer lugar, la fuente más inmediata y poderosa del sentimiento de autoeficacia, son las experiencias de logro que las personas hayan tenido en su experiencia vital. Las experiencias exitosas o satisfactorias aumentan la percepción autoeficacia y lo contrario ocurre con los fracasos. Sin embargo, el efecto objetivo de la experiencia se modifica por la forma en que se interpreta la actuación personal y por los resultados deseados. La intervención de pares puede ser de mucha ayuda en el incremento de la percepción de autoeficacia. Esto es así porque proporcionan oportunidades reales para practicar habilidades, ayudan a que el igual sobre el que intervienen focalice la interpretación de su comportamiento en los aspectos positivos y le proporcionan refuerzo de esos aspectos.

Asimismo el aprendizaje vicario es una fuente de autoeficacia. Este

tipo de aprendizaje se refiere al que se adquiere o se vive a través de la observación de las experiencias de otras personas. Este aprendizaje es más eficaz cuanto más similar sea el modelo al que observamos. Por tanto, a través de un proceso de comparación con la experiencia exitosa de afrontamiento del proceso de salud del par, la persona a la que se ayuda puede mejorar su percepción de capacidad personal. Además de este proceso también los pares pueden enseñar estrategias de afrontamiento efectivas y transmitir información sobre la capacidad de controlar y predecir el rendimiento del comportamiento.

Otra fuente de autoeficacia es la persuasión social. Los pares son importantes fuentes de influencia porque dan apoyo y estímulo y porque la información que transmiten es considerada válida y creíble por su legitimidad como par.

Finalmente, también las respuestas fisiológicas que se activan en determinadas situaciones, por ejemplo la ansiedad o el estrés influyen en la autoeficacia. Los pares son de utilidad también aquí porque pueden promover una interpretación positiva y normalizadora de dichos tipos de activación. Interpretar positivamente la activación fisiológica, atribuyéndola a la excitación o la satisfacción aumentan la autoeficacia mientras que interpretarlas negativamente como ansiedad, estrés, fatiga, etc., reduce el sentimiento de autoeficacia personal.



En resumen, la intervención de pares puede repercutir positivamente en la salud de sus iguales a través de: ayudar a la interpretación positiva de las experiencias personales y reforzar positivamente los logros, proporcionar experiencia vicaria y aprendizaje observacional a través de ser un modelo de rol, ofrecer oportunidades para realizar comparaciones sociales que promuevan la motivación y la auto-evaluación positiva, enseñar estrategias de afrontamiento y transmitir información sobre la capacidad para ellas, ayudar a interpretar positivamente a activación física, y fomentar la reestructuración positiva de los pensamientos negativos **(2)**.

05

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**(1)** Simoni JM, Franks JC, Lehavot K, Yard SS. Peer interventions to promote health: Conceptual considerations. *Am J Orthopsychiatry*. 2011;81(3):351–9.

**(2)** Dennis C-L. Peer support within a health care context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2003;40(3):321–32.

**(3)** Helgeson V, Cohen S, Fritz HL. Social Ties and Cancer [Internet]. *Psycho-Oncology*. 1998. p. 99–109. Available from: <http://repository.cmu.edu/psychology/853>

**(4)** Enriquez M, Farnan R, Neville S. What Experienced HIV-Infected Lay Peer Educators Working in Midwestern U.S.

HIV Medical Care Settings Think About Their Role and Contributions to Patient Care. *AIDS Patient Care STDS* [Internet]. 2013;27(8):474–80. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/apc.2013.0021>

**(5)** Simoni JM, Nelson KM, Franks JC, Yard SS, Lehavot K. Are peer interventions for HIV efficacious? A systematic review. *AIDS Behav*. 2011;15(8):1589–95.

**(6)** Arenas C. Guía para la Promoción de la Salud Mental en el Medio Penitenciario. Ministerio del Interior. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. 2011. 198 p.

**(7)** Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosom Med*. 1976;38(5):300–14.

**(8)** Wills TA, Shinar O. Measuring perceived and received social support. Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists. 2000. p. 86–135.

**(9)** Pastor Mira MA, López Roig S, Rodríguez Marín J. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad [Internet]. *Psicothema*. 1993. p. 349–72. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/>

**(10)** Dutcher MV, Phicil SN, Goldenkranz SB, Rajabiun S, Franks J, Loscher BS, et al. “Positive Examples”: a bottom-up approach to identifying best practices in HIV care and treatment based on the experiences of peer educators. *AIDS Patient Care STDS*. 2011;25(7):403–11.

**(11)** Seeman TE. Social ties and health: The benefits of social integration. *Ann Epidemiol*. 1996;6(5):442–51.

**(12)** Rook KS, Thuras PD, Lewis M a. Social control, health risk taking, and psychological distress among the elderly. *Psychol Aging*. 1990;5(3):327-34.

**(13)** Eysenck HJ. Stress, appraisal, and coping. *Behaviour Research and Therapy*. 1985. 714-715 p.

**(14)** Gottlieb BH. Social Networks and Social Support: An Overview of Research, Practice, and Policy Implications. *Heal Educ Behav* [Internet]. 1985;12(1):5-22. Available from: <http://heb.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/109019818501200102>

**(15)** Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health*. 1998. p. 623-49.

**(16)** Langebeek N, Gisolf EH, Reiss P, Vervoort SC, Hafsteinsdóttir TB, Richter C, et al. Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy ( ART ) for chronic HIV infection: a meta-analysis. 2014;1-14.





## Capítulo 2

# EL COUNSELING O CONSEJO ASISTIDO

Ana Koerting de Castro

**Coordinadora Estatal de VIH y sida (CESIDA)**

01

## INTRODUCCIÓN

Existe cierta controversia acerca de la correcta traducción de counseling al castellano. Es difícil, según Bimbela, encontrar una palabra que englobe todos sus elementos y matices y que pueda traducir su significado completo. «*Consejo asistido*» y «*relación de ayuda*» son las traducciones más frecuentemente utilizadas **(1)**, pero la definición de counseling es algo más compleja, ya que se considera como un «*proceso interactivo basado en estrategias comunicativas que ayuda a reflexionar a una persona de forma que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para sí misma de acuerdo con sus valores e intereses y teniendo en cuenta su estado emocional*» **(2)**.

Con esta técnica de comunicación se puede potenciar los propios recursos de las personas, su auto-conocimiento, manejar sus emociones y así facilitar que puedan vivir de un modo más pleno y gratificante, siendo conscientes y comprendiendo su enfermedad. El counseling se



apoya, fundamentalmente, en el principio bioético de la beneficencia, apareciendo un cambio de paradigma: de la toma de decisión basada en el paternalismo –donde se impone el mejor criterio del profesional sanitario– a un modelo deliberativo y participativo; es decir, no consiste en dirigir, ordenar, moralizar ni juzgar la actitud del/la usuario/a, sino en facilitarle todos los elementos necesarios para que pueda corresponsabilizarse en decisiones que atañan a su salud. Por tanto, podríamos considerar que el counseling otorga al usuario/a el papel de «*conductor*» de su propio proceso salud-enfermedad y al educador/a el de «*facilitador*» o «*co-piloto*» de esa conducción **(1,3)**.

02

## CONSEJO ASISTIDO EN LA INFECCIÓN POR EL VIH

El consejo asistido en relación con la infección por el VIH consiste en establecer una relación de participación y apoyo para promover la reducción de prácticas de riesgo, proveer apoyo psicosocial a las personas con el VIH y sus familiares, y proporcionarles herramientas que les ayuden a tomar decisiones para la resolución de problemas.

El resultado final se expresará en la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con la infección, en su capacidad de afrontar la nueva situación de la mejor manera posible, y en que se reduzca la morbilidad psicológica asociada.

03

## ¿QUIÉN PUEDE REALIZAR EL COUNSELING?

El counseling es una práctica profesional basada en la psicología, como ciencia del comportamiento, que interviene en la conducta y en los estilos de vida y que puede ser utilizada por cualquier persona debidamente formada.

Las personas que brindan counseling deben tener una amplia capacidad de comprensión y sensibilidad, para no emitir juicios ni dar consejos, sino entender la realidad de la persona de forma que pueda expresar con libertad sus sentimientos y dudas.

Es una herramienta fundamental para el trabajo de los/as educadores/as de pares, por ello es importante que se capaciten y entrenen en determinadas habilidades comunicativas, tanto verbales como no verbales.

Las personas que brindan counseling deben tener una amplia capacidad de comprensión y sensibilidad, para no emitir juicios ni dar consejos, sino entender la realidad de la persona de forma que pueda expresar con libertad sus sentimientos y dudas.



**Para ser un/a buen/a consejero/a, el/la educador/a de pares debe preguntarse**

¿Puedo ser percibido/a como alguien en quien se puede confiar?

¿Soy capaz de expresarme de manera no ambigua?

¿Puedo aceptar cualquier faceta de otra persona?

¿Puedo permitirme entrar en el mundo de los sentimientos y significados de otras personas?

¿Puedo permitirme experimentar actitudes positivas hacia otras personas, como la calidez, el interés y el respeto?

¿Puedo actuar de tal manera que mi conducta no sea percibida como una amenaza?

¿Puedo interactuar con una persona sin que mis vivencias o mi manera de pensar afecten a la relación?

### **Además... No debería...**

Imponer.

Evitar las emociones del/la usuario/a.

Hacer que la persona usuaria se justifique.

Intentar "hacer ver".

Provocar reacciones.

Dar soluciones.

Intentar convencer.

Insistir.

Dar información que ya tiene a la persona.

Rescatar.

Juzgar, opinar...,

Enfadarse y regañar.

### **Es mejor...**

Escuchar.

Preguntar por las emociones.

Facilitar la reflexión.

Ofrecer opiniones.

Hacer que reflexione y responda.

Hacer que la persona usuaria genere opciones.

Aceptar lo que piensa el usuario o usuaria.

Dialogar.

Averiguar si la persona quiere más información.

Empatizar.

Intentar entender al usuario o usuaria.

Poner límites.

## PRINCIPIOS BÁSICOS DEL COUNSELING

Uno de los fundamentos básicos sobre los cuales se basa la consejería es que no se toman decisiones por el/la usuario/a, ni se aprovecha la posición de consejero/a para inducir, convencer o influir en la toma de decisiones. El uso de términos como “debes”, “tienes que” no deberían ser parte del léxico usado en las sesiones de consejería. Mediante la persuasión, el razonamiento conjunto y la verdadera muestra de interés por el/al usuario/a, éste/a podrá tomar decisiones de manera libre y voluntaria.

### El counseling debe ser (4)

**Confidencial.** Se debe brindar a la persona un espacio seguro y confidencial donde pueda expresar con tranquilidad sus inquietudes y emociones, y afrontar decisiones vitales que a menudo acarrearán incertidumbre, miedo y ansiedad.

**No directivo.** La persona consejera debe conducir la sesión de forma sutil, buscando conocer la demanda real de la persona usuaria, favoreciendo un ambiente que facilite el diálogo entre ambas.

**Sin juicios.** El/la educador/a de pares que realiza la consejería o counseling no debe juzgar, etiquetar o regañar a la persona usuaria por su comportamiento, aun cuando no esté de acuerdo, y aunque parezca

contradictorio, no debe dar consejos, ni imponer sus opiniones, lo que permitirá crear una atmósfera de cordialidad, entendimiento y respeto.

**Sin negarse** a tratar algún tema o situación que molesta, incomoda, desagrada o se desconoce.

**Focalizado.** Se trabaja un solo tema con el fin de identificar la problemática.

**Informativo.** Se debe proporcionar información veraz, clara y suficiente, de acuerdo a la necesidad y conocimientos de la persona usuaria.

**Con tiempo acotado.** Para lograr que haya un desarrollo de la sesión adecuado, con un inicio y un fin. El tiempo promedio de una sesión de counseling es de 45 minutos.

**Profesional.** El counseling no deberá confundirse con una charla de amigo/as.

**No confundir el counseling con una sesión de psicoterapia,** sino una sesión de asesoría para la toma de decisiones informadas sobre un aspecto específico.

## HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Las personas usuarias del programa de pares necesitan sentirse acogidas, es decir, escuchadas, validadas, entendidas y atendidas y esto no es posible sin una buena comunicación. Necesitan un contexto relacional en el que puedan sentirse motivadas.

A fin de facilitar el proceso de la comunicación, se deben considerar dos aspectos fundamentales:

**1.** Uno de naturaleza **actitudinal** donde el/la educador/a de pares considera a la persona usuaria como una colaboradora y aliada cuyas aportaciones y sugerencias son valoradas y apreciadas. Escuchar activamente las necesidades y deseos de las personas usuarias del servicio, expresar empatía, observar atentamente la conducta no verbal, reflexionar sobre la situación personal del/la usuario/a, desarrollar una relación o alianza terapéutica segura, crear armonía y confianza en la relación, tener conocimiento y práctica de los principios éticos en el ámbito de la consejería y mantener la confidencialidad **(5)**.

**2.** El otro aspecto implica la necesidad de **entrenamiento de habilidades de comunicación específicas**, todo ello con el objetivo de: **(4)**

**Optimizar** las relaciones interpersonales del tal forma que el par se convierta en una persona significativa y de confianza para la persona usuaria.

**Identificar** las principales preocupaciones del/la usuario/a, sus creencias y expectativas.

**Informar, motivar y facilitar** cambios en sus comportamientos de riesgo.

**Potenciar** el autocontrol sobre su salud, describiendo pautas y normas de actuación claras.

**Amortiguar** el estrés y el impacto emocional.

**Acompañar y alentar** al usuario/a y sus familiares a lo largo del proceso de la enfermedad.

**Plantear y describir** estrategias de solución de problemas.



## 5.1 ELEMENTOS BÁSICOS DE LA COMUNICACIÓN (4)

### Escuchar activamente

Consiste en escuchar con comprensión lo que la otra persona está diciendo, utilizando técnicas de comunicación verbal y no verbal que transmitan atención, interés y confianza.

#### Verbales

Preguntar.  
Informar.  
Sugerir.  
Expresar sentimientos.

#### No verbales

Expresión facial.  
Mirada.  
Gestos.  
Postura corporal.  
Proximidad física respecto a la persona usuaria.  
Tono de voz, volumen y fluidez.



### Pasos para la escucha activa:

#### ¿Qué hacer?

- Asumir una postura activa.
- Mantener contacto visual.
- Adoptar expresión facial de atención.
- Adoptar incentivos no verbales: asentir...
- Mostrar respeto.
- No distraerse haciendo otras cosas.
- Dar el tiempo necesario para que la persona usuaria se exprese.

#### ¿Qué decir?

- Adoptar incentivos verbales: "ya veo..."
- Usar un tono de voz adecuado.
- Parafrasear. Resumir y repetir con otras palabras los mensajes de la persona usuaria, permite facilitar la clarificación de ideas y la comprensión adecuada.
- Preguntar.
- No interrumpir.
- No juzgar.
- Respetar los momentos de silencio.

#### ¿Qué observar?

- Identificar el contenido de las expresiones verbales de la otra persona.
- Identificar los sentimientos de la otra persona.
- Identificar el momento en el que la otra persona desea que hablemos y terminemos con el papel de "escuchar"

## Empatizar

La empatía consiste en ponerse en lugar de la persona usuaria, comprender lo que dice y lo que siente y hacérselo entender por medio del lenguaje verbal y no verbal, pero sin hacer “suyos” los problemas del otro.

## Reforzar

Se debe expresar a la persona usuaria lo que nos gusta y nos parece positivo de su comportamiento.

## Informar, especificar y describir

Es conveniente consensuar los objetivos: *¿Qué quiero yo conseguir?* *¿Qué quiere conseguir el/la usuario/a?* y dar pautas utilizando un lenguaje claro y concreto.

## Comprobar la comprensión de la persona usuaria

Resulta imprescindible asegurarse de que la persona está comprendiendo lo que le queremos transmitir y no dar por supuesto que el mensaje ha sido comprendido. Para ello, es conveniente:

- Hacer preguntas para confirmar que ha entendido el significado de nuestras palabras.
- Animar al usuario/a a que haga preguntas y tome notas.
- Facilitar que la propia persona resuma y sintetice los mensajes clave.

## 5.1

### ELEMENTOS QUE INTERFIEREN LA COMUNICACIÓN

Además de utilizar las técnicas anteriormente explicadas, existen otros elementos que pueden facilitar u obstaculizar la comunicación con la persona usuaria y que deben ser tenidos en cuenta, ya que de lo contrario la comunicación puede que no sea útil ni consiga ningún objetivo.

### Elementos/situaciones que facilitan la comunicación:

- Elegir un lugar y/o momento apropiado, donde exista intimidad y haya comodidad.
- Procurar que la persona usuaria presente estados emocionales facilitadores.
- Escuchar activamente.
- Empatizar.
- Hacer preguntas abiertas o específicas.
- No hacer más de una pregunta a la vez, no tratar de explicarla, esperar una respuesta y no responder las propias preguntas.
- Pedir su opinión o criterio. *“¿Qué se te ocurre que podríamos hacer?”*
- Utilizar mensajes tipo YO: *“Yo me preocupo cada vez que no te tomas la medicación”*
- Reforzar.
- Acomodar el contenido de la información a las necesidades, creencias y valores del/la usuario/a, de sus objetivos, del momento, etc.

- Dar mensajes de controlabilidad, que la persona asuma que puede tener control sobre diversos aspectos de su vida.
- Especificar los comportamientos que se desean cambiar con la máxima concreción posible.
- Expresar los sentimientos: *“Siento mucho lo que te está ocurriendo...”*.
- Transmitir con claridad, utilizando un vocabulario que puedan entender.
- Resumir *“Si no te he entendido mal...”; “Lo que me estás diciendo es...”*.
- Utilizar términos vagos y muy técnicos que dificultan su comprensión.
- No vocalizar o hablar muy deprisa.
- Cortar la conversación.
- Interpretar o juzgar.
- No escuchar las señales no verbales.
- Hacer declaraciones del tipo: *“Deberías.....” “Tienes que...”*
- Ignorar los mensajes importantes de la otra persona (verbales y no verbales).
- Dar excesiva información.
- Etiquetar el comportamiento del/la usuario/a *“Lo que pasa es que eres un impulsivo”*

### Elementos/situaciones que perjudican la comunicación

Así como hay actitudes en el counseling que facilitan la comunicación, también puede haber actitudes que la dificultan y que pueden obstruir la comunicación e impedir que las personas usuarias que acuden a la sesión se sientan a gusto y en confianza.

- El lugar o momentos elegidos: en el pasillo, con la presencia de otras personas, mientras el teléfono está sonando, etc.
- Cuando la persona usuaria presenta estados emocionales caracterizados por el llanto, la hostilidad, indefensión, etc. ya que perturban la atención, comprensión y recuerdo de la información que se le dé.
- Realizar preguntas de reproches y sarcasmos.
- Realizar un consejo prematuro y/o no solicitado.

06

## REFLEXIÓN PERSONAL Y HABILIDADES DE EVALUACIÓN

Las personas que realizan el consejo asistido deben poder cuestionarse críticamente para mejorar sus conocimientos, habilidades, actitudes y efectividad. Por ejemplo, deben preguntarse: *“¿Cómo me estoy desempeñando? ¿Cómo sé que lo que estoy haciendo funciona? ¿Cómo puedo mejorarlo? ¿Pedí ayuda cuando la necesité? ¿Demostré sensibilidad respecto al género y la orientación sexual de la persona? ¿Cuáles son mis fortalezas? ¿Cuáles son mis debilidades? ¿Utilicé un lenguaje no sexista? ¿Verifiqué cuáles eran los sentimientos del usuario/a sobre su situación y sus decisiones? ¿Observé su comunicación no verbal?” (6).*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1)** Bimbela JL. El counseling: una tecnología para el bienestar del profesional. ANALES Sis San Navarra. 2001.
- (2)** Barreto-Martín MP, Soler-Sáiz MC. Apoyo psicológico en el sufrimiento causado por las pérdidas: el duelo. En Bayés, R. Monografías Humanitas Dolor y Sufrimiento en la Práctica Clínica. Ed. Fundación Medicina y Humanidades Médicas. Barcelona, 2004.
- (3)** Martí-Gil C., Barreda-Hernández D., Marcos-Pérez G y Barreira-Hernández D. Counseling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente. Farm Hosp. 2013.
- (4)** Arranz P., Barbero J., Barreto P., Bimbela J.L., Contreras J.A., Gómez C., González J., González, A. Gutiérrez A., Lacoste J.A. y Pitti C.T. Counselling en VIH/Sida. Guía de actuación para profesionales sociosanitarios. Contenido del Curso de Habilidades de Relación de Sanitarios con Afectados VIH/SIDA. Director García Huete E. Asesores Técnicos: Carvallo M. y Bayés R. 1996.
- (5)** Antela A. Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/Sida para equipos de atención primaria y comunitarios en Latinoamérica y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud 2004.
- (6)** Organización Panamericana de la Salud. Consejería orientada en los jóvenes para prevenir VIH/ITS y para promover la salud sexual y reproductiva: una guía para proveedores de primera línea. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud 2005.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- 1.** Ayerdi K, Biurrún Z, Castilleja F, García de la Noceda M<sup>a</sup> D, Irigoyen C, Munárriz J, Parra A. Guía de actuación ante la infección VIH-Sida en Atención Primaria. Gobierno de Navarra. 1995.
- 2.** Barbero J. Afectado por el SIDA. El acompañamiento a personas con VIH/ SIDA. Madrid, Fundación CREFAT, 1997.
- 3.** Bayés R. El Counselling como instrumento terapéutico. En: M<sup>a</sup> Isabel Hombrados, ed. Estrés y salud. Valencia, Promolibro 1997; 343-350.
- 4.** Bimbela JL. Cuidando al cuidador. Counseling para médicos y otros profesionales de la salud. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública 2001 (4<sup>a</sup> edición).
- 5.** Bimbela JL. Seminario: Habilidades emocionales y de comunicación en servicios de urgencia y atención a enfermo crónico (Programa). Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, 1999.
- 6.** Centers for Disease Control and Prevention. HIV Testing: Increasing uptake and effectiveness in the European Union. Evidence synthesis for Guidance on HIV testing. European Centre for Disease Prevention and Control, 2010
- 7.** Centers for Disease Control and Prevention. Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral. MMWR 2001; 50(No. RR-19):1-57.
- 8.** Centers for Disease Control and Prevention. Voluntary Counseling and Testing (VCT) Training Course, Participant's manual. Revised March 2003; Unit 5 p. 111.

9. Centers for Disease Control and Prevention. Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV). Marzo 2003.
10. Contreras A, Clavero G, Casas J. Barreras de comunicación con el paciente VIH+ percibidas por el personal sanitario. *Gacet Sanit* 1995; 47: 91-100.
11. Family Health International. Pruebas Voluntarias del VIH con Consejería: Una Guía de Referencia para Consejeros y Capacitadores. FHI, 2005.
12. Family Health Internacional. HIV Voluntary Counseling and Testing: Skills Training Curriculum Participant's Manual. 2005.
13. Family Health Internacional. Voluntary Counseling and Testing and Young People: A Summary Overview. 2002.
14. Family Health Internacional. A Guide to Establishing Voluntary Counseling and Testing Services for HIV. 2002.
15. García-Huete E. SIDA. Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral. Madrid: Eudema, 1993.
16. Gordillo M V. Counseling y VIH/Sida: consecuencias teóricas de un estudio empírico. *Revista española de pedagogía*, ISSN 0034-9461, Vol. 60, Nº 221, 2002, pags. 67-82.
17. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Madrid, 2014.
18. OMS, "Scaling up HIV testing and counseling in the WHO European Region"
19. OMS7OPS. Métodos de prestación de servicios de orientación y pruebas de detección del VIH. Marco de un programa estratégico. 2013.
20. ONUSIDA. Impacto del asesoramiento y las pruebas voluntarias: Una revisión global de las ventajas y dificultades. (Versión española, mayo de 2002).
21. ONUSIDA. Asesoramiento y pruebas voluntarias. Colección prácticas óptimas del ONUSIDA. 2000.
22. ONUSIDA. Medios para evaluar el asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH. Colección prácticas óptimas del ONUSIDA. 2001.
23. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la Consejería y Pruebas de VIH/Sida en los Programas de Control de Tuberculosis. Programa Regional de Control de Tuberculosis Programa Regional de VIH/Sida Washington DC, abril 2006.
24. Rojas Castro D. Counseling preventivo y prueba del virus de la inmunodeficiencia humana. AIDES. París. Francia. 2009.
25. Torres J. SIDA. Counseling. Motor de cambio. En: Fresnadillo A, ed. Infecciones víricas de transmisión sexual. Barcelona, Terrassa, 1992; 151-156.
26. UNAIDS. Counselling and voluntary HIV testing for pregnant women in high HIV prevalence. 2001.
27. Valverde, C. Counselling sobre l'HIV: Suport psicosocial i relació d'ajuda a la persona seropositiva: manual per a professional. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1999.
28. Vega A, Mazín R, Maddaleno M. Modelo de consejería orientada a los jóvenes. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Washington DC 2004.
29. WHO/UNAIDS. Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities. 2007.



## Capítulo 3

# ASPECTOS BÁSICOS DE LA INFECCIÓN

Juan Ramón Barrios

**Omsida y Coordinadora Estatal de VIH y sida (CESIDA).**

01

## INTRODUCCIÓN

Un resultado positivo de la prueba del VIH por lo general deja a la persona con numerosas preguntas, inquietudes, sentimientos y emociones. Es importante recordar que el VIH es una enfermedad crónica y que se puede tratar con medicamentos. Esos medicamentos no pueden curar en la actualidad el VIH, pero pueden ayudar a las personas que lo tienen a llevar una vida más larga y sana.

Los retos a los que se enfrenta una persona con VIH son muy variados y pueden cambiar dependiendo del tiempo que lleve viviendo con el VIH, la información que tenga, la edad, la historia vital, etc. Algunas personas recién diagnosticadas tienen preguntas importantes sobre el VIH, sobre términos médicos, transmisión del VIH y sobre dónde pueden encontrar apoyo para dar respuesta a sus preguntas. Para las personas que llevan más tiempo viviendo con el VIH las necesidades pueden cambiar, de forma que se vuelve más importante el acceso a la información, los aspectos sociales,

prácticos y emocionales a los que hay que sumar cuestiones asociadas a otras enfermedades.

En este apartado trataremos de dar respuesta a las principales preguntas relacionadas con la infección por el VIH, con el fin de que las personas que conviven con esta enfermedad adquieran un mayor control de su salud y estén más y mejor informadas.

02

## SITUACIÓN ACTUAL DE LA INFECCIÓN POR VIH

### 2.1

#### SITUACIÓN MUNDIAL

Este año se cumplen 35 desde el comienzo de la pandemia del VIH, muchos han sido los avances logrados, aunque aún quedan muchos retos pendientes a los que debemos llegar.

Desde el comienzo de la epidemia, aproximadamente 78 millones de personas han contraído la infección por el VIH y 39 millones de personas han fallecido a causa de enfermedades relacionadas con el VIH.

En el mundo se está deteniendo y disminuyendo la propagación del VIH. Las nuevas infecciones por el VIH y las muertes relacionadas con el sida han disminuido tremendamente desde el punto máximo de la epidemia.

En 2015, 36,7 millones de personas vivían en el mundo con el VIH. El número de personas con el virus sigue aumentando, en gran parte debido a que más personas en el mundo tienen acceso al tratamiento antirretroviral y, como resultado de ello, viven más y con más salud. Según datos de junio de 2015, había 15,8 millones de personas en tratamiento. Al mismo tiempo, pese a que las nuevas infecciones por el VIH han disminuido, todavía hay un número alto de nuevas infecciones por el VIH y de muertes relacionadas con el sida cada año. En 2014, alrededor de 2 millones de personas se infectaron con el VIH y 1,2 millones de personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida (1).

## 2.2 SITUACIÓN EN EUROPA

En Europa se registraron en el año 2014 más de 142.000 casos de nuevas infecciones por el VIH, cifra que supone un récord anual. El aumento de casos fue provocado por la subida en Europa del Este, donde en la última década se han duplicado los diagnósticos de VIH. Mientras que la transmisión heterosexual es el principal

responsable del incremento en Europa del Este, en la UE lo es el sexo entre hombres.

Se constata que dos de cada tres nuevos casos son nacidos en Europa, mientras que los originarios de fuera del continente, incluidos los inmigrantes, representan el otro tercio. La mitad de los infectados por el VIH en la región europea son diagnosticados tarde, lo que multiplica los riesgos de mala salud, muerte y transmisión del virus.

El alto número de casos de sida en los países del Este confirma el rol que el diagnóstico tardío del VIH, el retraso en el inicio de la terapia con antirretrovirales y la baja cobertura de tratamiento desempeñan (2).

## 2.3 SITUACIÓN EN ESPAÑA

En España, el 92,3 por ciento de los/as pacientes diagnosticados/as de infección por el VIH están recibiendo tratamiento antirretroviral, concretamente 110.612 personas están siendo tratadas con estos fármacos, según la notificación de las comunidades autónomas al Plan Nacional sobre el sida (PNS) en 2015.

Por otra parte, en España se notificaron en 2014 un total de 3.366 nuevos diagnósticos de infección por VIH, según el MSSSI, a falta de la notificación de todos los diagnósticos. Esto significa, comparando con datos publicados el pasado año en la misma fecha (3.278), que han aumentado



levemente los diagnósticos. Se estima que viven en España entre 130.000 y 160.000 personas con infección por el VIH, de las que entre el 25 y el 30 por ciento no están diagnosticadas.

La mortalidad en pacientes con VIH ha disminuido un 54 por ciento en el periodo 2003-2013.

La mayoría de los nuevos diagnosticados son hombres (84,7%) y la mediana de edad al diagnóstico es de 35 años; la vía de transmisión más frecuente en 2014 fue la sexual, en un 80% del total de casos (el 53,9% en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) y el 26% en personas heterosexuales). La transmisión en personas que se inyectan drogas (PID), se mantuvo en niveles bajos (3,4%).

El pasado año, el grupo de edad que presentó tanto la mayor proporción de nuevos diagnósticos de VIH, como la tasa más alta por 100.000 habitantes fue el comprendido entre los 25 y 34 años, aunque un 13,4% de los nuevos diagnósticos de VIH notificados en 2014 tenía 50 o más años. El 32,1% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países. El 46,2% global de los nuevos diagnósticos presentaron diagnóstico tardío **(3)**.

03

## EL DIAGNÓSTICO DE VIH

### 3.1 EL DIAGNÓSTICO Y LAS EMOCIONES

El conocimiento de un diagnóstico, como es la infección por el VIH, supone un gran impacto emocional para la mayoría de las personas, debido a todas las dudas relacionadas con el proceso de la infección y las connotaciones relacionadas con el estigma y la discriminación asociadas al VIH. Esta noticia desencadena una serie de fenómenos que pueden resultar, en la mayoría de los casos, dolorosos y que implican una serie de reacciones emocionales de respuesta al cambio de situación que debe asumir la persona, como suelen ser la incertidumbre, la desesperanza, el miedo y la impotencia.

Los primeros instantes al recibir la noticia suelen ser de incredulidad ligada inevitablemente a la negación. *“No es posible”, “debe ser un error”, “será un falso positivo”, “esta prueba es errónea o defectuosa”* pueden ser algunos de los pensamientos que inundan la mente de la persona recién diagnosticada. Esta fase es la primera de un duelo que se elabora como mecanismo de adaptación a una nueva realidad.

Esas emociones pueden bloquear a las personas, pueden sentir sensaciones de irrealidad, de estar dentro de un sueño del que el cualquier momento despertarán.

Es lo que se conoce como despersonalización, esta fase, por lo general, apenas dura unas horas o días, puesto que con el transcurso del tiempo son conscientes de que la vida ha cambiado. Lo importante es que sepan que tienen las riendas de su vida y el poder de hasta qué punto permitirán que ese cambio les afecte.

A medida que pasa el tiempo se generan diferentes sentimientos y emociones y esas sensaciones se irán interiorizando, es conveniente buscar apoyo para aceptar esta nueva etapa de la vida.

Es posible que vayan apareciendo nuevas situaciones y dudas que generen sentimientos de pérdidas, tales como ingresos hospitalarios, comenzar el tratamiento, las visitas al médico/a, la situación laboral, el enfrentarse a comunicarlo a familiares, amigos/as, parejas y exparejas, las relaciones sexuales, etc., pueden generar situaciones que precisan de un periodo de adaptación que durará más o menos tiempo dependiendo de varios factores hasta llegar a la aceptación de la enfermedad. Para llegar a ese punto se debe culminar el duelo, atravesando todas o algunas de sus etapas. Tras la primera fase llega la ira o el enfado, no entendemos por qué ha pasado esto, ¿qué han hecho para merecerlo?, mirando hacia atrás intentando buscar el momento exacto en el que pudo suceder, o incluso motivos que puedan justificar el diagnóstico a modo de condena divina.

Es beneficioso repasar las conductas con la finalidad de aprender y reducir futuras exposiciones a diversas infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, el hecho de repasar el pasado en busca de culpables no es una estrategia acertada. Conviene no hablar de culpables, eso lleva implícito un castigo ante una conducta ilícita. Hablemos mejor de responsabilidad, somos responsables de nuestros comportamientos pero no por ello merecemos un castigo aleccionador como una enfermedad **(4)**

Hablar con otras personas que conviven con el VIH ayudará a ver que no es la única persona con esos sentimientos, conocer a otras personas que han pasado por esa situación, compartir con ellas experiencias y sentimientos ayudará a regular esas emociones.

Conocer el proceso de la infección, aprender los conceptos básicos sobre el VIH, conocer organizaciones y personas dispuestas a ayudarte te favorecerá a tener un mayor control sobre la vida y ayudará a que la persona se sienta mejor.

## ¿QUÉ DEBO SABER SOBRE LA ENFERMEDAD?

### 4.1 ORIGEN DEL VIH

Los/as científicos/as han identificado a un tipo de chimpancé en África Central como la fuente de infección por el VIH en los seres humanos. Creen que es muy probable que la versión del virus de inmunodeficiencia en los chimpancés (llamada virus de inmunodeficiencia simia o VIS) se transmitió a humanos y se mutó a VIH cuando las personas entraron en contacto con sangre infectada al cazarlos por su carne. Los estudios muestran que el VIH podría haber pasado de los simios a los seres humanos desde finales del siglo XIX. En cuestión de décadas, el virus se propagó lentamente por toda África y luego a otras partes del mundo (5).

### 4.2 QUÉ SIGNIFICA TENER EL VIH

Se considera que una persona es VIH positiva cuando está infectada por el VIH, puede transmitir el virus aunque no haya desarrollado la enfermedad. Se puede tardar años en presentar síntomas de enfermedad.

Cuando el VIH entra en el organismo es reconocido como un intruso y el sistema inmunológico produce anticuerpos para neutralizarlo. Indica que la persona ha estado en contacto con el virus y que se ha infectado. Por este motivo es necesario

adoptar medidas de protección para evitar transmitir la infección a otras personas. Esta situación se mantendrá a lo largo de toda la vida, ya que por ahora no existe ninguna cura para el VIH.

### 4.3 QUÉ ES EL VIH

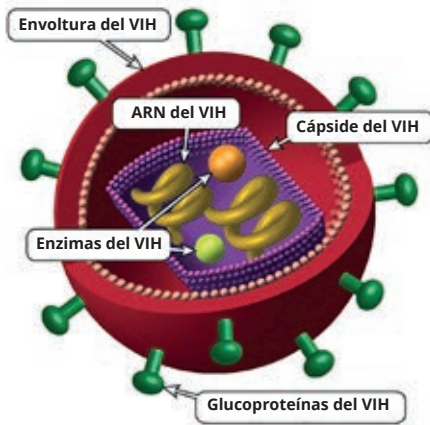
El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un retrovirus perteneciente a la familia de los lentivirus que ataca el sistema inmunitario del cuerpo. Se caracterizan porque las instrucciones que almacena para multiplicarse no están escritas en forma de ADN, como en la mayoría de los seres vivos, sino en ARN. El VIH necesita, para poder replicarse, convertir el ARN en ADN para que la célula infectada pueda leer su código.

Si no se trata, el VIH reduce la cantidad de células CD4 del organismo, lo cual hace que la persona tenga más probabilidades de contraer otras infecciones o de desarrollar enfermedades relacionadas con el VIH, son las llamadas enfermedades oportunistas.

El VIH infecta las células del sistema inmunitario y las destruye o altera su funcionamiento, lo que acarrea el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria. Se habla de inmunodeficiencia cuando el sistema inmunitario ya no puede cumplir su función de combatir las infecciones y otras enfermedades. Las infecciones que acompañan

## Figura 1: ESTRUCTURA DEL VIH

Referencia:infosida.nih.gov



### Explicación de términos

**ARN del VIH:** Material genético del virus.

**Cápside del VIH:** Núcleo en forma de bala que contiene el ARN del virus.

**Envoltura del VIH:** Superficie externa del virus.

**Enzimas del VIH:** Proteínas que realizan varias funciones en el ciclo de vida del virus.

**Glucoproteínas del VIH:** "Espículas" de proteína incorporadas en la envoltura del virus.

a la inmunodeficiencia grave se denominan «oportunistas» porque los agentes patógenos causantes aprovechan la debilidad del sistema inmunitario.

No existe una cura eficaz, pero con la atención médica adecuada y tratamiento, el VIH se puede controlar. En la actualidad, las personas con un diagnóstico de infección por el VIH que reciben tratamiento antes de que la

enfermedad avance mucho, pueden vivir casi tanto como las que no tienen el virus (6).

## 4.4 QUÉ ES EL SIDA

Es un conjunto de manifestaciones clínicas derivadas de la pérdida de capacidad defensiva de nuestro organismo. En la historia natural de la infección el sida es la etapa más grave y se caracteriza por la presencia de infecciones oportunistas. Actualmente se considera que una persona está en fase sida cuando los CD4 son inferiores a 200, tienen una carga viral elevada y aparecen las enfermedades oportunistas o ciertas neoplasias (7).

## 4.5 EL SISTEMA INMUNOLÓGICO

El organismo se protege frente a los agresores externos, virus, bacterias, etc., empleando una red increíblemente compleja de células, moléculas, tejidos y órganos que, en conjunto, constituyen lo que se denomina el sistema inmunitario. El sistema inmunitario es la defensa natural del organismo contra las infecciones. Cuando está funcionando adecuadamente, le protege de infecciones que le causan enfermedades.

Existen dos categorías en las respuestas que el sistema inmunitario utiliza para combatir los patógenos: innatas y adaptativas. Las respuestas inmunitarias innatas son las primeras en activarse frente a un

virus invasor, actuando en un plazo de horas. Estas respuestas no son específicas, por lo que la respuesta será muy similar tanto si el patógeno es un virus del resfriado como si es el VIH.

Las respuestas inmunitarias innatas no siempre aclaran la infección, sino que ayudan a controlar el virus hasta que las respuestas inmunitarias adaptativas estén listas para actuar. Las respuestas adaptativas pueden tardar en activarse entre unos días hasta semanas, en parte debido a que se producen como reacción a un patógeno específico, están divididas, a su vez, en dos tipos: respuesta celular y de anticuerpos. Las respuestas adaptativas están orquestadas por dos tipos principales de células: las células B (que producen anticuerpos) y las células T (que llevan a cabo la respuesta inmunitaria celular). Ambos tipos de células se generan en la médula ósea y la glándula timo y de ahí pasan al resto del cuerpo. Maduran en los nódulos linfáticos, el bazo y las mucosas que recubren los tractos intestinales, nasales, respiratorios y genitales. Las células B y T se desplazan entre los tejidos y órganos empleando una red vascular denominada sistema linfático. Los nódulos linfáticos aparecen allí donde convergen estos vasos y constituyen los ejes de comunicación donde las distintas células del sistema inmunitario se encuentran e interaccionan.

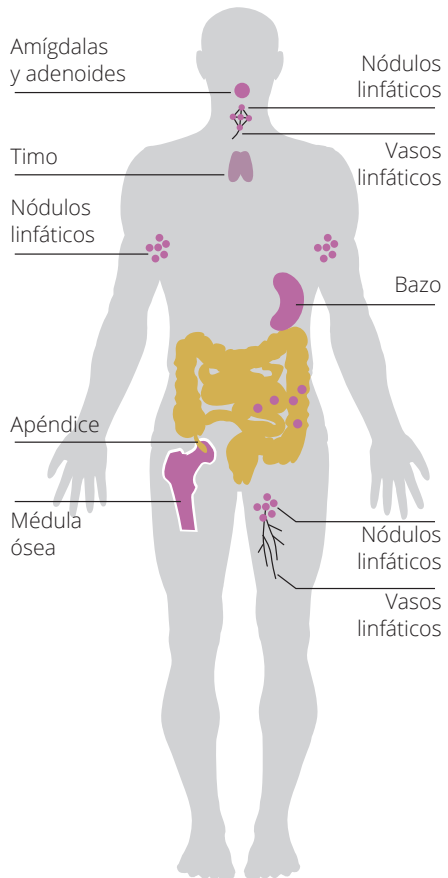
En el caso del VIH, aunque se activan

los dos tipos de respuesta, el sistema inmunitario no es capaz de controlar y eliminar totalmente la infección, y ésta se mantiene en el organismo de por vida (8).

**Figura 2:**

## SISTEMA INMUNOLÓGICO

Referencia: [www.colombialomejor.com](http://www.colombialomejor.com)



## 4.6. ¿CÓMO SE MANIFIESTA LA INFECCIÓN?

Una vez que el VIH entra en el organismo se producen una serie de fases:

### **Etapa 1: Infección aguda.**

Dentro de las 2 a 4 semanas al principio de la infección por el VIH, en algunos casos, las personas pueden sentirse enfermas como si tuvieran la gripe y esto puede durar algunas semanas. Esta es la respuesta natural del cuerpo a la infección. Cuando una persona tiene una infección aguda por el VIH, tiene una gran cantidad de virus en la sangre y se puede transmitir la infección con mucha facilidad. Pero las personas con infección aguda a menudo no saben que están infectadas porque podrían no sentirse mal de inmediato.

### **Etapa 2: Fase intermedia o crónica.**

A esta fase también se llama de infección asintomática por el VIH. Durante esta fase, el VIH sigue activo, pero se reproduce a niveles muy bajos, y las personas podrían no tener ningún síntoma ni sentirse enfermas. En las personas que no están tomando ningún medicamento para tratar el VIH, esta fase podría durar varios años; sin embargo, otras personas pueden pasar más rápido por esta etapa. Las personas que toman medicamentos para tratar el VIH, Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, (TAR) de la manera correcta, todos los días, pueden estar

en esta etapa por varias décadas y no desarrollar sida.

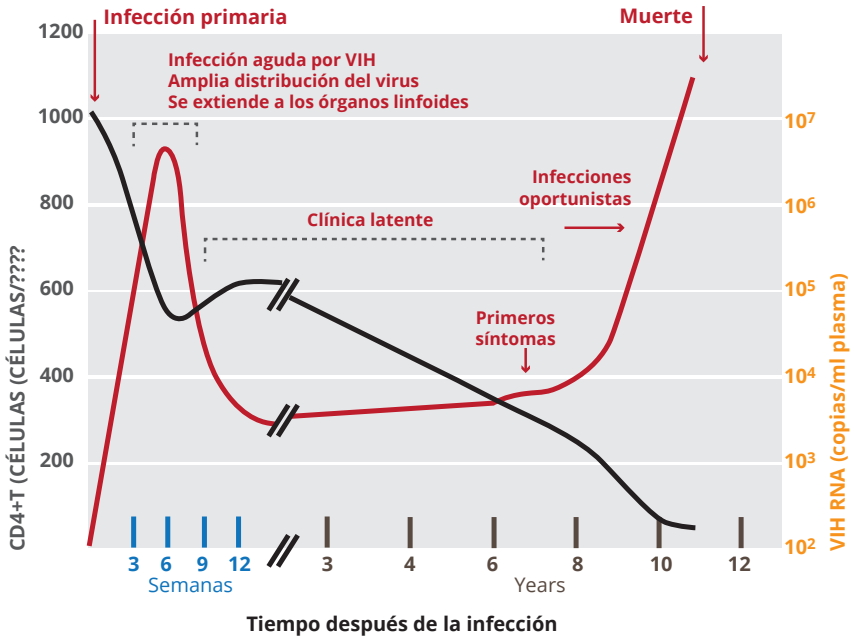
Es importante recordar que todavía se puede transmitir el VIH durante esta fase, aunque quienes usan TAR mantienen una carga viral indetectable (es decir, que tienen un nivel de virus muy bajo en la sangre) tienen muchas menos probabilidades de transmitir el virus que aquellas que no tienen una carga viral controlada. Al final de esta etapa, la carga viral comienza a aumentar y el recuento de células CD4 comienza a bajar. Cuando esto sucede, la persona podría comenzar a tener síntomas a medida que vayan aumentando los niveles de virus en su cuerpo, y pasar a la etapa 3.

### **Etapa 3: Fase avanzada o de sida:**

En esta fase, como consecuencia del grave deterioro del sistema inmunológico, la CV es elevada, los CD4 están por debajo de 200 cel/mm<sup>3</sup> y surgen las enfermedades oportunistas y/o neoplasias. En esta fase el VIH está venciendo la batalla y si la persona no es tratada desarrollará enfermedades que le pueden provocar la muerte (9).

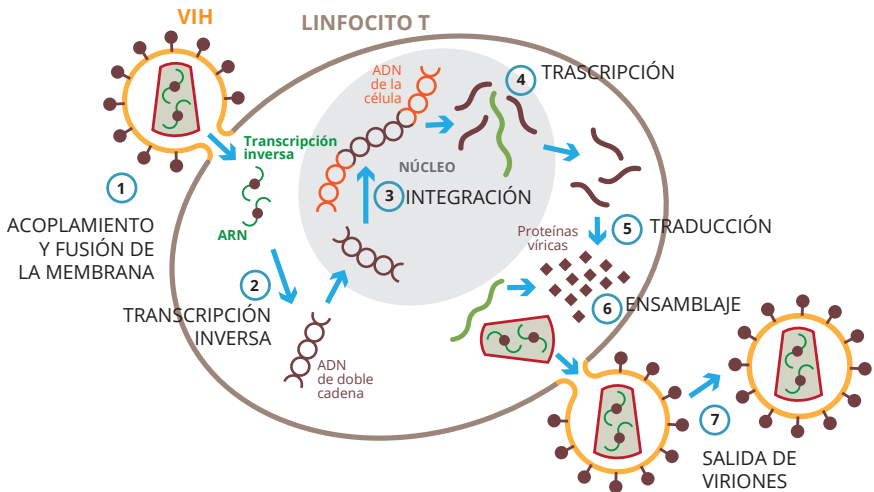
### Figura 3: EVOLUCIÓN DEL VIH

Referencia: lookfordiagnosis.com



### Figura 4: CICLO DEL VIH

Referencia: www.taringa.net



## 4.7

### ESTADÍOS CLÍNICOS

La clasificación más aceptada se basa en una combinación de la situación inmunológica con la situación clínica.

Existen tres categorías,

**Categoría A:** Se aplica a las personas asintomáticas o con manifestaciones de infección aguda no específicas de sida y tienen más de 500 CD4.

**Categoría B:** Se aplica a las personas que han tenido o tienen alguna enfermedad relacionada con la infección por el VIH pero tiene un sistema inmunológico aún no deprimido y tienen entre 499 y 200 CD4.

**Categoría C:** Se aplica a las personas que tienen o han tenido alguna de las enfermedades oportunistas definitorias de sida y tienen los CD4 por debajo de 200 **(10)**.

## 4.8

### ¿QUÉ ES LA CARGA VIRAL?

El VIH se multiplica en el interior de la célula CD4 y va a infectar otros linfocitos CD4. La carga viral (CV) mide la cantidad de VIH que se encuentra en la sangre de una persona infectada y el número de copias por milímetro cúbico en la sangre.

Desde 1996 se sabe que la CV predice la evolución de la enfermedad, de forma independiente a los linfocitos CD4.

Las personas con la CV alta tienen más probabilidades de desarrollar sida que las que tienen niveles bajos de virus en la sangre. El recuento de la CV ayuda a conocer la progresión de la infección y valorar la evolución. Cuanta más alta sea, es más probable que el número de defensas disminuya con mayor rapidez.

## 4.9

### ¿QUÉ SON LOS CD4?

Las células T4 o CD4 son las células “defensoras” que dirigen el ataque contra las infecciones. Son diana para la replicación del VIH. El recuento de CD4 de una persona con VIH es el marcador utilizado para conocer la situación de salud y la evolución de la infección.

Una vez que la persona se ha infectado por el VIH, el virus invade un tipo de leucocitos (células que ayudan al cuerpo a luchar contra las infecciones y las enfermedades) llamados CD4. El recuento de células CD4 mide el número en la sangre y es un buen indicador del estado de salud general y del progreso del VIH. Cuanto menor sea el nivel de CD4, existirá mayor riesgo de infecciones oportunistas.

El recuento de células CD4 también indica la forma en que responde al tratamiento actual; un recuento de CD4 bajo indica que los medicamentos antirretrovirales no funcionan. De este modo, el recuento de CD4 se utiliza, junto con la CV, para conocer el estado de



los/as enfermos/as. Las personas sanas tienen un recuento de células CD4 que oscila entre 500 y 1.450 células/mm<sup>3</sup>; un recuento inferior a 500 significa que el sistema inmunitario está dañado. Si el recuento de CD4 es inferior a 200, significa que el VIH ha progresado a sida **(11)**.

#### 4.10 ¿CÓMO FUNCIONA EL TRATAMIENTO?

El Tratamiento Antirretroviral (TAR) es, generalmente, la combinación de tres fármacos antirretrovirales que actúan bloqueando varias enzimas o proteínas para que el virus no pueda reproducirse en la célula infectada. Aunque el TAR no consigue la erradicación del virus y por tanto no es capaz de curar la infección, sí que consigue controlar, en la mayoría de los casos, la replicación del virus en el organismo. Esto permite a las personas con VIH tener una calidad de vida y una supervivencia cercana a la población general, sobre todo cuando la infección se diagnostica y se trata de forma precoz, es decir, antes de que el VIH produzca una gran alteración en el sistema inmunitario. Por ese motivo es importante iniciar el tratamiento lo antes posible y tener una buena adherencia al mismo. Esto determinará el pronóstico y la esperanza de vida de las personas con VIH. Además el TAR reduce la probabilidad de la transmisión del VIH.

Al tomar estos fármacos contra el VIH, se puede ralentizar o evitar el daño en el sistema inmunitario. Estos fármacos no constituyen una cura, pero te pueden ayudar a mantenerte en un buen estado de salud y así puedas disfrutar de una vida más larga y saludable.

Una persona que viva con VIH y que no tome tratamiento antirretroviral puede tener miles o incluso millones de partículas de VIH (copias) por cada mililitro de sangre, que se están replicando constantemente. El objetivo del tratamiento es reducir la cantidad de VIH a niveles muy bajos hasta llegar a indetectable.

Para conseguir que el virus no se reproduzca es necesario tomar los fármacos de forma continuada siguiendo las indicaciones del médico **(12)**.

## VÍAS DE TRANSMISIÓN

Solamente ciertos líquidos corporales como la sangre, el semen, las secreciones rectales, las secreciones vaginales y la leche materna de una persona que tiene el VIH pueden transmitir el virus. Estos fluidos deben entrar en contacto con las membranas mucosas o con tejidos lesionados de la otra persona, o ser inoculados directamente al torrente sanguíneo para que ocurra la transmisión. Las membranas mucosas se encuentran dentro del recto, la vagina, el pene y la boca.

El riesgo exacto tras una exposición dependerá de varios factores como el tipo de práctica de riesgo, el tiempo de exposición, la carga viral de la persona fuente, si existen otras infecciones de transmisión sexual, etc.

Existen tres vías de transmisión:

### **Materno filial o vertical:**

La infección puede producirse durante el embarazo por exposición a la sangre o a líquidos maternos infectados, durante el parto y la lactancia materna. El riesgo puede ser elevado si la madre tiene el VIH y no está tomando el TAR.

En España se realiza la prueba a todas las mujeres embarazadas y en caso de ser positivas para el VIH, se recomienda tomar tratamiento durante el embarazo para evitar que

los bebés nazcan con VIH. Como la leche materna contiene VIH, las mujeres con VIH no deben dar de lactar a sus hijos/as.

### **Sanguínea o parenteral:**

Esta transmisión sucede por contacto directo con la sangre de una persona infectada. El riesgo de transmisión aumenta dependiendo del número de exposiciones de riesgo que pueden suceder al estar en contacto con instrumentos que contengan sangre infectada, como jeringuillas, agujas de tatuaje, de piercing, cuchillas de afeitar, cepillos dentales, etc.

Para evitar la transmisión sanguínea es importante no compartir jeringuillas ni utensilios personales cortantes o punzantes que puedan contener restos de sangre infectada por el VIH.

### **Sexual:**

La transmisión sexual del VIH es la más frecuente, se produce a través de prácticas sexuales sin utilizar métodos barrera como los preservativos. Este riesgo aumenta con un mayor número de exposiciones, con el aumento del número de parejas sexuales, cuando la persona con el VIH no está en tratamiento y tiene la carga viral elevada, con la presencia de otra Infección de Transmisión Sexual (ITS) y depende también de las prácticas sexuales que se realicen.

Se puede producir por:

Tener relaciones sexuales anales o vaginales con una persona que tiene el VIH sin usar preservativos. Las prácticas sexuales que conllevan penetración sin preservativo son las que mayor riesgo comportan. Las personas que adoptan un rol receptivo en las relaciones sexuales con penetración son las que están más expuestas a contraer el VIH.

- El sexo anal es el comportamiento sexual de más alto riesgo, para el integrante de la pareja VIH negativo, el sexo anal receptivo conlleva más riesgo que el sexo anal insertivo, porque la mucosa del recto es más fina y menos elástica que la de la vagina.
- Las relaciones sexuales vaginales sin preservativo son la segunda práctica sexual de mayor riesgo.
- El sexo oral (tanto la felación, el cunilingus o el anilingus) están consideradas como prácticas de bajo riesgo de contraer el VIH **(13)**.

06

## ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

“Desde el comienzo de la epidemia de sida, el estigma y la discriminación han dado impulso a la transmisión del VIH y han aumentado en gran medida el impacto asociado a la epidemia creando obstáculos importantes que impiden prevenir nuevas infecciones, aliviar el impacto de la enfermedad y proporcionar asistencia, tratamiento y apoyo adecuados” **(14)**.

### 6.1 ¿QUÉ ES EL ESTIGMA?

La palabra estigma es de origen griego y se refiere a la marca física que se dejaba con fuego o con navaja a los individuos considerados extraños o inferiores. En la actualidad, las marcas físicas han desaparecido, pero el estigma permanece, basado en uno o más factores, como edad, casta, clase, color, grupo étnico, discapacidad, enfermedad, creencias religiosas y orientación sexual **(15)**.

La estigmatización es un proceso a través del cual se establecen diferenciaciones y desigualdades sociales, el señalamiento de individuos y grupos hace efectiva una violencia simbólica que inhabilita para la plena aceptación social. El estigma es utilizado como un atributo profundamente desacreditador.

El concepto moderno de estigma se refiere a cuando una persona posee de forma real o a los ojos de los demás, algún atributo o característica que le proporciona una identidad social negativa o devaluada en un determinado contexto (16).

El VIH y el sida son capaces de extraer lo mejor de las personas, pero también pueden poner en evidencia lo peor. Hacen emerger lo mejor cuando las personas se unen de forma solidaria para combatir la marginación y para ofrecer apoyo y cuidados a personas afectadas por la epidemia. Ponen en evidencia lo peor cuando estas últimas resultan estigmatizadas, condenadas al ostracismo y maltratadas profundamente por las personas que aman, por su familia y por sus comunidades. Tales acciones, no pocas veces, conducen a la discriminación y a la violación de los derechos humanos.

Las verdaderas raíces del estigma asociado al VIH y al sida descansan profundamente en las estructuras de género, económicas, raciales y sexuales, que pueden ser encontradas en cada sociedad. No constituye una coincidencia el hecho de que los numerosos estigmas asociados al VIH y al sida se encuentren relacionados con las divisiones e inequidades de género, las divisiones raciales y étnicas, las diferencias en el estatus económico, las relaciones y diversidades (17).

El estigma socava los esfuerzos de prevención, porque las personas temen averiguar si están o no infectadas, pedir información sobre cómo reducir el riesgo de transmisión y cambiar su comportamiento para adoptar otro más seguro por miedo de levantar sospechas, lo cual debilita la capacidad de los individuos y comunidades para autoprotegerse.

## 6.2 ¿QUÉ ES LA DISCRIMINACIÓN?

La discriminación implica tratar a alguien de manera diferente e injusta, parcial o perjudiciada, muchas veces por su pertenencia, o porque se le supone perteneciente a un grupo en particular. Suele ser el resultado final del proceso de estigmatización. En otras palabras, cuando se aplica el estigma, el resultado es la discriminación.

La discriminación consiste en acciones u omisiones que se derivan del estigma y están dirigidas hacia aquellos individuos que son estigmatizados.

Esas acciones constituyen lo que entendemos como discriminación. Expuesta de manera sucinta, la discriminación se expresa cuando se realiza una distinción contra una persona, y ello se traduce en un trato injusto sobre la base de su pertenencia a un grupo particular. La discriminación puede expresarse en diferentes niveles: a nivel del individuo, por ejemplo, o a nivel de la comunidad o de la sociedad como un todo.

## ENVEJECER CON EL VIH

Como resultado de esta discriminación, se violan los derechos de las personas que viven con el virus, tan solo por el hecho de saberse o presumirse que tienen el VIH o el sida. Esta violación de los derechos multiplica el impacto negativo de la epidemia a todos los niveles.

A nivel individual aumentan la ansiedad y el estrés, factores que en sí mismos contribuyen a empeorar el estado de salud. A nivel comunitario, familias y grupos enteros se avergüenzan, encubren su relación con la epidemia, y retiran su participación de respuestas sociales más positivas. Y a nivel de la sociedad como un todo, la discriminación contra las personas que viven con el VIH o sida y el abuso de los derechos humanos, refuerzan la creencia equivocada de que resulta aceptable que estas personas sean culpadas y condenadas al aislamiento y al silencio.

Las actitudes discriminatorias hacen que las personas que viven con el VIH tengan muchas menos probabilidades de recibir atención y apoyo. Incluso las personas que están vinculadas con una persona infectada, como las parejas, hijos/as y cuidadores/as, son víctimas del estigma y la discriminación. Este estigma y discriminación aumentan innecesariamente el sufrimiento personal asociado a la enfermedad **(18)**.

Si hace unos años, antes de la era TARGA, la principal preocupación era frenar la elevada tasa de mortalidad que tenían las personas con el VIH, hoy mantener una buena calidad de vida se ha convertido en el objetivo de todos los agentes implicados en el manejo de la enfermedad. Hoy día los efectos adversos al tratamiento antirretroviral, otras complicaciones asociadas al propio virus y a la inflamación sistémica que provoca en el organismo son causas del llamado “envejecimiento prematuro”.

El sistema inmunitario de las personas con el VIH está permanentemente activado para poder combatir los efectos del virus: esto conlleva una inflamación crónica que puede tener efectos nocivos sobre el organismo.

La administración prolongada de antirretrovirales ha conseguido la cronificación de la infección por VIH y una mayor esperanza de vida para las personas con el VIH, aunque debido al aumento de la edad de quienes viven con la infección, pueden producirse complicaciones metabólicas, como alteraciones de los lípidos y de la glucosa, así mismo, distintos estudios muestran un aumento de las enfermedades cardiovasculares y de episodios coronarios. También existe la posibilidad de aumento de riesgo de arterioesclerosis, problemas óseos, renales y de trastornos neurocognitivos.

Mantener ciertos hábitos saludables como una buena nutrición, el ejercicio físico, dejar el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas, ayuda a prevenir o contrarrestar dichas complicaciones y a mejorar la calidad de vida. Vivir y envejecer con el VIH implica importantes retos. Retos para los que hay que estar preparado, informado y prevenido.

08

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) [unaidsonline.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/july/20140716\\_prgapreportInforme de la OMS 2015](http://unaidsonline.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/july/20140716_prgapreportInforme%20de%20la%20OMS%202015)
- (2) <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/hiv-aids-surveillance-in-Europe-2014.pdf>
- (3) [msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm](http://msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/home.htm)
- (4) Ivan Zaro primeros-pasos-tras-el-diagnostico-por-VIH-el-duelo
- (5) Early AIDS virus may have ridden Africa's rails, Jon Cohen
- (6) [acnur.es/PDF/7649\\_20120511135117.pdf](http://acnur.es/PDF/7649_20120511135117.pdf)
- (7) <http://www.who.int/features/qa/71/es/>, (OMS preguntas y respuestas sobre VIH/sida)
- (8) [http://gtt-vih.org/aprende/informacion\\_basica\\_sobre\\_el\\_vih/que\\_son\\_los\\_cd4](http://gtt-vih.org/aprende/informacion_basica_sobre_el_vih/que_son_los_cd4), Equipo GtT
- (9) The AIDS InfoNet is a project of the International Association of Providers of AIDS Care. [webmaster@aidsinonet.org](mailto:webmaster@aidsinonet.org)
- (10) [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Nota\\_Informativa\\_codificacion\\_HIV.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Nota_Informativa_codificacion_HIV.pdf)
- (11) [http://www.aidsmap.com/file/1004226/CD4\\_viral\\_load\\_and\\_other\\_tests\\_Spanish.pdf](http://www.aidsmap.com/file/1004226/CD4_viral_load_and_other_tests_Spanish.pdf), Michael Carter
- (12) <http://www.aidsmap.com/El-objetivo-del-tratamiento-antirretroviral/page/2301624/>
- (13) <http://www.cdc.gov/hiv/basics/transmission.html>, Division of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, Sexual Transmitted Diseases and Tuberculosis Prevention, Centers for Disease Control and Prevention
- (14) [http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034\\_UNAIDS\\_Strategy\\_es.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_es.pdf) ONUSIDA 2005
- (15) Biel, D. (2011). Análisis de la eficacia de una intervención Cognitivo-Conductual Grupal Dirigida a Disminuir el Impacto del Estigma Asociado al VIH.
- (16) Federación Internacional de Planificación de la Familia [FIPF], ONUSIDA, Global Network of People Living with HIV/Aids [GNP+] e International Community of Women Living with HIV/Aids [ICV], 2008
- (17) Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual e Implicaciones para la Acción. Por: Peter Aggleton, Richard Parker y Miriam Maluwaç
- (18) Parker R. y Aggleton P. (2003). HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and an agenda for action. *Social Science and Medicine*. 57, 13-24.



## Capítulo 4

# ASPECTOS BÁSICOS SOBRE TRATAMIENTOS Y ADHERENCIA

Diego García Morcillo

**Adhara.**

01

## INTRODUCCIÓN

Si hay un hecho clave que cambió la historia reciente de la infección por VIH éste es sin duda la aparición en 1996 de las primeras terapias antirretrovirales de gran actividad. Fármacos muy potentes, efectivos en evitar la replicación viral, que en combinación con otros fármacos ya existentes en aquel entonces dieron lugar a lo que antes conocíamos como tratamiento de gran actividad (TARGA) o (HAART) por sus siglas en inglés. En la actualidad el concepto de terapia combinada de fármacos pertenecientes a diferentes familias que actúan en diferentes fases de la replicación del virus se mantiene; nuevas dianas terapéuticas se han desarrollado desde entonces con mejores perfiles de tolerabilidad y de resistencias, cambiando radicalmente lo que hasta entonces era la historia natural de la infección por VIH.

Con la llegada de nuevos medicamentos y combinaciones de fármacos se incorpora al VIH el concepto de adherencia entendiéndose ésta, a grandes rasgos, por la toma de la medicación de la forma indicada por el facultativo en número de tomas, cantidad de fármacos y posibles restricciones alimentarias que la acompañen. Teniendo en cuenta que la toma de medicación para controlar el VIH ha de realizarse de por vida, una correcta incorporación de la toma de medicación a nuestra vida diaria se hace imprescindible.

En este capítulo abordaremos aspectos relacionados con el tratamiento antirretroviral (TAR), recomendaciones sobre su uso, pruebas de laboratorio relacionadas, factores que influyen en la adherencia al TAR y cómo intervenir eficazmente como educadores/as de pares para mejorarla.



## TRATAMIENTOS

### 2.1

#### ¿QUÉ ES EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TAR) Y CÓMO FUNCIONA?

El tratamiento antirretroviral, en adelante TAR, es una combinación de fármacos antivirales que actúan en diferentes fases del ciclo de reproducción del VIH y que consiguen que éste deje de replicarse activamente en las células del sistema inmunitario a las que ataca preferentemente (linfocitos TCD4 – en adelante CD4- y macrófagos). El TAR a pesar de su efectividad no consigue eliminar el virus de los reservorios (células del cuerpo humano infectadas donde el virus permanece en estado latente, por ejemplo en el sistema nervioso y ganglios intestinales) y por eso con los tratamientos actuales no conseguimos eliminar el virus totalmente del cuerpo humano, y lograr una curación funcional.

### 2.2

#### FAMILIAS DE FÁRMACOS ANTIVIRALES (FARV) Y DIANAS TERAPÉUTICAS

Los fármacos para el tratamiento del VIH disponibles en la actualidad se agrupan en 5 grandes familias según la fase de replicación del virus en la que actúan y según el mecanismo de acción que utilizan para lograr la inhibición de la replicación viral. Las enzimas del VIH sobre las que

actúan los fármacos antivirales (dianas terapéuticas) son:

#### **Enzima transcriptasa inversa:**

podemos distinguir dos grandes grupos de fármacos que inhiben esta enzima según su mecanismo de acción:

ITIAN (Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogos de Nucleosido/ Nucleotido) bloquean la capacidad de transformar el ARN viral (material genético del virus) a ADN viral para poder integrarlo posteriormente en la célula huésped.

En la actualidad los ITIAN recomendados para su uso son: Abacavir (ABC), Emtricitabina (FTC), lamivudina (3TC), Tenofovir (TDF). Ha dejado de recomendarse el uso de los siguientes ITIAN debido a los efectos secundarios que producen, su alta toxicidad y por existir posibles combinaciones de fármacos de diferentes familias que se pueden usar en caso de intolerancia a los ITIAN recomendados o resistencias. Zidovudina (AZT), Didanosina (ddi), estavudina (d4T).

ITINN (Inhibidores de la Transcriptasa Inversa No Análogos de Nucleosido) bloquean la creación de las cadenas largas de aminoácidos desde las que se generan posteriormente las proteínas y enzimas virales.

Los ITINN disponibles en la actualidad son: Efavirenz (EFV), Nevirapina (NVP), Etravirina (ETR), Rilpivirina (RPV).

### **Enzima integrasa:**

los inhibidores de la integrasa (INI) evitan que el ADN viral se integre en el núcleo de la célula humana infectada. Los antirretrovirales pertenecientes a esta familia son: Raltegravir (RAL), Dolutegravir (DTG), Elvitegravir (EVG).

### **Enzima proteasa:**

la proteasa es la enzima que el VIH utiliza para trocear las largas cadenas de aminoácidos en trozos más pequeños y así poder formar sus propias proteínas y enzimas virales. El desarrollo de la primera generación de Inhibidores de la Proteasa (IP) a finales de los 90 supuso un cambio drástico en lo que hasta entonces había sido la infección por VIH. La combinación de los primeros IP con los primeros ITIAN supuso el inicio de la terapia antirretroviral de gran actividad y un drástico descenso de la mortalidad asociada a sida. Desafortunadamente su uso también estaba acompañado de alta toxicidad y/o pautas de administración complicadas; con el

tiempo, la aparición de nuevos IPs de segunda generación con mejores perfiles de seguridad, eficacia y administración ha hecho que el uso de IPs de primera generación no se recomiende en la actualidad.

Primera generación de IPs: Indinavir (IDV), Nelfinavir (NFV), Ritonavir (RTV), Lopinavir+Ritonavir (LPV/r), Amprenavir (APV), Saquinavir (SQV).

Segunda generación de IPs: Atazanavir (ATZ), Darunavir (DRV), Tipranavir (TPV), Fosamprenavir (FPV).

### **Inhibidores de la entrada y de la fusión:**

Estos últimos antirretrovirales no inhiben una enzima del virus, su mecanismo de acción se centra en bloquear uno de los receptores del linfocito CD4 que permiten el anclaje del virus. Para ello es preciso realizar previamente al paciente una prueba de tropismo mediante una analítica para averiguar si su virus utiliza dicho receptor (CCR5) para infectar las células, es el caso del Maraviroc (MVC).

Enfuvirtida (T20) es un inhibidor de la fusión del virus con la célula huésped. Su administración por inyección subcutánea y la aparición de fármacos de otras familias de fármacos con gran potencia y más fácil administración ha hecho que a día de hoy se haya prácticamente dejado de utilizar.

### 2.3. COMBINACIONES DE FÁRMACOS ANTIVIRALES POTENCIADORES Y COMPRIMIDOS A DOSIS FIJAS (FDC)

Los fármacos antirretrovirales (FAR) deben usarse siempre combinando varios fármacos pertenecientes al menos a dos familias distintas para así conseguir la máxima eficacia en la inhibición de la replicación del virus y minimizar el riesgo de la aparición de resistencias. Para el inicio del tratamiento ARV se recomienda comenzar con la combinación de dos ITIAN (Abacavir+lamivudina) o (Tenofovir+emtricitabina) asociado a un Inhibidor de la Integrasa (INI), a un IP potenciado o a un Inhibidor de la Transcriptasa Inversa No Análogo de nucleósido (ITINN).

Solo en el caso de no poder utilizarse ABC o TDF se puede recomendar combinaciones de dos FAR que excluyan uno o ambos ITIAN **(1)**.

Los potenciadores son fármacos cuyo mecanismo de acción consiste en inhibir enzimas hepáticas que metabolizan otros fármacos para el VIH. De esta forma se consiguen mayores concentraciones del fármaco potenciado en sangre y se permiten dosificaciones de una vez al día (QD), más cómodas para el paciente, y también eliminar restricciones alimentarias si las hubiera.

En la actualidad existen dos potenciadores, Ritonavir (RTV), un IP

de primera generación que usado a dosis bajas permite potenciar otros IPs.



















Cobicistat (COBI) un fármaco sin actividad antiviral que asociado normalmente a un IP o al INI Elvitegravir, permite la administración en una sola toma diaria de fármacos que de otro modo hubieran requerido otra dosificación.





Las combinaciones a dosis fijas (FDC), por sus siglas en inglés, son un único comprimido que combina varios fármacos antirretrovirales. Pueden ser por si mismos una pauta completa de tratamiento, combinar dos medicamentos pertenecientes a una misma familia o combinar un fármaco y su potenciador.

Por la simplificación que supone para la persona disminuir el número de comprimidos y de esta forma facilitar la toma de la medicación las FDC están presentes en la mayoría de los regímenes antirretrovirales que los pacientes con VIH tomamos en la actualidad.


Para una lista completa de los FAR autorizados puedes ver las **figuras 1 y 2**.

**Figura 1:**

<b>Nombre GENÉRICO</b>	<b>Nombre COMERCIAL</b>		<b>Dosis estandar en adultos</b>	<b>Restricciones alimentarias</b>
<b>INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS /ITIAN)</b>				
Zidovudina (AZT)	Retrovir		250 mg /2 veces día	Se puede tomar con o sin alimentos
Abacavir (ABC)	Ziagen		300 mg /2 veces día 0 600 mg /1 vez día	Se puede tomar con o sin alimentos
Didanosina (ddl)	Videx		1 /2 veces día (Depende del peso)	Tomar en ayunas
Emtricitabina (FTC)	Emtriva		200 mg/1 vez día	Se puede tomar con o sin alimentos
Lamivudina (3TC)	Epivir		150 mg /2 veces día 0 300 mg /1 vez día	Se puede tomar con o sin alimentos
Estavudina (d4T)	Zerit		30-40 gr/2 veces día (Depende del peso)	Separar de dietas ricas en grasa
Tenofovir (TDF)	Viread		245 mg/1 vez día	Tomar con alimentos
ABC + 3TC	Kivexa		1 comprimido/día	Se puede tomar con o sin alimentos
ABC + 3TC + AZT	Trizivir		1 comprimido/ 2 veces día	Se puede tomar con o sin alimentos
TDF +FTC	Truvada		1 comprimido/día	Preferible con alimentos, pero puede tomarse con el estómago vacío
AZT /3TC	Combivir		1 comprimido/ 2 veces día	Se puede tomar con o sin alimentos
<b>INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA NO ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS /ITINN)</b>				
Efavirenz (EFV)	Sustiva Stocrin		600 mg/1 vez día	Tomar con el estómago vacío, preferiblemente antes de acostarse
Nevarapina (NVP)	Viramune y viramune de acción prolongada		400 mg/1 vez día tras el periodo de introducción con revirapina de liberación prolongada	Se puede tomar con o sin alimentos
Etravirina (ETR)	Intellec		200 mg/2 veces día	Tomar con alimentos
Rilpivirina (RPV)	Edurant		25 mg/1 vez día	Tomar junto con una comida principal
<b>INHIBIDORES DE LA PROTASA (IP)</b>				
Atazanavir (ATZ)	Reyataz		300 mg + 100 mg de Ritonavir /1 vez día	Tomar con alimentos
Fosamprenavir (FPV)	Telzir		700 mg + 100 mg de Ritonavir/2 veces día	Se puede tomar con o sin alimentos

Nombre GENÉRICO	Nombre COMERCIAL	Dosis estandar en adultos	Restricciones alimentarias
Indinavir (IDV)	Crixivan	800 mg / cada 8 horas	Tomar en ayunas
Lopinavir+ritonavir	Kaletra	 2 comprimidos/ 2 veces día o 4 comprimidos/ 1 vez día	Tragar entero Se puede tomar con o sin alimentos
Nelfinavir	Viracept	300 mg /2 veces día 0 750 mg /1 vez día	Tomar con alimentos
Ritonavir	Norvir	 600 mg/ 2 veces día	Tragar entero Con alimentos para evitar náuseas
Tipranavir	Aptivus	 500 mg + 200 mg de Ritonavir /2 veces día	Tomar con alimentos
Fosamprenavir	Lexiva	1200 mg/2 veces día (Según combinación con otros agentes)	Indiferente
Danuravir (DRV)	Prezista	 800 mg + 100 mg de Ritonavir/1 vez día o 60 mg+ 100 mg de Ritonavir/2 veces día	Tomar con alimentos

#### INHIBIDORES DE FUSIÓN (IF)

Enfuvirtida (T-20)	Fuzeon	90 mg/2 veces día en inyección subcutánea en el brazo, la cara anterior del muslo o el abdomen	Indiferente
Maraviroc (MRV)	Celsentri	 300 mg/2 veces o 150 mg/2 veces día con un P potenciado con Ritonavir, excepto Tipranavir y Fosamprenavir o 600 mg/ 2 veces día con Efavirenz o Etravirinasin un P potenciado con Ritonavir	Se puede tomar con o sin alimentos

#### INHIBIDORES DE LA INTEGRASA (II)

Dolutegravir (DTG)	Tivicay	 50 mg/1 vez día o 50 mg/ 2 veces día si se toma con Efavirenz, Nevirapina o Tipranavir o en caso de que sepa que el VIH es resistente a los inhibidores de la integrasa	Se puede tomar con o sin alimentos
Elvitegravir (EVG)	Vitekta	 85 mg/1 vez día con Atazanavir/ Ritonavir o Lopinavir/Ritonavir o 150 mg/1 vez día con Darunavir/Ritonavir o Fosamprenavir/Ritonavir	Tomar con alimentos
Raltegravir (RAL)	Isentress	 400 mg /2 veces día	Se puede tomar con o sin alimentos

#### COMBINACIONES VARIAS FAMILIAS

DTG+ABC+3TC	Triumeq	 1 comprimido /día	Se puede tomar con o sin alimentos
EFV+FTC+TDF	Atripla	 1 comprimido /día	Tomar con el estómago vacío, preferiblemente antes de acostarse
EVG+COBICISTAT FTC+TDF	Stribild	 1 comprimido /día	Tomar con alimentos
RPV+FTC+TDF	Eviplera	 1 comprimido /día	Tomar con alimentos

“Seguir siempre la recomendación médica hecha para cada paciente concreto”

**Figura 2:**

## MEDICAMENTOS CONTRA EL VIH AUTORIZADOS POR LA FDA

(Actualizado 5/18/2016; Última revisión 3/16/2016)

### Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (ITIN)

#### Clase de medicamento

Esta clase de medicamentos bloquea la transcriptasa inversa, una **enzima** que el VIH necesita para reproducirse.

Nombre genérico (Otros nombres y siglas)	Marca comercial	Fecha de autorización por parte de la FDA
<b>abacavir</b> (sulfato de abacavir, ABC)	Ziagen	17 de diciembre del 1998
<b>didanosina</b> (didanosina de liberación lenta, dideoxinosina, didanosina revestimiento entérico, ddl, ddl EC)	Videx  Videx EC (recubrimiento entérico)	9 de octubre del 1991  31 de octubre del 2000
<b>emtricitabina (FTC)</b>	Emtriva	2 de julio del 2003
<b>lamivudina (3TC)</b>	EpiVir	17 de noviembre del 1995
<b>estavudina (d4T)</b>	Zerit	24 de junio del 1994
<b>fumarato de disoproxilo de tenofovir</b> (tenofovir DF, TDF)	Viread	26 de octubre del 2001
<b>zidovudina</b> (azidothymidina, AZT, ZDV)	Retrovir	19 de marzo del 1987

## Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (ITINN)

### Clase de medicamento

Esta clase de medicamentos se liga y luego altera la **transcriptasa** inversa, una enzima que el VIH necesita para reproducirse.

Nombre genérico (Otros nombres y siglas)	Marca comercial	Fecha de autorización por parte de la FDA
<b>efavirenz</b> (EFV)	Sustiva	17 de septiembre del 1998
<b>etravirina</b> (ETR)	Intelence	18 de enero del 2008
<b>nevirapina</b> (nevirapina de liberación lenta, NVP)	Viramune Viramune XR (liberación lenta)	21 de junio del 1996 25 de marzo del 2011
<b>rilpivirina</b> (clorhidrato de rilpivirina, RPV)	Edurant	20 de mayo del 2011

## Inhibidor de la proteasa (IP)

### Clase de medicamento

Esta clase de medicamentos bloquea la **proteasa** del VIH, una enzima que el VIH necesita para reproducirse.

Nombre genérico (Otros nombres y siglas)	Marca comercial	Fecha de autorización por parte de la FDA
<b>atazanavir</b> (sulfato de atazanavir, ATV)	Reyataz	20 de junio del 2003
<b>darunavir</b> (etanolato de darunavir, DRV)	Prezista	23 de junio del 2006
<b>fosamprenavir</b> (fosamprenavir cálcico, FOS-APV, FPV)	Lexiva	20 de octubre del 2003
<b>indinavir</b> (sulfato de indinavir, IDV)	Crixivan	13 de marzo del 1996
<b>nelfinavir</b> (mesilato de nelfinavir, NFV)	Viracept	14 de marzo del 1997
<b>ritonavir</b> (RTV)	Norvir	1 de marzo del 1996
<b>saquinavir</b> (mesilato de saquinavir, SQV)	Invirase	6 de diciembre del 1995
<b>tipranavir</b> (TPV)	Aptivus	22 de junio del 2005

## Inhibidores de la fusión

### Clase de medicamento

Esta clase de medicamentos impide que el VIH penetre los **linfocitos CD4** del sistema inmunitario.

Nombre genérico (Otros nombres y siglas)	Marca comercial	Fecha de autorización por parte de la FDA
<b>enfuvirtida</b> (T-20)	Fuzeon	13 de marzo del 2003

## Inhibidores de la entrada

### Clase de medicamento

Esta clase de medicamentos bloquea las proteínas en los linfocitos CD4 que el VIH necesita para penetrarlos.

Nombre genérico (Otros nombres y siglas)	Marca comercial	Fecha de autorización por parte de la FDA
<b>maraviroc</b> (MVC)	Selzentry	6 de agosto del 2007

## Inhibidores de la integrasa

### Clase de medicamento

Esta clase de medicamentos bloquea la **integrasa** del VIH, una enzima que el VIH necesita para reproducirse.

Nombre genérico (Otros nombres y siglas)	Marca comercial	Fecha de autorización por parte de la FDA
<b>dolutegravir</b> (DTG)	Tivicay	13 de agosto del 2013
<b>elvitegravir</b> (EVG)	Vitekta	24 de septiembre del 2014
<b>raltegravir</b> (potasio de raltegravir, RAL)	Isentress	12 de octubre del 2007

## Intensificadores farmacocinéticos

### Clase de medicamento

Esta clase de medicamentos se usan en el tratamiento del VIH para incrementar la eficacia de un medicamento contra el VIH incluido en un régimen contra ese virus.

Nombre genérico (Otros nombres y siglas)	Marca comercial	Fecha de autorización por parte de la FDA
<b>cobicistat</b> (COBI)	Tybost	24 de septiembre del 2014



## Combinación de medicamentos contra el VIH

### Clase de medicamento

Esta clase de medicamentos contiene dos o más medicamentos contra el VIH de una o más clases.

Nombre genérico (Otros nombres y siglas)	Marca comercial	Fecha de autorización por parte de la FDA
<b>abacavir y lamivudina</b> (ABC / 3TC)	Epzicom	2 de agosto del 2004
<b>abacavir, dolutegravir y lamivudina</b> (ABC / DTG / 3TC)	Triumeq	22 de agosto del 2014
<b>abacavir, lamivudina y zidovudina</b> (ABC / 3TC / ZDV)	Trizivir	14 de noviembre del 2000
<b>atazanavir y cobicistat</b> (ATV / COBI)	Evotaz	29 de enero del 2015
<b>darunavir y cobicistat</b> (DRV / COBI)	Prezcobix	29 de enero del 2015
<b>efavirenz, emtricitabina y fumarato de disoproxilo de tenofovir</b> (DF, EFV / FTC / TDF)	Atripla	12 de julio del 2006
<b>elvitegravir, cobicistat, emtricitabina, y fumarato de alafenamida de tenofovir</b> (EVG / COBI / FTC / TAF)	Genvoya	5 de noviembre del 2015
<b>elvitegravir, cobicistat, emtricitabina, y fumarato de disoproxilo de tenofovir</b> (QUAD, EVG / COBI / FTC / TDF)	Stribild	27 de agosto del 2012
<b>emtricitabina / rilpivirina / alafenamida de tenofovir</b> (FTC / RPV / TAF)	Odefsey	1 de marzo del 2016

Nombre genérico (Otros nombres y siglas)	Marca comercial	Fecha de autorización por parte de la FDA
<b>emtricitabina, rilpivirina y fumarato de disoproxilo de tenofovir</b> (FTC / RPV / TDF)	Completra	10 de agosto del 2011
<b>emtricitabina y fumarato de alafenamida de tenofovir</b> (FTC / TAF)	Descovy	4 de abril del 2016
<b>emtricitabina y fumarato de disoproxilo de tenofovir</b> (FTC/TDF)	Truvada	2 de agosto del 2004
<b>lamivudina y zidovudina</b> (3TC / ZDV)	Combivir	27 de septiembre del 1997
<b>lopinavir y ritonavir</b> (lopinavir reforzado con ritonavir, LPV/r, LPV / RTV)	Kaletra	15 de septiembre del 2000

## PRUEBAS DE LABORATORIO RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y EL SEGUIMIENTO AL PACIENTE VIH

Las pruebas de laboratorio son un mecanismo de gran importancia para la correcta valoración del funcionamiento del TAR, nos dan información valiosa para determinar el estado de salud inicial de una persona recién diagnosticada antes de comenzar el tratamiento, y son imprescindibles para un adecuado seguimiento de la persona con infección crónica. Diferentes pruebas de laboratorio nos proporcionarán información sobre los FAR adecuados para cada persona, el estado del sistema inmunitario y su evolución, la presencia de otros virus o bacterias que requieran un seguimiento especial y/o tratamiento y mostrarán diferentes parámetros de salud del metabolismo de la persona que guiarán las decisiones de salud y hábitos de vida saludables.

### 3.1 CARGA VIRAL (CV)

La carga viral plasmática (CV) mide el número de virus por mL en plasma sanguíneo. Las determinaciones periódicas de CV será un elemento fundamental en el seguimiento de la persona con VIH y proporcionará información valiosa sobre qué

combinaciones de FAR usar al inicio del tratamiento y determinará posibles cambios de tratamiento durante la infección crónica. La CV es el mejor marcador pronóstico de la evolución de la infección por VIH en la persona y se correlaciona con la probabilidad de transmisión del VIH y con el nivel de CD4 **(2-4)**. Además es el marcador para la respuesta al tratamiento más rápido y sensible.

A una persona recién diagnosticada se le realizará una CV basal para determinar el número de virus por mL de plasma antes de iniciar el tratamiento y poder decidir qué combinación de FAR es la más adecuada para lograr una reducción de la CV en el menor tiempo posible, minimizando así el riesgo de la aparición de resistencias.

Hay diferentes métodos para medir la CV de una persona con VIH, en la actualidad, la mayoría de laboratorios utilizan técnicas ultrasensibles capaces de detectar cantidades muy pequeñas de virus en sangre (25-50 copias de virus/mL). El objetivo del tratamiento es conseguir una CV por debajo del nivel de detección 25-50 copias/mL. Es lo que llamamos Carga Viral Indetectable.

En ocasiones especiales se puede pedir a una persona determinaciones de CV en otros fluidos corporales como pueden ser semen o líquido cefalorraquídeo. Estas determinaciones no son práctica clínica habitual y suelen estar

motivadas por razones especiales o ensayos clínicos que intentan valorar la correlación de CV plasmática y CV en otros fluidos.

### 3.2 PRUEBAS DE RESISTENCIAS

El VIH es un retrovirus que al reproducirse comete espontáneamente muchos errores en los genes que codifican las proteínas virales. A estos errores los llamamos mutaciones. La presencia de virus con distintas mutaciones o virus salvaje, es algo normal en la persona infectada por VIH (se conoce como virus salvaje a aquel virus que no presenta mutaciones de resistencia a fármacos por presión selectiva a éstos).

Las resistencias a FAR presentes en una persona se determinan en plasma sanguíneo bien por pruebas genotípicas o fenotípicas. Las pruebas de resistencia genotípicas se basan en la información proporcionada por los investigadores en el desarrollo de los FAR que muestra las mutaciones comunes en las cadenas del genoma viral cuando el virus se expone al fármaco sin que se produzca una supresión viral completa. Son las que se usan normalmente en la práctica clínica. Las pruebas fenotípicas miden la susceptibilidad de inhibición de la replicación viral frente a una cantidad estándar o creciente de un determinado fármaco.

Al diagnóstico y antes de iniciar tratamiento se debe realizar una

prueba de resistencias para comprobar que la persona no se ha infectado con una cepa resistente a uno o varios FAR. En España la Red de investigación en sida-CoRIS, muestra que en el periodo 2007-2015 existe una prevalencia global de resistencias primarias a transcriptasa inversa y proteasa del 7.6% **(5)**.

Si durante el tratamiento y el seguimiento de pacientes con VIH se producen elevaciones mantenidas de CV por encima de 200 copias de virus por mL se tendrá que realizar un test para valorar si el fracaso virológico se ha producido por resistencia selectiva a uno o varios fármacos presentes en la terapia combinada. Este test de resistencia guiará también la prescripción de un nuevo régimen que sea activo y permita inhibir al virus de nuevo por debajo del nivel 50 copias/mL.

### 3.3 DETERMINACIÓN DE CD4

Los linfocitos CD4 son las células del sistema inmunitario encargadas de activar al resto de defensas para protegernos, hacer frente y eliminar de nuestro organismo a virus, bacterias y células cancerosas. Son las células preferidas por el virus y que utiliza para reproducirse. En ausencia de un tratamiento antirretroviral eficaz el virus se reproducirá en grandes cantidades en nuestro organismo produciendo una CV alta y esto llevará aparejado una destrucción y por tanto

disminución del número de CD4. Por lo tanto la cifra de CD4 va a ser un indicador del estado inmunológico de la persona infectada por VIH. Para saber más sobre las categorías clínicas y estadios de la infección por VIH, puedes consultar el capítulo anterior y en el enlace del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) que se incluye en la bibliografía **(6)**.

Hoy en día se reconoce la indicación universal de proponer TAR a todos los y las pacientes independientemente de sus cifras de CD4 **(7)**.

En España el diagnóstico tardío cifra de CD4 < a 350 cel mm<sup>3</sup> al diagnóstico alcanza el 46, 2% de los nuevos diagnósticos según datos del MSSSI **(8)**. En personas con una cifra de CD4 baja y presencia de infecciones oportunistas las determinaciones de CD4 se realizaran con mayor frecuencia que cuando la persona se encuentre estable y con unas cifras de CD4 sostenidas superiores a la cifra anterior.

### 3.3 OTRAS PRUEBAS

Otras pruebas que se recomiendan para el manejo de las personas con VIH son la determinación de la prueba de sensibilidad al Abacavir (prueba del alelo HLA-B\*5701) antes de iniciar dicho fármaco, las pruebas de tropismo para determinar si el virus utiliza el correceptor CCR5 en caso de iniciar tratamiento con Maraviroc, y mediciones de

concentraciones plasmáticas de fármacos, que aunque no están indicadas en la práctica clínica habitual, pueden ser útiles en caso de insuficiencia renal y/o hepática para ajustar la dosis de los FAR.

Así mismo al diagnóstico, se solicitarán exploraciones complementarias para descartar infecciones por otros virus (como las hepatitis víricas, citomegalovirus o toxoplasmosis), o bacterias (tuberculosis, sífilis).

Para saber más sobre las exploraciones complementarias en la valoración inicial y seguimiento de las personas con el VIH puedes consultar las tablas publicadas por GESIDA en el documento de consenso junto al PNS de enero 2016.



## RECOMENDACIONES SOBRE TAR

El manejo de la persona con el VIH ha de realizarse desde una unidad especializada por un médico con experiencia. Dada la complejidad de los FAR, las pruebas complementarias, las co-morbilidades asociadas y las situaciones de salud especiales de las personas con el VIH (embarazo, envejecimiento, presencia de enfermedades oportunistas, infección por VIH tipo 2, etc.) ha hecho que las sociedades científicas tanto españolas como europeas elaboren anualmente unas guías o recomendaciones donde se dan indicaciones basadas en la evidencia científica sobre todas estas cuestiones.

### 4.1 LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y LA IMPORTANCIA DE LAS RECOMENDACIONES

En España la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) trabaja el ámbito de las infecciones y ofrece a los profesionales, tanto microbiólogos como médicos dedicados a la infectología apoyo, actualización y recomendaciones en diferentes ámbitos que afectan al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las infecciones. Dentro de la SEIMC hay un grupo de trabajo específico para las recomendaciones sobre el VIH y el sida, este grupo se llama GESIDA y elabora diferentes guías

y protocolos de actuación junto con el Plan nacional sobre el sida y otras sociedades científicas o entidades: profilaxis post exposición, profilaxis pre exposición, guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario, guía clínica sobre el manejo de las hepatitis virales en pacientes infectados por el VIH, etc.

Un panel de expertos de GESIDA y del Plan Nacional sobre el Sida del MSSSI elabora anualmente el documento de consenso sobre el tratamiento antirretroviral para adultos con infección por VIH. Este documento sirve de guía para los profesionales en cuestiones tan importantes para el correcto manejo de la persona con VIH como: *¿cuándo comenzar el tratamiento antirretroviral?, ¿Qué fármacos utilizar al inicio, y si hay fracaso virológico? ¿Cómo actuar durante el embarazo de una mujer VIH+? ¿Qué hacer si el paciente presenta una co-morbilidad o una infección oportunista?* etc.

Para poder acceder a la página web del Plan Nacional sobre el Sida y acceder a los diferentes documentos copiar los siguientes vínculos en vuestro navegador.

<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/recomendaciones.htm>

A nivel europeo es la sociedad europea clínica del SIDA (EACS) por sus siglas en inglés la que elabora la guía para el manejo de las personas VIH+ en Europa. Estas guías por

contar en su panel con expertos procedentes de diferentes países europeos son altamente influyentes a nivel nacional e internacional. Para poder acceder a la guía de la EACS (en español) podéis copiar el siguiente enlace en vuestro navegador o seguir el siguiente vínculo.

<http://www.eacsociety.org/files/guidelines-8.0-spanish.pdf>

## 4.2 INICIO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

En la actualidad las recomendaciones de GESIDA/PNS establecen la idoneidad de iniciar TAR independientemente del número de CD4. Esta recomendación se basa en diferentes ensayos entre los que cabe destacar el ensayo START y el TEMPRANO entre otros.

Para saber más sobre el ensayo START

<https://www.niaid.nih.gov/news/QA/Pages/STARTqa.aspx>

En cualquier caso, siempre se debe iniciar tratamiento si la cifra de CD4 es inferior a 350 cel ml<sup>3</sup>. Si la persona presenta síntomas de alguna enfermedad asociada a sida o alguna co-morbilidad (como por ejemplo hepatitis B y/o C o riesgo cardiovascular elevado) se recomienda iniciar TAR independientemente del número de linfocitos.

El TAR se muestra extremadamente efectivo en evitar nuevas

transmisiones. Diferentes ensayos han demostrado que cuando una persona se encuentra indetectable es extremadamente difícil que transmita el VIH a sus parejas sexuales incluso sin usar ningún método barrera **(9)**. Es por ello que se recomienda iniciar el TAR independientemente del número de CD4 con el fin de reducir la transmisión sexual.

Para evitar la transmisión madre/hijo en mujeres VIH+ embarazadas se recomienda iniciar TAR en la 12 semana de gestación y siempre antes de la 24 semana.

La correcta elección del tratamiento de inicio y el momento adecuado para comenzar a tomarlo son cruciales para garantizar el éxito de la medicación. Abordaremos con más amplitud la importancia de una decisión informada y en la que nos sintamos implicados en el apartado dedicado a la ADHERENCIA.



### 4.3

#### EL CAMBIO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

El objetivo del TAR es mantener un nivel de virus en sangre inferior a las 50 unidades de virus o copias de virus por mL de sangre. Es lo que se denomina Carga Viral plasmática indetectable. Mantener una CV indetectable en el tiempo evitará que desarrollemos mutaciones de resistencia a los FAR y permitirá una recuperación inmunológica progresiva.

Al iniciar el tratamiento, la CV deberá bajar al menos 1 logaritmo en las primeras 4 semanas. Esto será indicativo de que la combinación elegida está funcionando. Dependiendo de nuestra CV basal (de inicio) y de la potencia de la combinación elegida tardaremos aproximadamente unas 16 - 24 semanas en alcanzar la indetectabilidad. Por el contrario hablaremos de Fracaso Viroológico (FV) si tras ese periodo de tiempo al comenzar el TAR no alcanzamos la indetectabilidad o si tras haberla alcanzado se obtienen dos resultados consecutivos (separados por 4-6 semanas) de CV plasmática de más de 50 copias mL.

El FV es una indicación para cambiar el TAR pues éste no está siendo efectivo. Habrá que realizar una prueba de resistencias que determinará qué otras opciones de tratamiento están disponibles.

En ocasiones se producen pequeños repuntes de CV menores de 200 copias mL de manera aislada. A estos repuntes se les denomina "blips", y no suelen tener mayor importancia y no precisan de un cambio de tratamiento, a no ser que se repitan con frecuencia en el tiempo. Esto podría ser indicativo de que se está desarrollando alguna mutación de resistencia a alguno/s de los fármacos presentes en nuestro régimen.

Los controles de CV se deben realizar a las 4-6 semanas de iniciar el tratamiento, a la indetectabilidad y posteriormente si todo va bien cada 3-6 meses.

Otro motivo que puede ocasionar un cambio de TAR son los efectos adversos que pueden aparecer en la persona.

Se puede realizar un cambio de TAR de manera pro activa: para evitar una posible interacción con otro medicamento, por la presencia de alguna co-morbilidad.

De manera reactiva: cuando el efecto adverso se ha producido bien por intolerancia o toxicidad.

La mayoría de efectos adversos de grado leve o moderado suelen resolverse al cabo de unas semanas de iniciar el tratamiento, con frecuencia se trata de efectos a nivel del Sistema Nervioso Central (insomnio, mareo, sensación de confusión, depresión) o gastrointestinales.



Otros efectos adversos que suelen aparecer con el tiempo pueden ser subidos en los niveles de lípidos en sangre, disminución de la densidad mineral ósea, problemas renales, etc.

Dado que en la actualidad muchas de las combinaciones de TAR las tomamos en combinaciones a dosis fijas (FDC) habrá que descartar cual es el medicamento que puede estar causando el efecto adverso y bien sustituirlo por otro fármaco y por tanto tomar la nueva combinación con los fármacos por separado o bien cambiar a otra combinación a dosis fija si esto fuera posible.

Aunque se dispone de una cantidad de combinaciones en la actualidad que hace posible varios cambios de TAR en caso necesario, las combinaciones no son infinitas y será sumamente importante lograr un TAR que se adapte a nuestro estilo de vida y que sea duradero durante el mayor tiempo posible.

05

## ADHERENCIA

Los conceptos de adherencia y cumplimiento a la hora de tomar una medicación están estrechamente ligados. De hecho se trata de que tomemos la medicación tal y cómo ha sido prescrita por el médico respetando número de tomas, horarios, cantidad de pastillas, conservación y la ingesta o no de alimentos si así nos lo hubieran

indicado. Evidentemente para lograr que esto sea así deberemos incorporar la medicación de manera natural en nuestra vida diaria y para ello, es de vital importancia, el tener una buena información del tratamiento que se nos ha prescrito, y haber contado al médico hábitos de nuestra vida cotidiana, laborales y de ocio que pueden hacer que una determinada combinación sea más fácil de integrar en nuestra vida.

### 5.1 MÉTODOS PARA EVALUAR LA ADHERENCIA

El método más usado suele ser la información que nos proporciona la persona. Esta información se suele recabar mediante alguno de los diferentes cuestionarios que se han diseñado para medir el cumplimiento y la adherencia, como ejemplo podéis consultar el test Moriski (**figura 3**). Aunque estos métodos tienen la desventaja de sobreestimar la adherencia también tienen ventajas como su bajo coste, facilidad y rapidez de administración, la flexibilidad y la posibilidad de profundizar en aspectos específicos relacionados con la adherencia, como el horario de las dosis y los requerimientos dietéticos y otros aspectos de contextualización de la vida de la persona en los que queramos profundizar.

**Figura 3:**

PREGUNTAS	MOTIVACIÓN		CONOCIMIENTO	
1. ¿Alguna vez te olvidas de tomar alguno de tus medicamentos?				
2. ¿Eres descuidado a veces, con la hora de la toma de tu medicación?				
3. Cuando te sientes mejor ¿a veces dejas de tomar tu medicación (total o parcialmente)?				
4. A veces, si te sientes peor cuando tomas tu medicación, ¿dejas de tomarla?				
5. ¿Conoces los beneficios a largo plazo de tomar tus medicamentos?				
6. ¿A veces te olvidas de renovar las recetas de tus medicamentos a tiempo?				

Test Morisky para valorar el perfil de adherencia al tratamiento del paciente

Las respuestas deben ser: NO-NO-NO-NO-SI-NO.

Si varía cualquiera de ellas, se trata de una persona con riesgo de no seguir una adecuada adherencia al tratamiento

## 5.2 CONSECUENCIAS DE UNA MALA O INCOMPLETA ADHERENCIA

Tener una mala adherencia significa en primer lugar no consumir los fármacos prescritos en el nivel necesario para controlar eficazmente la replicación viral y que ésta se mantenga en niveles indetectables.

Algunos FAR tienen una vida en sangre media mayor que otros. Esto se traduce en que hay personas que pueden fallar en alguna toma de su medicación y en cambio siguen estando protegidas porque hay suficiente fármaco en sangre. Esto no sucede con otros FAR y/o combinaciones que exigen una adherencia mayor y

que no se pierdan tomas. Por ello aunque nuestro objetivo sea que no se produzca un fallo virológico, deberemos en nuestras entrevistas con la persona no fijarnos solo en ese dato de indetectabilidad e indagar en el contexto en el que la persona se toma el tratamiento, así podremos descartar comportamientos que puedan estar comprometiendo la eficacia del tratamiento a medio/largo plazo.

Son también indicadores de una adherencia incorrecta si la persona reduce las dosis prescritas – partir las pastillas y tomar solo la mitad por ejemplo; si no se respetan los intervalos de la toma de medicamentos, si se abandona de manera selectiva alguna de los fármacos que componen nuestra terapia combinada (en caso de que no estemos tomando una FDC), si conservamos los medicamentos de una forma inadecuada (expuestos a humedad, a fuentes de calor excesiva o en envases no apropiados) o si no se respetan las indicaciones sobre ayuno o ingestión de alimentos junto a la medicación.

Una mala o incorrecta adherencia conducirá a que se desarrollen mutaciones del virus y que éste se haga resistente a alguno de los fármacos que se está tomando o incluso a varios fármacos de la misma familia terapéutica con los que comparten mutaciones de resistencia. Si acumulamos fallos virológicos y mutaciones de resistencia tendremos menos

posibilidades de encontrar una combinación de FAR que nos resulte efectiva y la enfermedad puede progresar **(10)**. Además una mayor replicación viral conlleva una mayor posibilidad de transmisión de la infección y de cepas de virus resistentes **(11)**.

### 5.3 FACTORES QUE PUEDEN AFECTAR A UNA CORRECTA ADHERENCIA

Como señala la Dra. en Psicología María José Fuster en el tema 6 del curso de formación de mediadores para el apoyo a personas con VIH de la UNED, la falta de adherencia al tratamiento es un problema en el que intervienen numerosas variables y no sólo el hecho de no consumir los fármacos prescritos. Podemos encontrar factores relacionados con la enfermedad (las enfermedades que no presentan síntomas agudos concretos son proclives a que haya una menor adherencia), con el tratamiento (cuanto más complejo sea el TAR, la cronicidad, y que interfiera con la vida del paciente, menor será la adherencia), con la relación médico-paciente (la satisfacción del paciente con la relación terapéutica se ha identificado como predictor de la adherencia) y con la propia persona que toma la medicación (variables sociodemográficas, de personalidad y factores psicosociales).

## 5.4 ¿CÓMO INTERVENIR EFICAZMENTE PARA MEJORAR LA ADHERENCIA?

Dada la importancia de la adherencia al TAR se han ido desarrollando diferentes estrategias, unas dirigidas a simplificar el régimen terapéutico y mejorar los equipos asistenciales y también estrategias dirigidas a disminuir barreras y encontrar soluciones a las dificultades que las personas expresan a la hora de tomar el TAR.

Es importante identificar los factores de riesgo que puedan obstaculizar la adherencia y actuar para solventarlos:

**A.** Falta de información sobre el VIH y el TAR. Las creencias y expectativas de la persona son muy importantes en la adherencia al TAR. Es fundamental dar información que pueda corregir errores, resolver dudas y generar expectativas adecuadas.

**B.** Dotar a la persona con soluciones para acontecimientos relacionados con la medicación que pueden suceder en la vida diaria: qué hacer si se le olvida una dosis, si se queda sin medicación, como manejar los efectos adversos, como organizar la medicación – pastilleros, recordatorios, etc.

**C.** Factores de riesgo asociados al contexto en el que se mueve la persona; escasez de recursos, estigma asociado a la infección y

ocultación, presencia de co-morbilidades psiquiátricas. Muchos de estos factores requerirán de apoyo especializado y por tanto habrá que hacer derivaciones a profesionales de la psicología, medicina, trabajo social, etc.

**D.** Reforzar el sistema de soporte social de la persona. Familia, amigos/as o derivar a recursos que puedan dar apoyo psicosocial (grupos de autoayuda, ONGs) se muestra muy efectivos para potenciar los logros, normalizar y mantener una actitud positiva frente a la toma de la medicación.

Teniendo todo esto os presentamos un modelo de entrevista que puede ser útil para personas que estén ejerciendo de mediadores/as en el apoyo a personas con VIH. No se trata de una entrevista cerrada. Su propósito es ofrecer un esquema de actuación que permita recoger información relevante y proporcionar información útil que sirva para mejorar la adherencia. Las peculiaridades de la entrevista vendrán dadas por cada situación específica.

## Figura 4: ESQUEMA DE ENTREVISTA

### 01. Establecer una relación cordial

- a. Presentación personal del mediador y de los objetivos de la entrevista.
- b. Asegurar la confidencialidad.

### 02. Explorar la información, el contexto y las creencias del paciente

- a. Evaluación de la información que tiene sobre la infección por VIH de forma general. Dar información y corregir información errónea en caso que la hubiese.
- b. Identificar qué es lo que la persona espera del tratamiento.
- c. Evaluar las repercusiones cotidianas que tiene el problema de salud y el tratamiento.
- d. Evaluar las prácticas en el autocuidado.
- e. Identificar apoyos o posibles problemas en su entorno.

### 03. Describir la medicación

Es conveniente dar información suficiente ya adaptada a la comprensión del paciente sobre los siguientes aspectos:

- a. Cómo funciona
- b. Los problemas de falta de adherencia y en qué consiste esta (saltarse dosis, tomarlas a deshora, no respetar requisitos nutricionales, qué hacer en caso de olvido, etc.).
- c. El problema de las interacciones con otros fármacos
- d. Qué se puede esperar de beneficioso con ella (mejora de parámetros inmunológicos, descenso de carga viral evitar infecciones oportunistas, etc.)
- e. Qué hacer en caso de decidir dejarla (ir al médico, no dejar nunca un fármaco solo).

### 04. Ayudar a planificar las dosis

Algunas indicaciones útiles para este apartado de la entrevista serían:

- a. Preguntar al paciente por sus rutinas diarias (a qué hora se acuesta y se levanta, horarios de comida, horarios laborales, actividades de ocio, etc.).
- b. Acordar horarios. Una vez acordados será de utilidad comprobar su ajuste con alguna pregunta como *¿Crees que podrás respetar este horario sin problemas?*
- c. Escribir los horarios en una plantilla.

### 05. Anticipar el olvido

- a. Explorar situaciones en dónde pueden producirse olvidos (Es normal que a veces nos olvidemos de la medicación, *¿te ocurre a ti en alguna ocasión? ¿En qué situaciones te suele ocurrir?*).
- b. Acordar algún procedimiento de recuerdo (ej. donde guardar la medicación, llevar pastillas siempre encima, llenar el pastillero por la mañana con todas las pastillas del día, tener medicación en el coche o en el trabajo, alarmas, etc.)
- c. Explorar cualquier posible obstáculo que interfiera con la adherencia y sugerir estrategias o trucos para evitarlos. Para ello será de utilidad formular alguna pregunta general del tipo *¿Hay alguna otra cosa que creas que te dificulte tomar la medicación?*

## 06. Discusión sobre los efectos adversos

- a. Informar, de forma no amenazante, sobre posibles efectos adversos de la medicación.
- b. Dar información sobre manera de prevenirlos o paliarlos. Dado que esta entrevista será llevada a cabo por mediadores y no por médicos, la información a la que hace referencia este apartado no son recomendaciones farmacológicas, sino aquella relacionada con hábitos generales de vida, de nutrición o trucos, que ayuden a reducir el malestar que provocan los efectos adversos. En el capítulo 4 de este manual se ha expuesto información en este sentido.
- c. Reforzar la necesidad de ser adherentes al TAR y los beneficios que ello conlleva.

## 07. Evaluar los conocimientos y creencias sobre costos, riesgos y beneficios del tratamiento

Algunas preguntas que pueden orientar la recogida de información podrían ser: *¿Cómo crees que te va a ayudar el tratamiento?; ¿Crees que el tratamiento es difícil de seguir?; ¿Te consideras capaz de seguir el tratamiento?; ¿Piensas que puede haber algún problema debido al tratamiento en relación con tu vida cotidiana y tu relación con los demás?; Anteriormente, ¿tuviste dificultades para seguir otros tratamientos?; ¿Qué tratamientos y qué problemas?; ¿En qué medida te preocupan los efectos adversos?*

## 08. Comprobar la comprensión. Para ello será de utilidad

- a. Repetir la información más importante que permita aclarar cualquier cuestión incompleta o errónea.
- b. Repasar el horario y la información dada. Se comprobará si sabe el horario, el nombre de la medicación, la posología, etc.
- c. Explorar la actitud del paciente y las dudas que puedan quedar: *¿Tienes alguna duda o algo que te gustaría preguntar?*
- d. Identificar si hay algún tipo de información complementaria que la persona pueda necesitar

## 09. Explicitar nuestra disponibilidad por si necesita algo antes de la próxima visita

## 10. Reforzar los logros, dar retroalimentación positiva sobre los resultados que va obteniendo

## 11. Concertar una próxima visita

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1)** <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2016/gesida-guiasclinicas-2016-tar.pdf>
- (2)** Mellors JW, Rinaldo CR, Gupta P, et al. Prognosis in HIV-1 infection predicted by quantity of virus in plasma. *Science*. 1996; 272: 1167-70.
- (3)** O'Brien TR, Blattner WA, Waters D, et al. Serum HIV-1 RNA levels and time to development of AIDS in the Multicenter Cohort Study. *JAMA*. 1996; 276: 105-10.
- (4)** Mellors JW, Muñoz A, Giorgi JV, et al. Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection. *Ann Intern Med*. 1997; 126: 946-54.
- (5)** Álvarez M, Pérez AB, Camacho-Luque R, Chueca N, Iribarren JA, Gómez-Sirvent JL, et al. Evolución
- (6)** de las resistencias primarias y mutaciones en pacientes VIH naïve en CoRIS en el periodo 2007-2015. VII Congreso Nacional de GeSIDA, 2-4 de Diciembre 2015, Madrid. Abstract PO-05. [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Nota\\_Informativa\\_codificacion\\_HIV.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/clasifEnferm/boletines/Nota_Informativa_codificacion_HIV.pdf)
- (7)** Insight Start Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, et al. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *N Engl J Med* 2015; 373:795-807.
- (8)** Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España actualización 30 de junio de 2015. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.
- (9)** Alison Rodger, the Partner study group et al, HIV Transmission Risk Through Condomless Sex if HIV+ Partner on Suppressive ART: PARTNER Study, CROI March 3-6, 2014 | Boston, Massachusetts Abstract Number: 153LB
- (10)** Colven, R., Harrington, R., et al (2000) Tetroviral rebound syndrome after cessation of suppressive antiretroviral therapy in three patients with chronic HIV infection. *Annals of Internal medicine*, 133, 430-434
- (11)** Holtgrave, D.R., Maulsby, C. et al . (2012) Behavioral factors in assessing impact of HIV treatment as prevention. *Aids and Behaviour*, 16(5),1085-1091.





## Capítulo 5

# DESAFÍOS SOCIALES DE VIVIR CON VIH: ESTIGMA Y RESILIENCIA

María José Fuster Ruiz de Apodaca

**Sociedad Española Interdisciplinaria del sida (Seisida).**

01

## TIPOS DE ESTIGMA A LOS QUE ESTÁN EXPUESTOS LAS PERSONAS CON VIH

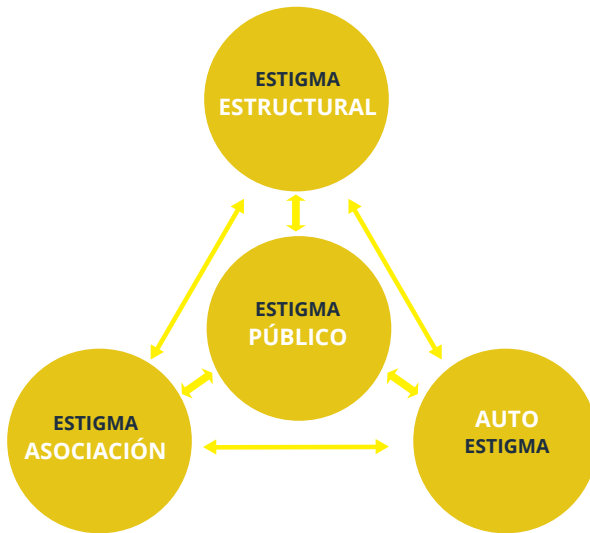
Desde los inicios de la infección las personas con VIH han sido uno de los grupos más estigmatizados en la sociedad. El estigma y el rechazo asociados al VIH tienen que ver con la percepción de que esta enfermedad es una amenaza para las personas y para la propia sociedad. Se percibe que el VIH es una amenaza tanto tangible (real) como simbólica. Tangible porque el VIH es una infección transmisible y por tanto puede constituir una amenaza para la salud. Simbólica porque, debido a su origen asociado a determinadas prácticas sexuales y a determinados grupos marginados, amenaza los valores, ideología y moralidad tradicionales **(1)**.

La estigmatización que sufren las personas con VIH puede suceder en diversos niveles. Según diversos autores **(2,3)** existen las siguientes manifestaciones del estigma que

ocurren a distintos niveles. El estigma público es el que representa las reacciones sociales y psicológicas que los que estigmatizan tienen ante las personas estigmatizadas. El segundo tipo de estigma, el auto-estigma, refleja el impacto social y psicológico que el estigma tiene en las personas estigmatizadas. Este estigma incluye la potencial internalización de las creencias negativas y los sentimientos asociados a la condición estigmatizada. El tercer tipo de estigma es el estigma por asociación. Este hace referencia tanto a las reacciones psicológicas y sociales de terceros ante aquellas personas que tienen relación con personas estigmatizadas (por ejemplo familia o amigos/as), como a las propias reacciones que éstos tienen a consecuencia de su relación con dichas personas estigmatizadas. Finalmente, el estigma estructural se refiere a la legitimación y perpetuación del estigma por las instituciones de la sociedad **(figura 1)**.

## Figura 1:

TIPOS DE ESTIGMA PROPUESTOS POR PRYOR Y REEDER (2011).



### 1.1 EL ESTIGMA PÚBLICO ASOCIADO AL VIH EN ESPAÑA

En el año 2008, un estudio de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA) mostraba que un porcentaje importante de la población afirmaba sentir incomodidad ante la presencia de una persona con VIH y también que, dado el caso, intentarían evitar el contacto con ellas. El prejuicio de la población se traducía en actitudes discriminatorias más graves expresadas a través del apoyo a políticas discriminatorias cuya finalidad sería su segregación social e incluso física. Este estudio mostró también los factores que influían en esas actitudes y sentimientos negativos. Estas eran, la creencia errónea de que el VIH puede transmitirse fácilmente por

contacto social, la gravedad percibida de la infección, la culpabilización de las personas con VIH por haberse infectado y la lejanía social de ellas (4).

En el año 2012, SEISIDA repitió el estudio para analizar la evolución de estas actitudes y encontró que las diversas expresiones de estigma medidas por la encuesta se habían reducido en el periodo de tiempo estudiado (2008-2012). Pese a la evolución positiva, todavía en el año 2012, existía un porcentaje importante de personas que afirmaba sentir incomodidad ante la presencia de una persona con VIH en diferentes escenarios de la vida cotidiana y que en conjunto, algo más de un 29% de la población afirmaba que intentaría evitar el contacto con ellas (5).

## 1.2

### EL ESTIGMA INTERNALIZADO

El estigma internalizado consiste en el grado de aceptación personal que la persona tiene de las características negativas atribuidas a su grupo y el grado en que las incorpora a su propio sistema de valores y a su autoconcepto (6). Esta interiorización de las respuestas y reacciones negativas de los demás puede conducir a sentimientos de culpa, de auto-desprecio, aislamiento, depresión, ansiedad o desesperanza (7). De acuerdo con diferentes estudios las personas con el VIH presentan un alto grado de internalización del estigma que llega a ser, en ocasiones, más alto que el propio estigma existente hacia ellos en la sociedad (7). En España, los niveles de internalización del estigma se equiparan, y también se correlacionan, con la magnitud de rechazo o trato diferente que las personas con el VIH manifiestan haber sufrido o que anticipan sufrir (8).

El estigma internalizado tiene, de forma consistentemente demostrada, un impacto negativo en la salud psicológica y la calidad de vida. Se relaciona, entre otras variables relevantes, con una menor autoestima, menor apoyo social percibido, peor adherencia al tratamiento y mayor ansiedad estrés y depresión (9-11).

Una consecuencia del estigma percibido, y en estrecha relación con el grado de internalización

del estigma que se tenga, es la ocultación. En España, resultados de diferentes estudios muestran que la ocultación del estatus de persona con el VIH es importante puesto que entre el 80 y 90% de personas con VIH revelan su serología solo en algunas ocasiones o incluso nunca o casi nunca (12). Uno de los motivos principales es el temor al rechazo de los demás. En general, las personas con el VIH no parecen tomar la decisión de no revelar su condición de forma libre sino que lo hacen por protegerse de un posible estigma anticipado.

La ocultación puede tener la ventaja de evitar el prejuicio y la discriminación, al menos a corto plazo. Sin embargo a largo plazo es muy probable que tenga importantes costes. Por un lado, existe evidencia de que cuando una persona trata de mantener su estigma en secreto está constantemente preocupada y obsesionada con esta cuestión (y con el temor a ser descubierta), lo que tiene implicaciones negativas en su vida diaria y en su bienestar físico y psicológico (13). Además, impide que se reciba apoyo social (si uno oculta la característica estigmatizante puede que no reciba rechazo, pero tampoco apoyo), y esta variable tiene un importante impacto en la salud y la calidad de vida (14). Asimismo, la ocultación podría tener influencia en el estigma público existente dado que, por un lado, la auto-aceptación y la apertura que una persona muestre influye en el grado de aceptación de los demás y por otro, la ocultación

puede impedir el uso de estrategias colectivas de afrontamiento dirigidas a cambiar la situación de desventaja social en la que están las personas con el VIH.

### 1.3 LA AUTOESTIMA Y SU RELACIÓN CON EL ESTIGMA INTERNALIZADO

La autoestima hace referencia al sentimiento y evaluación que las personas hacen de sí mismas, asociándose una buena o alta autoestima a sentimientos de valía personal y de respeto a uno o una misma. Por el contrario una baja autoestima se asocia con dependencia, excesiva necesidad de aprobación, desesperanza, depresión, culpa, ansiedad, aislamiento, abandono, entre otros muchos síntomas y sentimientos. Por tanto, y dado que la internalización del estigma es una actitud negativa hacia algún aspecto del sí mismo, este constituye una forma de dominio específico de la baja autoestima. De hecho, la investigación ha mostrado una relación positiva entre el estigma internalizado y la baja autoestima **(9)**.

El concepto de autoestima es muy amplio e incluye una combinación de varios elementos. Entre ellos, tener un buen concepto de uno o una misma, un nivel positivo de autorrealización personal, confianza en sí mismo/a, autoeficacia percibida, auto-respeto, etc. La autoestima se construye a lo largo de la vida y los padres, la familia, de la escuela y la sociedad, juegan un papel fundamental en su desarrollo.

Asimismo, un factor importante de la autoestima es la percepción de la evaluación de las otras personas hacia uno o una misma. Además, la autoestima depende mucho de las situaciones y por tanto puede variar dependiendo ellas. Los momentos de abatimiento, de depresión, de encuentros con personas extrañas, con personas con atractivo sexual, situaciones en la que se ha cometido algún error, o situaciones donde hay riesgo de rechazo o fracaso, pueden influir en que aparezcan algunas de las actitudes, pensamientos o sentimientos relacionados con la baja autoestima.

Las personas con el VIH tienen, además de sus particulares situaciones vitales, una condición de salud que lleva aparejada el riesgo de rechazo, tanto de otras personas como de sí mismas. Por tanto, tienen unas amenazas importantes para su autoestima. De hecho, en la investigación es frecuente relacionar directamente el VIH con una baja autoestima **(10)**. Berger et al. **(9)** encontraron medidas de baja autoestima asociada al estigma internalizado por VIH en aspectos como: sentirse sucio, no tan bueno como otros, ser mala persona por tener el VIH y sentimientos de vergüenza y culpa. En este mismo estudio encontraron altas correlaciones también entre el estigma por VIH con el estigma internalizado en aspectos que claramente influyen en una baja autoestima, como: creer que van a perder amigos, sentir que los

demás les evitarán, arrepentirse de habérselo contado a algunas personas, o creer que los demás tienen miedo de ellos por tener el VIH.

02

## EL AFRONTAMIENTO DEL ESTIGMA

Las personas con el VIH no son receptoras pasivas del rechazo, sino que son personas activas que responden y afrontan el rechazo y la discriminación de diversas maneras **(15)**.

Los diversos modelos sobre estrategias de afrontamiento que existen distinguen de una forma u otra entre estrategias de aproximación y estrategias de evitación. De forma general, las primeras incluyen aquellas estrategias que se dirigen a resolver el problema o a regular las emociones, y las segundas las que se dirigen a evitar el problema, en este caso la posibilidad de ser rechazados/as.

La investigación en relación con el VIH **(15)** muestra que las personas con el VIH usan, entre otras estrategias de aproximación, la confrontación verbal, el apoyo social, la visibilidad, distintas formas de confrontación conductual, como poner una reclamación o iniciar un proceso judicial, regular la expresión emocional para evitar que la situación de rechazo empeore o buscar

diversas estrategias de solución de problemas.

También usan estrategias para adaptarse a la situación y regular sus emociones. Entre ellas, alguna forma de reestructuración cognitiva, como la minimización o relativización de la situación de estigma experimentada, o la devaluación de las personas prejuiciosas.

Finalmente, también son comunes diferentes estrategias de evitación como el distanciamiento psicológico del hecho, la ocultación, las conductas de auto-exclusión en diferentes ámbitos, o establecer relaciones selectivas con personas del propio grupo.

Sin embargo, las diversas estrategias de afrontamiento, además de beneficios pueden tener sus costes. En general, aquellas que van dirigidas a resolver el problema suelen ser las más adaptativas, aunque a veces pueden conllevar diferentes costes personales y además es mayor la exposición al rechazo y la discriminación. Por su parte, las estrategias que buscan regular las emociones pueden reducir la motivación de implicarse en otro tipo de esfuerzos dirigidos a cambiar exitosamente el problema.

Finalmente, las estrategias de evitación tienen también diversos costes, como la limitación del acceso a recursos, la limitación de la posibilidad de cambiar estereotipos a través del contacto

o la imposibilidad de desarrollar y mantener relaciones sociales, entre otros **(16)**. La investigación, en general, ha encontrado incrementos del distrés psicológico incluyendo mala adaptación y síntomas físicos asociados al uso de este tipo de estrategias. Pese a ello no se puede afirmar que las estrategias de evitación deban eliminarse del repertorio de respuestas de afrontamiento de la persona puesto que en determinadas condiciones pueden ser efectivas. Un ejemplo de ello, sería evitar a personas altamente prejuiciosas, dado que la persona estigmatizada tiene poco que ganar interactuando con dichas personas **(16)**.

03

## EL PROCESO HACIA LA RESILIENCIA EN LAS PERSONAS CON EL VIH

La resiliencia es un proceso que ocurre cuando una persona se enfrenta a la adversidad y es capaz de sobreponerse, responder y adaptarse a ella. La resiliencia puede estar influenciada por la genética, las experiencias adversas sufridas, el deseo de éxito, las habilidades sociales para buscar el apoyo de otros, y la presencia de mentores o de modelos de rol **(17)**.

La resiliencia está asociada a diversos factores psicológicos como la autoeficacia (la percepción de capacidad personal para

afrontar las situaciones), la autoestima, la sensación de control interno y de independencia o el optimismo. Además, el apoyo social (especialmente el de la familia y amigos/as) es un significativo predictor de diferentes aspectos de la resiliencia. Asimismo, el uso de ciertas estrategias de afrontamiento como la reevaluación cognitiva positiva se asocian con la resiliencia. Todos estos factores relacionados con la resiliencia se han mostrado también relacionados positivamente con diversos marcadores de salud física, psicológica y calidad de vida **(18)**. Personas que han sobrevivido a traumas físicos o personas con enfermedades crónicas a menudo relatan haber encontrado un significado positivo a su experiencia y verla como algo que les ha aportado beneficios y aprendizaje.

La infección por el VIH tiene unos desafíos sociales importantes que no tiene ninguna otra enfermedad crónica, por tanto, el proceso para desarrollar resiliencia es más difícil **(17)**. De hecho, se ha hallado que el estigma internalizado está relacionado negativamente con el crecimiento personal **(19)**. Aquellas personas con VIH que desarrollan resiliencia difieren del resto en varios aspectos, como el nivel de conocimiento, la responsabilidad personal, la persistencia, la mayor calidad de vida, el menor distrés psicológico o los pensamientos positivos. La resiliencia, o la carencia de ella, pueden marcar la diferencia entre sucumbir al VIH o adaptarse

y ajustarse a vivir con infección estigmatizada (20).

Algunos autores (17) sostienen que el proceso para que una persona con el VIH desarrolle resiliencia incluye los siguientes pasos. El primero es la motivación interna y externa.

La motivación interna incluye el deseo de supervivencia y el deseo de aumentar el conocimiento. La externa el deseo de revelar la condición de persona con el VIH a otros y recibir aceptación y apoyo psicológico en ocasiones de esos otros. El siguiente paso es el manejo de la enfermedad, que incluye auto-cuidados físicos y psicológicos. Una vez que se ha ganado control sobre la salud física y psicológica, el siguiente componente de la resiliencia es el dominio de la enfermedad que implica recuperar el control sobre la propia vida.

El activismo o la defensa de los derechos, de uno mismo y de otros, es un aspecto importante de este componente, de la maestría, dominio o control sobre la infección, e implica el sentimiento de autoeficacia personal. Otro aspecto importante es el logro en los resultados de salud, es decir, estar saludable pese a la condición crónica de salud.

04

## EL PAPEL DE LOS PARES EN LA CAPACITACIÓN DE LAS PERSONAS CON EL VIH PARA AFRONTAR EL ESTIGMA Y RECORRER EL CAMINO DE LA RESILIENCIA

La intervención de los pares en la reducción de los efectos del estigma en las personas con el VIH y en su capacitación para el afrontamiento puede ser muy relevante.

Los pares funcionan como modelos de rol por su experiencia con el proceso, son personas influyentes dentro de su grupo y además son comunicadores eficaces y creíbles. Esto es así porque tienen un conocimiento profundo de las vivencias y de los problemas a que se enfrenta una persona con el VIH y porque usan una terminología y una comunicación no verbal que facilita la empatía.

Así pues, a través de intervenciones basadas en la educación, pares pueden ayudar a que las personas con el VIH reestructuren posibles creencias erróneas y magnificadas sobre la cantidad de estigma público asociado al VIH ayudando a su igual a analizar las consecuencias que una percepción distorsionada puede tener en su bienestar. Además, los pares pueden enseñar qué estrategias hay para afrontar el estigma y cuáles son las ventajas o lo costes de cada una, ayudando a que su igual decida cuál de ellas quiere

y puede usar. La experiencia del par con el uso de esas estrategias puede ser de gran utilidad para su igual.

Asimismo, los pares pueden también ayudar a detectar y reducir los síntomas de internalización del estigma de sus iguales. Para ello, deberán explorar la presencia de sentimientos como la culpa, la vergüenza, el temor a las relaciones afectivas o a las sexuales por miedo al rechazo o a la transmisión, etc. Una vez detectados estos sentimientos, se debe explicar el origen de estos sentimientos, ayudar a identificar que su fuente es la interiorización de la respuesta negativa de la sociedad y no sus características personales. El par puede dar información sobre los orígenes y los factores que influyen en el estigma asociado al VIH y tratar así de que su igual no haga atribuciones internas, es decir, que no focalice en sí mismo las causas del estigma.

Intervenir en la mejora de la autoestima de las personas con el VIH es una cuestión compleja que requiere considerar todos los matices que tiene el concepto y requiere procesos terapéuticos amplios y normalmente de larga duración. Como complemento a este proceso, los pares pueden ayudar a sus iguales a identificar y cuestionar las auto-críticas duras y excesivas, regular los pensamientos extremos, cuestionar el sentimiento de culpa, no compararse negativamente con los demás, fomentar el sentimiento de valía personal, reestructurar

pensamientos negativos que no se corresponden con la realidad, ayudar a no generalizar a partir de experiencias negativas, centrarse en el presente y en lo positivo, fomentar su sentimiento de capacidad para resolver los problemas, ser conscientes de los logros que hayan tenido en sus vidas, aceptar los sentimientos positivos y negativos que se tengan, ser sensibles a las necesidades de los demás y esforzarse por mejorar\*.

Finalmente, los pares pueden ser de mucha ayuda para que las personas con el VIH logren recorrer el camino de la resiliencia. Aunque se han hecho grandes progresos en el tratamiento, todavía muchas personas que reciben el diagnóstico tienen miedo a morir. Los/as pares pueden, a través de intervenciones basadas en la educación, dar información adecuada sobre el manejo de la infección por el VIH y de cómo se puede promover la salud y prevenir el desarrollo de la enfermedad. También pueden dar apoyo psicológico. Esto redundará en unos mejores resultados de salud. Los/as pares dado que son comunicadores similares y creíbles son especialmente adecuados para

\* Para profundizar en todos estos aspectos, se recomienda consultar el manual de CESIDA de capacitación de las personas con vih para afrontar el estigma y la discriminación (<http://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/GuiaCapacitaciondelasPersonasconVIH.pdf>).



que el conocimiento que transmiten se traslade a cambios en motivación y creencias.

La revelación del seroestatus es un gran desafío y un factor esencial de la resiliencia. Los pares pueden ayudar a analizar las barreras y los facilitadores, enseñar estrategias para la revelación, ayudar a poner la mirada en los resultados positivos que se pueden alcanzar y dar refuerzo. Además de ello, pueden actuar como modelos transmitiendo su propia experiencia e infundir expectativas positivas relacionadas con la aceptación de otros. Además, los pares, con su consejo pueden ayudar a otras personas con el

VIH a obtener control o dominio sobre la infección, no solo a través de estrategias de educación, sino animando a sus iguales a implicarse en actividades de soporte de otras personas o a conectarse con las organizaciones comunitarias. A través de esto, el apoyo de los pares ayuda al crecimiento personal, a la toma crítica de decisiones y a desarrollar el sentimiento de comunidad. Además, ya se vio como los/as pares pueden potenciar el sentimiento de autoeficacia de sus iguales en el capítulo 1 y esta variable es un componente esencial de la resiliencia.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1)** Fuster-Ruizdeapodaca MJ, Molero F, Holgado FP, Mayordomo S. Enacted and internalized stigma and quality of life among people with HIV: the role of group identity. *Quality of Life Research*. 2014;1–9.
- (2)** Bos AER, Pryor JB, Reeder GD, Stutterheim SE. Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic Appl Soc Psych* [Internet]. 2013;35(1):1–9. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01973533.2012.746147>
- (3)** Stutterheim SE, Bos AER, Pryor JB, Brands R, Liebrechts M, Schaalma HP. Psychological and social correlates of HIV status disclosure: The significance of stigma visibility. *AIDS Educ Prev*. 2011;23(4):382–92.
- (4)** Fuster MJ, Molero F, de Montes LG, Agirrezabal A, Vitoria A. HIV- and AIDS-Related Stigma: Psychosocial Aspects in a Representative Spanish Sample. *Span J Psychol* [Internet]. 2013;16:E30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23866225>
- (5)** Fuster-Ruizdeapodaca MJ, Molero F, Gil de Montes L, Agirrezabal a, Toledo J, Jaen a. Evolution of HIV-related stigma in Spain between 2008 and 2012. *AIDS Care* [Internet]. 2014;(April):37–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24720687>
- (6)** Herek GM, Gillis JR, Cogan JC. Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *J Couns Psychol*. 2009;56(1):32–43.
- (7)** Visser MJ, Makin JD, Vandormael a, Sikkema KJ, Forsyth BWC. HIV/AIDS stigma in a South African community. *AIDS Care*. 2009;21(2):197–206.
- (8)** Fuster-Ruizdeapodaca MJ, Molero F, Ubillos S. Evaluación de una intervención dirigida a reducir el impacto del estigma en las personas con VIH capacitándolas para afrontarlo. *An Psicol*. 2016;32(1):39–49.
- (9)** Berger BE, Ferrans CE, Lashley FR. Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Res Nurs Heal*. 2001;24(6):518–29.
- (10)** Bunn JY, Solomon SE, Miller C, Forehand R. Measurement of stigma in people with HIV: A reexamination of the HIV stigma scale. *AIDS Educ Prev*. 2007;19(3):198–208.
- (11)** Mak WWS, Poon CYM, Pun LYK, Cheung SF. Meta-analysis of stigma and mental health. *Soc Sci Med*. 2007;65(2):245–61.
- (12)** Fuster-RuizdeApodaca MJ, Molero F, Holgado FP, Ubillos S. Adaptation of the HIV Stigma Scale in Spaniards with HIV. *Span J Psychol* [Internet]. 2015;18:E66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26369905>
- (13)** Pascoe E a, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2009;135(4):531–54.
- (14)** Smith R, Rossetto K, Peterson BL. A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support. *AIDS Care*. 2008;20(10):1266–75.

**(15)** Fuster Ruiz de Apodaca MJ, Molero F, Holgado Tello FP, Sansinenea E. Desarrollo de un nuevo cuestionario para medir las estrategias que las personas con VIH usan para afrontar el estigma y la discriminación. *Acción Psicológica* [Internet]. 2013;10(2):87-99. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-908X2013000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

**(16)** Miller CT, Kaiser CR. A theoretical perspective on coping with stigma. *J Soc Issues*. 2001;57(1):73-92.

**(17)** De Santis JP, Florom-Smith A, Vermeesch A, Barroso S, DeLeon DA. Motivation, management, and mastery: a theory of resilience in the context of HIV infection. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* [Internet]. 2013;19(1):36-46. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3773721/pdf/nihms501929.pdf>

**(18)** Stewart DE, Yuen T. A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics* [Internet]. Elsevier Inc.; 2011;52(3):199-209. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psym.2011.01.036>

**(19)** Murphy PJ, Hevey D. The relationship between internalised HIV-related stigma and posttraumatic growth. *AIDS Behav*. 2013;17(5):1809-18.

**(20)** Emlert CA, Tozay S, Raveis VH. "I'm not going to die from the AIDS": Resilience in aging with HIV disease. *Gerontologist* [Internet]. 2011;51(1):101-11. Available from: <http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/early/2010/07/21/geront.nq060.short>

06

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

**1.** Fuster, M.J. (2011). Los efectos del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento. Tesis doctoral.

<http://e-spacio.uned.es/fez/view.php?pid=tesisuned:Psicologia-MJfuster>  
Se recomienda la lectura del capítulo de esta tesis donde se describe un estudio cualitativo que permite obtener una visión amplia proveniente de las propias personas con VIH sobre los efectos del estigma, su impacto y sus formas de afrontamiento (pp. 94-212).

**2.** Fuster Ruiz de Apodaca, M. J., Molero, F., Biel, D. y Barranco, C. (2013). Capacitación de las personas con VIH para afrontar el estigma y la discriminación. Manual de intervención. Disponible en [http://www.cesida.org/images/stories/documentacion/manual\\_cesida\\_potenciacion.pdf](http://www.cesida.org/images/stories/documentacion/manual_cesida_potenciacion.pdf)

**3.** UNAIDS (2008). Reducing HIV stigma and discrimination: A critical part of national AIDS programmes. Geneva, UNAIDS. Retrieved from [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2008/jc121\\_stigmatisation\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2008/jc121_stigmatisation_en.pdf)

**4.** UNAIDS (2010). Getting to zero: 2011-2015 strategy Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Geneva, UNAIDS. Retrieved from [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/210/jc2034\\_unaids\\_strategy\\_en.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/210/jc2034_unaids_strategy_en.pdf)



## Capítulo 6

# PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y LA PREVENCIÓN DEL VIH

Alberto Martín-Pérez Rodríguez.

**Federación Española de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB).**

01

## INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud define la salud sexual como la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad **(1)**.

La salud sexual incluye una gama amplia de significados psicosociales y subjetivos de la sexualidad, entendida ésta en sentido amplio, como una dimensión humana que abarca todo nuestro ser, y toda nuestra biografía, y no limitada únicamente a las relaciones sexuales. Por su parte, entendemos aquí las relaciones sexuales como una forma de comunicación que puede incluir mucho más que las relaciones coitales, ya que el individuo participa en ellas con todo su cuerpo y no sólo con los genitales.

Aunque se define la salud sexual en términos de bienestar, la realidad social, cultural y económica a la que hacen frente las personas con el VIH hace necesario un enfoque de derechos que favorezca que las personas se hagan cargo de su salud sexual a través de información y diferentes intervenciones educativas. Entre estas intervenciones podemos contar la educación de pares formados en el abordaje de temas sensibles que favorezcan la toma de decisiones informadas y el disfrute de unas relaciones sexuales seguras **(2)**.

En este capítulo se abordarán algunos de estos temas sensibles para las personas con el VIH, como los riesgos de transmisión del VIH durante las relaciones sexuales, las distintas formas de reducir dicho riesgo, la salud reproductiva o la violencia de pareja; así como las necesidades especiales de mujeres y hombres con el VIH de edad avanzada o personas transexuales con el VIH, entre otros.

02

## CONTENIDOS DE INTERÉS PARA LA LABOR DE PARES EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL

El enfoque de salud, dignidad y prevención positiva propuesto por ONUSIDA y diversas organizaciones de la sociedad civil en 2009 se dirige a promover que las personas con el VIH se apropien de los programas y

servicios orientados a ellos desde un enfoque de derechos, promoviendo que vivan con dignidad y mantengan su salud a través de su participación y empoderamiento **(3)**.

Durante mucho tiempo se había concebido la salud sexual hacia las personas con VIH como la mera prevención de la transmisión del VIH, el diagnóstico y tratamiento de otras ITS y ocasionalmente, la atención a la disfunción sexual, independientemente de tuviera origen psicogénico (relacionado con la infección por el VIH u otras causas psicosociales) o fisiológico, incluyendo el empleo de fármacos antirretrovirales.

Sin embargo, además de la educación preventiva, desde el enfoque propuesto por ONUSIDA la salud sexual y reproductiva implica prestar atención a otros muchos aspectos entre los que se incluyen:

- Placer y disfrute: proporcionar apoyo para una vida sexual satisfactoria.
- Sexualidad: ofrecer educación e información apropiada para cada edad y con un enfoque inclusivo de la diversidad sexual: identidad de género, expresión de género y orientación sexual.
- Promoción del uso del preservativo masculino y femenino y otras estrategias de prevención y reducción de riesgos: lubricantes, TAR, profilaxis pre exposición y post exposición, microbicidas y circuncisión masculina.

- Infecciones de Transmisión Sexual: prevención, detección y tratamiento, incluyendo vacunaciones de VPH, y hepatitis A y B.
- Disfunción sexual: diagnóstico y abordaje.
- Auto percepción y autoimagen (cambios en la imagen corporal, autoestima).
- Salud reproductiva: informar sobre opciones anticonceptivas, acceso a servicios de interrupción voluntaria del embarazo, fertilidad, reproducción asistida, detección y manejo de cáncer cérvico-uterino, de mama y otros cánceres relacionados con la salud reproductiva.
- Relaciones: Aspectos relacionados con la afectividad, la intimidad y la relación de pareja.
- Violencia, con especial énfasis en la violencia de pareja y la violencia sexual.

Muchos de estos temas se desarrollan en éste o en otros capítulos de la guía.

**Tabla 1:** DIFICULTADES PARA ELABORADAJE DE LA SEXUALIDAD CON USUARIOS/AS

ESTRUCTURALES	PERSONALES DEL EDUCADOR O EDUCADORA DE PARES	DE LA RELACIÓN CON EL USUARIO O USUARIA
Presencia de acompañantes o terceras personas en el espacio.	Falta de formación y desconocimiento de recursos	Diferencia de sexo entre usuario/a y educador/a
Falta de un espacio adecuado que facilite la conversación.	Temor a resultar intrusivo/a	Diferencia de edad entre usuario/a y educador/a
Falta de tiempo programado en la intervención.	Incomodidad o malestar para hablar de sexualidad	Diferencias culturales
Ausencia de recursos de derivación que permitan continuar la intervención iniciada.		

03

## EDUCACIÓN SEXUAL

### 3.1 TÉCNICAS PARA EL ABORDAJE DE LA SEXUALIDAD CON LAS PERSONAS USUARIAS

Hablar de sexualidad implica abordar aspectos íntimos con los que es posible que ni las personas usuarias ni los educadores y educadoras de pares sientan necesariamente comodidad. Existen motivos tanto personales como estructurales que pueden dificultarlo (**Tabla 1**).

Sin embargo, buscar o crear la oportunidad de mantener una verdadera conversación que permita explorar conflictos o vivencias negativas relacionadas con la sexualidad puede suponer

un cambio muy importante para el usuario o usuaria. No obstante, es necesario tener cuidado de no forzar conversaciones no deseadas. A veces basta sólo con hacer saber que hay buena disposición para escuchar cuando la persona sienta la necesidad.

A continuación indicamos algunas ideas de partida.

Comenzar con una pregunta general, en el contexto del análisis de otros aspectos de la calidad de vida: estado anímico, alimentación, etc:

- Un aspecto de la calidad de vida son las relaciones sexuales; *¿cómo te va en este aspecto?*

- La sexualidad es una parte importante de nuestra vida, y con tu permiso, me gustaría hacerte algunas preguntas que me ayudarán a darte la mejor atención posible.
- Algunas personas comentan que tienen dificultades relacionadas con la sexualidad tras el diagnóstico *¿a ti te preocupa este asunto?*

Garantizar la confidencialidad de la información.

Evitar generalizaciones. Cuando se ha avanzado en la conversación es mejor plantear preguntas que son concretas y pertinentes: por ejemplo, es mejor decir *“si te he entendido bien, hay un problema con la lubricación vaginal”* que *“si te he entendido, hay un problema sexual”*.

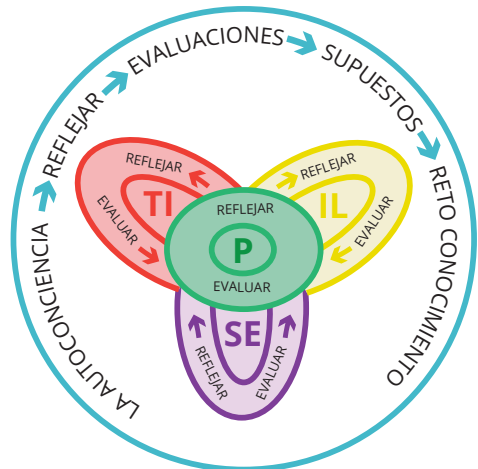
Normalizar situaciones que puedan generar malestar o vergüenza para los usuarios y usuarias:

*“Muchos hombres con problemas de erección intentan ver si consiguen tener una viendo videos eróticos y masturbándose. ¿Has probado a tener una erección cuando estás sólo?”*

En la atención sanitaria, se han desarrollado distintos modelos que facilitan este tipo de conversaciones. Uno de los más conocidos es Extended PLISSIT. A través de este modelo se ofrece permiso (P) para hablar sobre las dificultades con relación a la sexualidad, una breve información o información limitada (LI) hasta donde den de sí los conocimientos y habilidades profesionales, una sugerencia específica (SE) y/o una derivación a terapia más intensiva si fuera necesario (IT). Para más información, se puede consultar los documentos de Taylor y Davis citados en la bibliografía. **(4,5)**

**Figura 1:**  
EL MODELO PLISSIT  
EXTENDIDO  
(Taylor & Davis)

LLAVE	
<b>P</b>	PERMISO
<b>IL</b>	INFORMACIÓN LIMITADA
<b>SE</b>	SUGERENCIAS ESPECÍFICAS
<b>TI</b>	TERAPIA INTENSIVA





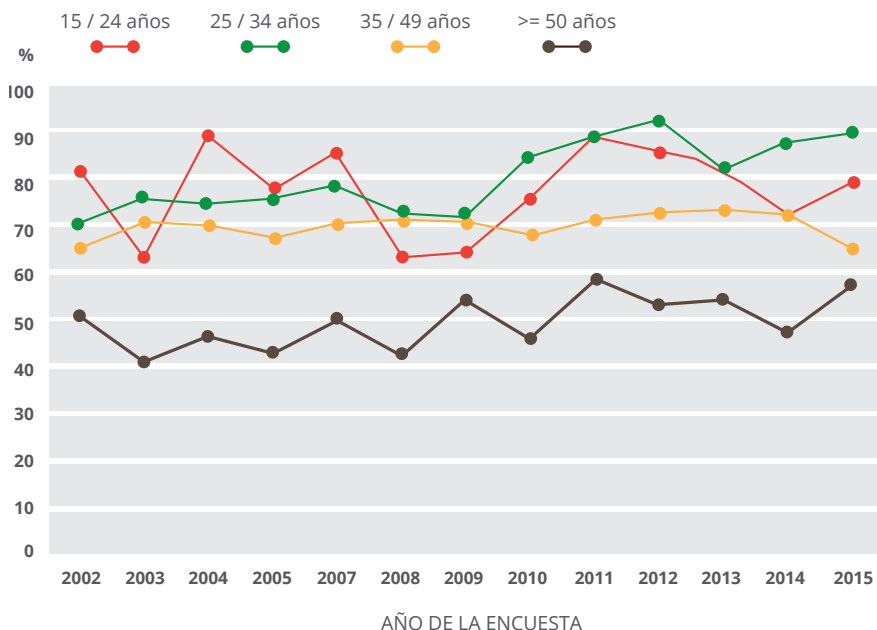
## 3.2 ENFOQUES Y NECESIDADES ESPECIALES

### 3.2.1. SEXUALIDAD Y DISFUNCIÓN EN HOMBRES Y MUJERES MAYORES CON EL VIH

La información de la que disponemos en la encuesta hospitalaria de pacientes con el VIH muestra que en torno a un 60% de las personas con VIH mayores de 50 años habían tenido relaciones sexuales en el año anterior (6). Otras encuestas muestran también una frecuencia

media de relaciones sexuales entre las personas mayores con VIH (7), pero también un elevado índice de relaciones de penetración desprotegidas que pueden llegar hasta el 41% en los últimos 3 meses (8,9).

**Figura 2:** EVOLUCIÓN DEL PORCENTAJE DE PERSONAS CON VIH QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES (6).



Los estudios indican una mayor actividad sexual de los hombres mayores con el VIH, independientemente de su orientación sexual, en comparación con las mujeres, y una menor frecuencia de uso de preservativo entre quienes se identificaron como gays o bisexuales en comparación con los heterosexuales (9,10). Entre las mujeres mayores se da un riesgo mayor de contraer ITS debido al adelgazamiento de la pared celular del interior de la vagina tras la menopausia, lo que puede facilitar la aparición de heridas y abrasiones durante la penetración (11).

Por todo ello no se puede asumir que las personas mayores no tengan relaciones sexuales, ni estén en riesgo de contraer ITS o presentar otros problemas de salud sexual, incluida la disfunción. Sin embargo, la sociedad niega e invisibiliza la sexualidad de las personas mayores y ancianas, y particularmente la de las mujeres.

Los cambios fisiológicos asociados a la edad y al envejecimiento pueden estar en el origen de la disfunción sexual, pero puede haber otros factores psicosociales relacionados con el VIH (afrentamiento, miedo a transmitir el VIH, sentimientos de culpa), o con otras circunstancias (mitos y roles asociados a la sexualidad y la vejez, historias pasadas de abuso sexual, etc.). Además, conviene tener en cuenta que hay factores hormonales, farmacológicos y quirúrgicos,

así como la presencia de otras enfermedades crónicas que pueden causar disfunción sexual y que requieren por parte de los/as profesionales sanitarios un abordaje que incluya exploración clínica, farmacoterapia cuando esté indicada, terapia psicológica y educación preventiva (12).

La diabetes se ha asociado en mujeres con una menor actividad sexual, y en hombres con dificultades con la erección. La presencia de hipogonadismo en los hombres también puede asociarse a la disfunción sexual (11).

En relación a la farmacoterapia, el profesional médico especialista puede valorar el cambio de inhibidores de la proteasa a otros fármacos con menos impacto en la respuesta sexual (12-14). Así mismo, se deberá prestar atención al empleo de sildenafil (Viagra®), vardenafil (Levitra®) o tadalafil (Cialis®) para el tratamiento de la disfunción eréctil porque puede interactuar con los potenciadores de los IP ritonavir y cobicistat, y desaconsejar siempre su uso con nitrato de amilo (poppers) como droga recreativa durante las relaciones sexuales. En mujeres postmenopáusicas puede aconsejarse el empleo de lubricantes de base acuosa, y bajo recomendación médica, estrógenos vaginales para contrarrestar la irritación y sequedad secundaria a la vaginitis atrófica que se produce con la bajada de los niveles hormonales durante la menopausia. Finalmente,

aunque los suplementos con testosterona no deberían emplearse para tratar la disfunción sexual en mujeres con el VIH **(15)**, en el caso de los hombres con el hipogonadismo, su uso puede ser valorado por parte de un especialista **(16)**.

A pesar de habernos centrado en este apartado sobre la disfunción es importante tener en cuenta el resto de dimensiones que abarcan la sexualidad y la salud sexual, y prestar atención a no entender ni la sexualidad de los y las mayores ni sus relaciones sexuales desde el paradigma de la sexualidad de las personas jóvenes.

Más información: **(12,17)**

### 3.2.2 DIVERSIDAD SEXUAL

El lenguaje referido a la orientación sexual, la expresión de género y la identidad de género está en constante evolución, expandiéndose para dar cabida a un espectro amplio de identidades fuera de la concepción clásica y binaria de los sexos y el género.

La **identidad de género** es la manera en que cada persona siente su género que puede o no, corresponder a sexo que se le asignó al nacer (**sexo de asignación**) y con sus marcadores de género en sus documentos legales e identificativos.

La **expresión de género** es la manera en la que una persona manifiesta su identidad de género

y como es percibida por el resto de personas. Lo más frecuente es que la expresión de género sea acorde a la identidad de género.

La orientación sexual se refiere a la capacidad para sentir atracción sexual, afectiva o emocional hacia personas del mismo género (homosexual), de género diferente (heterosexual) o más de un género (bisexual).

Cualquier persona cuya identidad de género y/o expresión de género difiera de su sexo de asignación al nacer es una **persona trans**. Entre las personas trans, que se emplea cada vez con más frecuencia como término inclusivo, se encuentran quienes se identifican como **transexuales, transgénero, andróginas, de género queer, y otras**. Las personas transexuales se identifican completamente con la identidad de género opuesta a su sexo de asignación y a menudo rechazan fuertemente sus caracteres sexuales primarios y secundarios y buscan tener una mayor correspondencia con su género elegido a través de tratamientos que pueden incluir terapia hormonal e intervenciones quirúrgicas. Las personas transgénero viven permanentemente de acuerdo a su género de elección y pueden, o no, requerir tratamientos médicos de tipo hormonal o quirúrgico.

Conviene tener en cuenta que las personas LGTB (lesbianas, gays, trans y bisexuales) sufren el estigma social

asociado a la homosexualidad y a la transexualidad, que puede sumarse al del VIH en el caso de las personas infectadas. Este estigma se traduce en numerosos comportamientos discriminatorios y formas de violencia en diversos ámbitos que se conocen con el nombre genérico de LGTBfobia. La LGTBfobia tiene múltiples manifestaciones y causas, entre ellas el hecho de que la homosexualidad, la bisexualidad y la transexualidad cuestionen el sistema patriarcal, el privilegio social de lo masculino sobre lo femenino, o la idea distorsionada de que la conquista de derechos de las personas LGTB restan a los derechos del resto de la sociedad. Por otro lado, muchas personas LGTB han interiorizado y normalizado este tipo de violencia cotidiana como parte de la vida, hasta tal punto que raramente denuncian los incidentes discriminatorios incluso cuando son constitutivos de delito (lo que se conoce como delitos de odio hacia las personas LGTB).

Numerosos estudios han mostrado que la experiencia de victimización se asocia a síntomas psicósomáticos: ansiedad, depresión, insatisfacción, etc. También se ha visto que los adolescentes LGTB que han sufrido rechazo y violencia por parte de sus familias durante la adolescencia tienen más probabilidad de presentar riesgos para la salud al llegar a la edad adulta, en concreto 3 veces más riesgo de consumir sustancias y de infectarse por el VIH, 6 veces más riesgo de presentar depresión y 8

veces más riesgo de haber intentado suicidarse **(18)**.

Así mismo se han asociado numerosos efectos para la salud de la LGTBfobia interiorizada (insomnio, depresión, enfermedad coronaria, hipertensión y trastornos de la alimentación) y en las relaciones interpersonales (soledad, aislamiento, incapacidad para mantener encuentros sexuales a nivel emocional, etc. En relación a la salud mental, un estudio realizado por la FELGTB en 2015 encontró que tres de cada cuatro personas LGTB se habían sentido tristes o deprimidas en el último mes, teniendo peores resultados las mujeres frente a los hombres y las personas trans frente a las cissexuales, así como las personas bisexuales frente a gays y lesbianas. También se observó que un 15% habían tenido ideas suicidas en el último año, siendo en este caso peores los resultados para los hombres que para las mujeres y para las personas bisexuales. Entre los hombres bisexuales este porcentaje alcanzó el 38% y entre las mujeres trans el 28% **(19)**.

En relación a las personas trans, el tratamiento hormonal suele ser la primera intervención clínica que buscan y para muchas, la única que necesitan para sentirse más a gusto con su cuerpo y expresión de género. En el caso de los hombres trans (cuyo sexo de asignación fue mujer) el tratamiento con testosterona, y en el caso de las mujeres trans (cuyo sexo de asignación fue hombre), con

estrógenos, les permite la realización de cambios para transformar su cuerpo de acuerdo a la identidad de género sentida. El tratamiento puede incluir también el empleo de bloqueadores en edades tempranas para interrumpir la producción hormonal del organismo y conseguir una mayor eficacia del tratamiento en siguientes fases. De cara a mantener los efectos, el tratamiento hormonal debe mantenerse de por vida.

El tratamiento hormonal es completamente seguro cuando se hace bajo control médico aunque existen efectos secundarios potenciales. Tener el VIH no es un motivo para interrumpir o iniciar el tratamiento hormonal. Aunque las interacciones han sido muy poco estudiadas, existen algunas evidencias y se han desarrollado algunas recomendaciones clínicas para la atención a las personas trans con el VIH **(20)**. En general, no se ha visto que el tratamiento hormonal con estrógenos altere la acción de los antirretrovirales, exceptuando algún inhibidor de la proteasa como fosamprenavir.

Sin embargo, sí se ha documentado que los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido y los inhibidores de la proteasa pueden afectar los niveles hormonales. Por ello será necesario que las mujeres trans en tratamiento hormonal, tengan un seguimiento endocrinológico, sobre todo al inicio del tratamiento **(21)**. Si la persona trans ya está recibiendo tratamiento

antirretroviral, pero no ha iniciado un tratamiento hormonal se debería elegir el nivel más adecuado. Se debe recomendar siempre una adherencia óptima al TAR para evitar niveles hormonales muy elevados que pueden tener consecuencias nefastas como trombosis, embolia pulmonar o ictus **(20)**.

Tanto los inhibidores de la proteasa como los algunos tratamientos hormonales se asocian a un mayor riesgo de diabetes. Llegado el caso, conviene tener en cuenta que algunos tratamientos para la diabetes pueden interactuar con el tratamiento hormonal.

En mujeres trans, el tratamiento hormonal puede implicar un aumento de triglicéridos, presión arterial, grasa visceral y subcutánea. En el caso de los hombres trans, la testosterona incrementa el nivel de triglicéridos. Varios antirretrovirales también tienen efectos adversos en este sentido, por lo que su uso combinado puede incrementar el riesgo de su aparición. Por ello se debe valorar la vía de administración de estrógenos más adecuada para reducir las alteraciones metabólicas.

## ELEMENTOS FACILITADORES DE LA TRANSMISIÓN DEL VIH DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES

El VIH puede transmitirse a través de las relaciones sexuales desprotegidas. Los factores que intervienen en la transmisión sexual y que aumentan o disminuyen el riesgo de que se produzca son diversos, incluyendo:

- El riesgo estimado de la práctica
- La carga viral plasmática y la carga viral en otros fluidos
- Estadío de la infección por el VIH
- Presencia de ITS
- Número y frecuencia de prácticas de riesgo
- Número de parejas sexuales con quienes se tiene relaciones desprotegidas
- Duración y rudeza de las relaciones sexuales
- Violencia y agresiones sexuales
- Circuncisión
- PH y flora vaginal
- Susceptibilidad del huésped o persona no infectada por el VIH.
- Prevalencia de la infección entre la población.

### 4.1 DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

En general, la transmisión sexual del VIH a través de la penetración vaginal es más probable de hombre a mujer, que de mujer a hombre **(22)**. Esto se explica por varios motivos:

#### 4.1.1 Área y tiempo de exposición

El área de exposición de la mucosa cérvico-vaginal es mayor que la del pene y el prepucio. Además el tiempo de exposición de la mucosa al VIH es más alto, ya que el semen puede permanecer en el tracto genital femenino hasta 3 días después del coito. En el caso de la penetración anal, la mucosa del ano también tiene una mayor área de exposición por lo que la mujer o el hombre que recibe la penetración anal asume mayor riesgo que quien penetra.

#### 4.1.2 Abrusiones y microheridas

Algunos estudios han mostrado que incluso cuando las relaciones sexuales son consentidas, hasta en un 60% de casos pueden producirse microabrasiones en la mucosa vaginal, proporcionando acceso a las estructuras sub-epiteliales donde hay una gran presencia de células diana para el VIH. En el caso de la penetración anal, en particular en ausencia de una lubricación adecuada, es frecuente que se produzcan heridas que facilitan la transmisión.

### 4.1.3

#### Inmunológicos

La expresión del correceptor CCR5 es mayor en los CD4 del cérvix que en los del prepucio.

### 4.1.4

#### Ciclo menstrual

La fase lútea o tercera fase del ciclo menstrual representa una ventana de vulnerabilidad de entre 12 y 14 días, afectándose el grosor del epitelio vaginal y las propiedades físicas y biológicas del moco cérvico-vaginal.

### 4.1.5

#### Edad

Las mujeres jóvenes son más propensas a sufrir microabrasiones durante la penetración y su mucosa genital presenta mayor inflamación. Por su parte, las mujeres postmenopáusicas presentan un adelgazamiento de la pared celular, irritación y sequedad a causa de la bajada de los niveles hormonales.

### 4.1.6

#### Sociales y culturales

La asimetría en las relaciones de poder y oportunidades afectan negativamente a mujeres y a las personas con sexualidades no normativas. En muchas ocasiones se considera a las mujeres más como vector de la transmisión que como sujeto del problema por lo que la prevención se centra más en otros (hijos e hijas, clientes, etc.), que en ellas mismas. La consecuencia es invisibilizar en las políticas e intervenciones a la mujer como

sujeto deseante, sexualmente activo y vulnerable ante el VIH, además de reproducir roles tradicionalmente asignados a las mujeres: o bien madre, reproductora y cuidadora, o bien objeto sexualizado. Para muchas mujeres, éstos constituyen imperativos de género que les impiden percibir su propia vulnerabilidad y poner en marcha estrategias de autocuidado. En el contexto de las relaciones heterosexuales, el aislamiento, la dependencia y la historia previa o actual de violencia de pareja o de sexo no consentido incrementan el peso de estos condicionantes y la vulnerabilidad de las mujeres **(23)**.

## 4.2

### PRESENCIA DE ITS

Las ITS que causan lesiones ulcerosas facilitan la transmisión del VIH. Existen muchos tipos de ITS, aunque algunas de las más comunes son gonorrea, *chlamydia*, sífilis, *Thricomonas vaginalis*, herpes y virus del papiloma humano (VPH). Algunas de ellas como el herpes o la sífilis causan ulceraciones en los genitales o en el recto, mientras que otras, como la gonorrea, *chlamydia*, o *trichomonas vaginalis* pueden provocar molestias y dolor al orinar, y producir secreciones. El VPH puede provocar el crecimiento de verrugas en la zona genital. La mayoría de las ITS también pueden infectar la cavidad bucal y faríngea.

Cuando los agentes causales, sean virus o bacterias, entran al organismo son reconocidos por el sistema

inmune que, como parte de la respuesta a la infección, da comienzo a un proceso inflamatorio. Esto lleva a la aparición de algunos síntomas como el enrojecimiento, hinchazón y dolor. Este proceso inflamatorio activa las células inmunitarias y recluta a más células hacia la zona en la que se ha producido la infección. Por ejemplo, si se trata de una infección vaginal, la respuesta inflamatoria reclutará a más linfocitos activados hacia la mucosa vaginal, lo que facilitará la infección de estas células por parte del VIH, su replicación y su difusión al resto del organismo. Además, las ulceraciones producidas por ITS en la zona genital, anal o bucal le dan al VIH una forma de penetrar al organismo.

Por su parte, las personas con infección por VIH que tienen otra ITS pueden transmitir el VIH con mayor facilidad durante el sexo anal, vaginal, oral o frontal (término utilizado por algunas personas trans para referirse a las relaciones sexuales en las que emplean los genitales del sexo asignado al nacer).

Esto ocurre porque la respuesta inflamatoria activa y recluta más células inmunitarias a los genitales o al recto, donde se haya producido la infección. Algunas de esas células están infectadas por el VIH, lo que aumenta la presencia del virus en la zona, y hace que entre en los fluidos corporales del área infectada. Por ejemplo, una infección en el recto incrementa la carga viral de la secreción anal. Además, el VIH se

replica más rápidamente en linfocitos que ya han sido activados a través de la respuesta inflamatoria.

En general se considera que el manejo de las ITS es un componente fundamental en un acercamiento integral a la prevención del VIH. Reducir la incidencia y prevalencia de ITS a través de la prevención, diagnóstico y tratamiento puede reducir el número de nuevas infecciones de VIH.

### 4.3 EL RIESGO DE LA PRÁCTICA SEXUAL

Antes de pasar a describir el riesgo de las distintas prácticas sexuales conviene recordar que no existen ni el riesgo absoluto ni el riesgo cero, y que los valores que se muestran a continuación deben ponerse siempre en contexto con los otros factores que hemos incluido en este apartado.

El MSSSI incluye en sus recomendaciones sobre profilaxis post exposición una tabla que muestra la probabilidad estimada, por acto, de adquirir la infección por el VIH a través de una persona infectada después de una relación sexual sin uso de preservativo o rotura del mismo **(24)**. Por su parte los CDC de Estados Unidos elaboraron otra tabla en la que se estimaba la probabilidad de adquirir el VIH a través de las relaciones sexuales por cada 10.000 exposiciones. La única práctica sexual incluida en la tabla de los CDC y que



no aparece en la del MSSSI es el uso de juguetes sexuales, cuyo riesgo para la transmisión del VIH se califica como insignificante.

**Tabla 2:**  
**PROBABILIDAD ESTIMADA POR ACTO**  
**DE ADQUIRIR LA INFECCIÓN POR EL VIH DE UNA FUENTE INFECTADA**  
 (adaptado de MSSSI, 2015)

EXPOSICIÓN SEXUAL	PROBABILIDAD ESTIMADA POR ACTO
<b>Riesgo considerable</b> Sexo anal receptivo (ser penetrada/o) con eyaculación	0,8% - 3%
<b>Riesgo bajo</b> Sexo vaginal receptivo (ser penetrada/o) (1) con o sin eyaculación	0,05% - 0,8%
Sexo anal receptivo (ser penetrada/o) sin eyaculación	0,05% - 0,8%
Sexo anal insertivo (penetrar)	0,05% - 0,8%
Sexo vaginal insertivo (penetrar)	0,05% - 0,8%
Felación con eyaculación en la boca (2)	0,05% - 0,8%
<b>Riesgo mínimo</b> Felación sin eyaculación (2) Cunnilingus	0,01% - 0,05%
<b>Riesgo despreciable /nulo</b> Besos, caricias, masturbación, contacto de secreciones con piel íntegra	<0,01%

(1) Empleamos también el masculino porque las relaciones sexuales frontales de los hombres trans pueden incluir la penetración vaginal si se trata de hombres gais o bisexuales.

(2) Se considera que durante el sexo oral es sólo la persona que lo practica y cuya boca entra en contacto con las mucosas y fluidos genitales quien asume el riesgo de contraer el VIH.

### 4.3.1

#### Penetración anal

La práctica sexual con más riesgo para la transmisión del VIH es la penetración anal sin preservativo. El riesgo es más elevado para la persona que es penetrada (0,5%) que para la que penetra (0,06%). El riesgo aumenta para la persona penetrada si hay eyaculación (0,8%-3%). La zona de exposición rectal de la persona penetrada es mayor que la del prepucio y uretra de la persona que penetra. También existe la posibilidad de que se produzcan heridas y microabrasiones que faciliten la entrada del virus contenido en semen y líquido preseminal. Durante la penetración anal, el recto segrega un moco lubricante y protector que, aunque facilita la penetración, de ningún modo protege de que se produzcan microheridas ni en el recto ni en el glande o el prepucio. Las secreciones de la mucosa rectal también pueden transmitir el VIH a la persona que penetra. Además, algunos estudios han mostrado que el tratamiento antirretroviral reduce con más dificultad la carga viral en este fluido que en sangre o en semen **(25)**.

### 4.3.2

#### Penetración vaginal

Durante la penetración vaginal sin preservativo, el riesgo estimado también es mayor para la persona penetrada (0,1%) que para quien penetra (0,05%). Como en la penetración anal, la zona expuesta de tejido mucoso en el interior de la vagina es mayor que la del

prepucio y uretra. Además, el tiempo de exposición a fluidos que puedan contener VIH (semen y líquido preseminal) es mayor. Otros factores como la flora y pH vaginal también deben tenerse en cuenta. La presencia de una flora vaginal normal, con lactobacilos y pH bajo se relacionan con un menor riesgo de adquirir la infección por el VIH. Durante la fase lútea del ciclo menstrual que da inicio tras la ovulación y que se prolonga hasta el día anterior del siguiente ciclo menstrual el grosor del epitelio cervical y las propiedades físicas y biológicas de las secreciones cérvico-vaginales se ven alteradas y se aumenta el riesgo de contraer el VIH. En el caso de mujeres infectadas por el VIH, el tratamiento antirretroviral parece ser más eficaz para reducir la carga viral en las secreciones vaginales que en las anales. Sin embargo, la carga viral puede fluctuar a lo largo del ciclo menstrual, siendo más bajas en la fase lútea y aumentando paulatinamente hasta la siguiente menstruación **(26)**. Algunos estudios han sugerido que el uso de anticonceptivos hormonales pueden aumentar la replicación del VIH en los fluidos genitales **(27)**. Se estima que un tercio de mujeres con carga viral indetectable en sangre aún mantienen actividad y replicación viral en sus fluidos genitales **(28)**.

### 4.3.3

#### Sexo oral

El riesgo que plantea el sexo oral para la transmisión del VIH sigue siendo controvertido. Se considera que practicar una felación, el *cunnilingus* y el *rimming* (sexo oroanal) a una persona con VIH sin protección tiene un riesgo muy bajo pero no cero. Durante la felación, la eyaculación en la boca es el principal factor asociado a este riesgo, en especial si existe una mala salud dental e inflamación, heridas o llagas en la mucosa orofaríngea que puedan servir de puerta de entrada al VIH. La transmisión del VIH sin eyaculación, sólo a través de líquido preseminal parece altamente improbable. Los casos documentados de posible transmisión del VIH a través de un *cunnilingus* practicado a mujeres con VIH son muy escasos, y aunque la transmisión es posible, se considera muy poco probable. El VIH no se transmite a través de la saliva por lo que recibir una felación o un *cunnilingus* de una persona con VIH no entraña ningún riesgo de transmisión. El *rimming* se considera una práctica sexual con riesgo inapreciable para la transmisión del VIH, aunque teóricamente, si hay sangre en el recto –por ejemplo tras una penetración- o en las encías, puede darse la posibilidad de transmisión en ambos sentidos, aunque tan sólo se conoce un caso documentado donde ésta haya sido la posible vía de transmisión.

### 4.3.4

#### Penetración con dedos y/o puño vaginal y anal

La práctica del *fingering* o penetración de dedos y *fisting* o penetración de mano y puño en el ano o en la vagina, más que plantear riesgo en sí mismas, incrementan la probabilidad de sangrado que facilitará la transmisión del VIH cuando a continuación se penetre sin preservativo.

### 4.4.5

#### Compartir juguetes sexuales

El riesgo que puede implicar compartir juguetes sexuales empleados para la penetración anal y vaginal se explica por la posibilidad de arrastrar con el juguete fluidos con capacidad de transmitir el VIH (secreciones anales y vaginales) y ponerlas en contacto con las mucosas del interior del ano o la vagina de la otra persona. Aunque esta no parece ser una forma muy eficaz para la transmisión del VIH, esta práctica sexual se encontraba presente en los dos únicos casos confirmados de transmisión del VIH entre mujeres (29; 30), si bien en el caso más recientemente documentado, había presente un repertorio más amplio de prácticas sexuales de tipo BDSM (bondage y sadomasoquistas), con sangrado, por lo que no es posible atribuir la transmisión únicamente a haber compartido juguetes sexuales.

## 4.4

### CARGA VIRAL

La carga viral (CV) guarda relación con la fase de la infección, siendo más alta durante la primoinfección y en fases más avanzadas (sida). La primoinfección es un momento crítico ya que coincide una alta viremia con la ausencia de conciencia de estar infectado o infectada, lo que puede llevar a no tomar medidas preventivas.

La CV es quizá uno de los elementos que guardan más relación con el riesgo de transmisión del VIH. La mayoría de las personas en tratamiento reducirán su CV en fluidos hasta niveles de indetectabilidad. Sin embargo, la CV no es homogénea en todos los fluidos corporales, por lo que el empleo de la CV plasmática como único indicador del riesgo puede resultar problemática, ya que es la CV de los fluidos sexuales (semen, secreción vaginal y secreción anal) la que se asocia al riesgo de transmisión. En general, existe una buena correlación pero ésta no es perfecta y ello puede deberse a diferentes causas (inflamaciones causadas por otras ITS, ciclo menstrual en mujeres, etc.) lo que quiere decir que muchas personas cuyas analíticas de CV son indetectables aún podrían transmitir el VIH. Además, es probable que la CV en fluidos genitales varíe con más rapidez y de forma más imprevisible que en sangre.

Pese a todas estas consideraciones, y como veremos más adelante, las evidencias muestran que la supresión de la CV plasmática es una estrategia altamente eficaz en la prevención de nuevas infecciones.

## 4.5

### NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES

En las sociedades occidentales ha habido una tendencia al aumento del número de parejas sexuales desde los años noventa, a causa entre otros motivos, de una mayor sexualización de la cultura popular, de las oportunidades de acceder a más parejas sexuales y la llegada de portales de contactos en internet, primero y de aplicaciones de geolocalización para smartphone más recientemente.

A nivel individual, reducir el número de parejas sexuales con las que se mantienen relaciones sexuales sin protección disminuye el número de oportunidades en las que el virus puede transmitirse. En países con epidemias generalizadas ésta es una estrategia de gran impacto para frenar las nuevas infecciones como han mostrado estudios en distintos países africanos.

En los primeros años de la epidemia los hombres gays y bisexuales cambiaron rápidamente su comportamiento sexual y redujeron el número de parejas sexuales y con ello la probabilidad de mantener relaciones desprotegidas, lo que en aquel momento se tradujo en

un descenso de la incidencia de ITS y VIH. Hasta bien entrada la primera década del siglo XXI se había documentado un descenso del número de parejas sexuales entre hombres gais y bisexuales. Sin embargo en algunos estudios americanos se veía que la proporción de quienes habían mantenido relaciones sexuales desprotegidas en el último año no varió entre 2002 y 2010, y descendió el porcentaje de quienes nunca se habían realizado la prueba del VIH **(31)**.

Frecuentemente, la reducción del número de prácticas de riesgo, de la frecuencia de exposición al VIH y del número de parejas sexuales

se señalan como estrategias de reducción de riesgos. Sin embargo, los estudios mencionados anteriormente, y otros, muestran que el descenso de parejas sexuales en poblaciones vulnerables de países industrializados no siempre va acompañado de un descenso de la incidencia del VIH **(32)**. Por ello, la idea de que reducir el número de parejas supone menos riesgo de transmisión, es perfectamente contestable a la luz de estos datos. Es el carácter protegido o no de las prácticas sexuales, y por tanto el número de prácticas desprotegidas con distintas personas, y no tanto el número de parejas el factor que se asociaría al mayor riesgo de transmisión.



## ELEMENTOS PROTECTORES FRENTE A LA TRANSMISIÓN DEL VIH DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES

### 5.1 ELEMENTOS FISIOLÓGICOS O BIOLÓGICOS

En el apartado 3.1. hemos descrito algunos de los elementos que muestran la mayor vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH en las relaciones sexuales vaginales y anales heterosexuales, y la de los hombres que adoptan un rol receptivo en la penetración anal. En el caso de las mujeres, mantener un pH bajo en una flora vaginal normal, con presencia de lactobacilos, se asocia con un menor riesgo de contraer el VIH. Sin embargo, aunque se disminuya el riesgo, esta medida por sí misma no supone una protección frente al VIH.

Hay evidencias sólidas en cambio de cómo la **circuncisión masculina** reduce el riesgo de contraer el VIH para los hombres hasta en un 60%. La circuncisión o escisión quirúrgica del prepucio del pene elimina una puerta de entrada para el VIH. Durante las relaciones sexuales la parte interior del prepucio puede sufrir heridas y abrasiones que provocan inflamación y ofrecen una entrada al VIH. Los fluidos infecciosos (secreciones vaginales y anales) pueden quedar atrapados bajo el prepucio y permanecer allí

finalizadas las relaciones sexuales. La circuncisión protege sólo a los hombres, no a las mujeres ya que esta intervención no hace que un hombre con VIH tenga menos probabilidad de transmitir el virus. La protección que puede ofrecer esta medida a hombres gays y bisexuales está sin determinar, incluso para aquellos que sólo tienen un rol insertivo en las relaciones de penetración **(33)**. En cualquier caso la circuncisión sólo provee una protección parcial y debería formar parte de un paquete integrado junto a otras medidas preventivas.

### 5.2 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

#### 5.2.1 Uso del preservativo

Cuando los preservativos se usan de manera perfecta, es decir, cuando sólo hay fallo mecánico y no hay error humano que contribuya a dicho fallo, se considera que su eficacia es del 99,5% de acuerdo a los test de laboratorio. Sin embargo, los estudios muestran que el uso constante del preservativo es difícil de mantener a largo plazo, y mucho más su uso perfecto. Es prácticamente imposible dar una estimación de la eficacia del uso constante y correcto del preservativo en la vida real por las dificultades metodológicas que implica el estudio de comportamientos que no pueden ser observados o medidos.

Un artículo publicado en 2014 mostró que el uso constante del preservativo

en las relaciones de penetración anal entre hombres tiene una eficacia del 70% para prevenir la transmisión del VIH (34), a través de un análisis de estudios en los que la eficacia variaba entre el 61,3% y el 86,2%. Un metanálisis de 2002 con estudios en población heterosexual mostró una eficacia del 80% **(35)**.

### 5.2.2

#### **Uso de lubricante hidrosoluble**

Cuando se practica la penetración sin lubricación, es más probable que el preservativo se deslice o se rompa debido a la fricción que se produce durante la penetración. La penetración anal sin lubricación no sólo puede resultar más dolorosa sino que incrementa el riesgo de que se produzcan heridas y cortes en la mucosa rectal, así como de que se rompa el preservativo. En la penetración vaginal, los tejidos vaginales y cervicales producen una secreción que tiene capacidad lubricante aunque puede que no sea suficiente para el uso seguro de un preservativo. La cantidad de flujo producido cambia a lo largo del ciclo menstrual y está influido por varios factores. Muchas mujeres emplean lubricante hidrosoluble para que la penetración sea más placentera. En algunos casos, se puede lograr una adecuada lubricación aumentando el tiempo de estimulación y excitación antes de la penetración.

Los lubricantes grasos (cremas, vaselinas, aceites solares...) a base de aceites tienen la capacidad de

debilitar y romper el preservativo, y hacen más probable que se deslice sin que ninguna de las dos personas se de cuenta de la rotura hasta que ha terminado la relación sexual. El empleo de lubricante hidrosoluble hace más difícil que un preservativo se deslice o se rompa. En caso de disponer únicamente de lubricante graso es preferible emplear saliva a pesar de que no sea un buen lubricante y seque con rapidez.

### 5.2.3

#### **Estrategias de reducción de riesgos**

Los tres bloques más clásicos de la prevención del VIH (abstinencia, monogamia y uso de condones) no funcionan para muchas de las poblaciones vulnerables porque son incompatibles con sus estilos de vida o no pueden llevarse a cabo.

La **abstinencia** o el **retraso de la edad de inicio de las relaciones sexuales** es una opción personal que pocas personas mantienen a lo largo de la vida.

La **monogamia** puede ser irrelevante para poblaciones como las trabajadoras del sexo, o puede ser ineficaz si la pareja no cumple con el acuerdo de fidelidad mutua.

Los **preservativos** no siempre están disponibles, una o ambas partes pueden no querer usarlo y para la mayoría, un uso constante al 100% es difícil de mantener en el tiempo.

Por ello, muchas personas emplean distintas estrategias de reducción de

riesgos, en muchos casos de manera combinada, cuyos tres bloques principales son:

Limitar las relaciones sexuales o el sexo desprotegido sólo con personas del mismo estado serológico (*serosorting* o “seguridad negociada”).

Limitar el sexo desprotegido a las prácticas sexuales con menos probabilidad de transmitir el VIH (posicionamiento estratégico y retirarse antes de la eyaculación)

Limitar el sexo desprotegido con personas con VIH sólo a aquellas parejas que tienen una carga viral indetectable (tratamiento como prevención). Esta última estrategia la veremos en el siguiente apartado.

Estas formas de reducir el riesgo de transmisión toman en consideración tanto el propio estado serológico como el de las parejas sexuales, y se requieren dos condiciones para su eficacia:

Realizarse la prueba de manera frecuente para conocer de forma fiable el estado serológico.

Desvelar el estado serológico y hablarlo con las parejas sexuales.

El alcance del empleo de estos métodos, y si han contribuido a reducir nuevas transmisiones, a aumentarlas o no tienen efecto está poco claro.

### 5.2.3.1

#### **Serosorting**

Limitar las relaciones sexuales o las relaciones sexuales sin protección a personas del mismo estado serológico. En el caso de las personas sin VIH la desventaja es que sólo se puede tener la seguridad de no tener VIH en la primera exposición al VIH después de la última prueba negativa, pero en muchas poblaciones vulnerables muchas personas infectadas asumen que no lo están.

### 5.2.3.2

#### **Seguridad negociada**

Muchas personas sin VIH emplean esta estrategia que implica la realización de la prueba y el abandono del preservativo con una pareja estable que tampoco está infectada por el VIH. En general, esta medida implica también la adopción de otras medidas como la monogamia estricta y la limitación de las relaciones desprotegidas únicamente con la pareja estable.

Hay evidencias de que muchas personas con VIH emplean el *serosorting* y de que quienes no están infectados utilizan ambas, aunque su contribución a la reducción de la incidencia del VIH no está tan clara, y existen importantes limitaciones metodológicas y éticas para realizar esta estimación. En muchas encuestas que han buscado estudiarlo entre hombres gais y bisexuales se pregunta a los encuestados sobre su percepción del estado serológico de sus parejas, lo que suele ser bastante inexacto



y basado en suposiciones, sin que corresponda necesariamente con el estado serológico real de dichas parejas.

### 5.2.3.3 Posicionamiento estratégico

Esta práctica, extendida entre los hombres gais y bisexuales, implica que es quien tiene VIH el que asume el rol receptivo en la penetración anal, ya que la persona que asume el rol insertivo tiene menos riesgo de infectarse por el VIH. Hay algunas evidencias del efecto positivo que tiene esta estrategia, sobre todo en combinación con el *serosorting* (36).

### 5.2.3.4 Retirada antes de la eyaculación

Eyacular fuera es una extendida técnica de último recurso en la prevención de embarazos no deseados y que tiene una eficacia limitada. En el caso de la prevención del VIH, no permitir la eyaculación en el interior de la vagina, el recto o la boca es una medida de reducción de riesgo menos eficaz que el *serosorting* o el posicionamiento estratégico, aunque un metanálisis mostró que podía contribuir a reducir el riesgo si se empleaba de forma conjunta con otras medidas.

El valor de estas estrategias puede cuestionarse por una serie de razones entre las que se incluyen:

No protegen de otras infecciones de transmisión sexual, mientras que el preservativo sí, por lo que de hecho, el riesgo de transmisión podría aumentar en vez de disminuir. Y en cualquier caso, las ITS contribuyen al empeoramiento de la salud sexual.

Es muy posible que se tomen las decisiones a partir de información no exacta o asumir el estado serológico de las parejas.

El *serosorting* se basa en la revelación del estado serológico, algo que a muchas personas con VIH le cuesta hacer sobre todo con parejas ocasionales.

Contribuyen a diluir el mensaje del uso del preservativo y proporcionar una manera de racionalizar el comportamiento de riesgo.

La eficacia limitada de estas prácticas tan extendidas en un contexto en el que el barebacking, o práctica de sexo sin protección, se encuentra tan erotizado, plantean el dilema sobre si **a)** concentrar el mensaje de prevención en el riesgo considerable de transmisión del VIH que tienen, y particularmente del riesgo de empeoramiento de la salud sexual y desaconsejarlas, o **b)** puesto que es difícil persuadir a quienes las emplean de emplear el preservativo de forma eficaz y constante, quizá sería mejor centrar mensajes preventivos en conocer el estado

serológico y desvelarlo a las parejas sexuales para que estas estrategias sean eficaces. En el último caso, sería muy necesario abordar también el alcance del estigma asociado al VIH y la discriminación a las personas infectadas.

### 5.2.3.5

#### **Estrategias de reducción de riesgo en el contexto del chemsex**

Chemsex (término formado a partir de los términos chemical y sex) se refiere a un patrón de relaciones sexuales, generalmente entre hombres, que se pueden prolongar muchas horas, e incluso varios días. En estos encuentros que se conocen como sesiones, las relaciones sexuales se mantienen bajo la influencia de distintas drogas, algunas ya empleadas desde hace años y otras de aparición más reciente como metanfetamina, mefedrona y GHB. Cuando se consumen algunas de estas sustancias por vía inyectada hablamos de slamming.

Aunque el fenómeno se viene observando desde hace años en muchas capitales europeas, algunos elementos como la popularización de las aplicaciones de geolocalización han contribuido a su extensión, facilitando la organización de sesiones, tanto en domicilios privados como en bares de sexo.

Además del impacto que puede tener en la salud sexual al incrementarse el riesgo de adquisición de ITS, el uso frecuente de este tipo de sustancias para mantener relaciones sexuales

puede conllevar la pérdida de interés en las relaciones en las que no está presente el consumo de sustancias. Por otro lado hay que sumar los riesgos propios del consumo de estas sustancias, tanto en la salud, incluyendo la adicción y la sobredosis, como en su vida social.

Al tratarse de un fenómeno relativamente nuevo, muchas de las estrategias de reducción de riesgo no han sido convenientemente testadas, y no existen en general recursos de derivación adecuados a la atención a las personas que presentan este patrón de consumo. Algunos mensajes que pueden emplearse son:

- Informarse sobre las sustancias consumidas y sus posibles efectos.
- Ponerse una hora límite para dejar la sesión.
- Espaciar en el tiempo las sesiones de Chemsex.
- No compartir el material empleado para inyectarte sustancias.
- Mantenerse siempre hidratado si se consumen sustancias durante las sesiones.
- Asegurarse de llevar la cantidad suficiente de fármacos antirretrovirales, si el usuario tiene VIH y está en tratamiento, en caso de que se alargue la sesión.
- Durante la sesión, intentar pensar bien en cuáles son los límites de consumo y respecto al riesgo que se quiere asumir y controlar lo que se ha ido tomando.

- Asegurarse de ir con la actitud adecuada. En caso de encontrarse bajo de ánimo, es mejor pensar en alguna alternativa para sentirse mejor que implique menos riesgo de perder el control.
- Si se acude a una sesión con amigos, comprobar de vez en cuando si todo va bien para los otros.

Además de reforzar los mensajes de prevención clásicos:

- Llevar consigo preservativos y lubricantes para protegerse de las ITS.
- Si has tenido alguna práctica sexual con riesgo para contraer el VIH, acude cuanto antes a solicitar la profilaxis post exposición.
- Hazte la prueba del VIH y pruebas de otras ITS de manera regular.

En el caso de las personas con el VIH en tratamiento conviene recordar lo siguiente con respecto a las interacciones entre estas tres sustancias y TAR.

El empleo de GHB junto a inhibidores de la proteasa (IP), o potenciadores de los mismos, como ritonavir o cobicistat, podría aumentar los niveles de la droga recreativa en el organismo hasta niveles muy peligrosos. Por ello, se recomienda que el GHB sea utilizado con mucha precaución, en particular si hay predisposición a sufrir trastornos convulsivos o si padecen infecciones oportunistas que puedan bajar el

umbral convulsivo (toxoplasmosis, meningitis por criptococo) ya que esta droga también puede desencadenar episodios de convulsión. Al provocar náuseas, vómitos e irritación del tracto gastrointestinal, la absorción del TAR también podría verse afectada.

La metanfetamina puede tener interacciones con el potenciador de IP ritonavir y con cobicistat, y el inhibidor de la integrasa elvitegravir (Vitekta® y Stribild®), que pueden ralentizar la metabolización de la sustancia recreativa, pudiendo llegar a causar una sobredosis. Por otro lado, parece existir algún indicio de que, incluso entre quienes son adherentes al TAR, el consumo de metanfetamina está asociado a tener una mayor CV **(37)**. Tanto la metanfetamina como la infección por el VIH pueden estar implicados en el deterioro cognitivo y, en combinación, pueden multiplicar dicho riesgo.

En el caso de las personas con VIH coinfectadas por hepatitis C, dicho riesgo puede ser aún mayor **(38)**.

En el caso de la mefedrona, sus posibles interacciones con TAR han sido por el momento las menos estudiadas. Se cree que puede tener interacciones con distintos IP, que podrían aumentar la exposición a la sustancia recreativa, por lo que sería importante estar alerta sobre algunos de los síntomas más peligrosos asociados a la mefedrona (agitación, taquicardia, hipertensión) ya que el riesgo de su aparición se podría incrementar en el caso

de las personas en tratamiento antirretroviral con IP.

No obstante, una revisión reciente sobre interacciones entre drogas y TAR sugería que, las interacciones entre los potenciadores de IP ritonavir y cobicistat con mefedrona eran “moderadas” (39). Este mismo artículo consideraba también moderadas las potenciales interacciones de estos fármacos con la metanfetamina y el MDMA.

Por último, la adherencia al TAR puede verse comprometida cuando se está bajo el efecto de estas drogas, en especial durante sesiones largas.

### 5.3 ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN BASADAS EN EL TAR

El papel de los fármacos antirretrovirales en la prevención de nuevas infecciones ha supuesto una revolución en la forma de pensar la prevención desde comienzos de esta década. Algunas personas consideran que proporcionar tratamiento a las personas infectadas por el VIH para reducir su CV puede ser un elemento esencial para acabar con la epidemia. Desde la llegada de las terapias combinadas ha habido un cúmulo de evidencias de su efectividad para reducir la CV a niveles indetectables y de cómo en esa circunstancia hacía mucho menos probable transmitir el VIH.

#### 5.3.1

##### Tratamiento como prevención

Una declaración publicada por el gobierno suizo en 2008 alcanzó una repercusión internacional cuando señaló que las personas con VIH no transmiten el VIH por vía sexual siempre que se dieran las siguientes circunstancias:

- La persona con VIH toma tratamiento antirretroviral de manera continuada y de la forma prescrita y tiene seguimiento médico de manera periódica.
- Su CV es indetectable desde al menos seis meses.
- No tiene ninguna otra infección de transmisión sexual.

El estudio HTPN 052 ha marcado las bases de la estrategia del tratamiento como prevención al mostrar que la transmisión del VIH en parejas heterosexuales serodiscordantes se reducía en un 96% cuando la persona con VIH está en tratamiento y éste es eficaz para controlar la replicación viral (40).

Por su parte, el estudio PARTNERS, cuenta con una mayor participación de parejas de hombres. En 2014 mostró que no se habían producido transmisiones de VIH cuando el miembro de la pareja se encuentra en tratamiento y tiene una CV indetectable (41). Al tiempo que se debatía el efecto individual a través de estos estudios, se desarrollaron modelos matemáticos que examinaban las consecuencias que

tendría a nivel poblacional, suprimir la CV de la mayor parte posible de las personas con VIH. Todo ello avala la eficacia de la supresión de la carga viral en la prevención de nuevas infecciones.

# 96%

Results of the HPTN052 trial announced on 12 May 2011 show that if an HIV-positive person adheres to an effective antiretroviral therapy regimen, the risk of transmitting the virus to their uninfected sexual partner can be reduced by 96%

UNAIDS 2011 AIDS AT 30

“Treatment for prevention is game changer”.

**Michel Sidibe**

Executive Director of UNAIDS

### 5.3.2 Profilaxis Post-Exposición

La profilaxis post-exposición (PPE) se considera una medida de prevención secundaria para prevenir el VIH cuando la prevención primaria ha fallado (no uso del preservativo, rotura o deslizamiento del mismo), y está indicada únicamente para personas con una exposición de riesgo para el VIH esporádica y ocasional.

El suministro de la PPE en nuestro país está protocolizado por el MSSSI (24). El tratamiento consiste en el suministro de fármacos antirretrovirales a una persona que no está infectada después de haber tenido un contacto en el que pueda haber habido un riesgo apreciable de transmisión del VIH.

El protocolo del Ministerio señala que es necesario actuar preferentemente en las primeras 6 horas tras la exposición y nunca después de las 48-72 horas, cuando los fármacos ya no tendrían eficacia para prevenir la infección. El tratamiento debe mantenerse durante un periodo de cuatro semanas. Las conclusiones del estudio Ipergay sobre PrEP y otros que puedan mostrar nuevas evidencias en el futuro podrían llegar a acortar la duración de esa pauta, porque todo parece apuntar que lo esencial son las horas posteriores al momento de la exposición.

El tratamiento se suministra en urgencias hospitalarias, donde se valorará individualmente el caso para

indicar o descartar el tratamiento en función del tipo de exposición y del riesgo apreciado por el personal sanitario. Aunque el protocolo viene siguiéndose desde hace años pueden seguir produciéndose situaciones en las que el personal de urgencias no conoce el documento o realiza una valoración que no se adecúa a las indicaciones y recomendaciones del mismo, por lo que en algunos casos puede ser conveniente disponer de una segunda opinión.

Más información en la recomendación y en la infografía resumen:

[http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPENO\\_InfografiaFinal.pdf](http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPENO_InfografiaFinal.pdf)



2/ <http://www.cdc.gov/hiv/research/biomedicalresearch/prep/index.html>

### 5.3.3 Profilaxis Pre-Exposición

La profilaxis Pre-Exposición (PrEP) es una estrategia de prevención en la que personas no infectadas por el VIH que no siempre practican sexo seguro toman tratamiento antirretroviral antes de tener prácticas en las que haya una exposición al VIH para reducir su riesgo de contraer la infección. Se trata de una medida más que debería ir acompañada de otras estrategias preventivas como el uso del preservativo, y la realización periódica de la prueba para monitorizar el estado serológico, lo que se denomina prevención combinada.

En la actualidad, la evidencia científica basada en ensayos clínicos controlados indican que su utilización supone una reducción muy considerable del riesgo de contraer el VIH en un alto porcentaje de casos, siempre que se mantenga un nivel adecuado de adherencia.

No obstante, su eficacia para disminuir la incidencia de VIH a nivel poblacional no está del todo clara. Durante los últimos años se han puesto en marcha diferentes estudios, y se han elaborado guías, pautas y recomendaciones, muchos de los cuales pueden consultarse en la página web de los CDC de Estados Unidos<sup>2</sup>.

Entre las poblaciones específicas o perfiles y/o situaciones sobre los que puede haber mayor consenso de su

indicación como medida integrada en un paquete de prevención combinada encontraríamos:

- **parejas de personas con VIH** que aún no han comenzado tratamiento o que no han alcanzado una CV indetectable o no tienen una adecuada adherencia.
- **personas que ejercen prostitución** con antecedentes de uso discontinuado de preservativo, tanto mujeres y hombres como personas trans.
- **hombres gais, bisexuales y otros HSH** con antecedentes de prácticas de alto riesgo.
- **otras poblaciones en situación de alto riesgo:** UDI, mujeres y hombres jóvenes en áreas de muy alta incidencia de VIH (2%-3%).

En el estudio PROUD de Reino Unido con 545 HSH empleó una pauta diaria de Truvada® con un grupo de participantes y mostró que, comparado con los controles, se alcanzaba un grado de protección del 86%. El estudio franco-canadiense Ipergay con más de 400 participantes proponía, en lugar de una pastilla diaria, una pauta individualizada de tres a cuatro pastillas, por cada relación sexual de riesgo de la siguiente manera:

- Una dosis de 2 pastillas previas (2-24 horas) o 1 pastilla si la dosis más reciente fue tomada en los 1 a 6 días anteriores.

- Dos dosis de 1 pastilla posteriores (24-48 horas) a la última dosis previa a las relaciones sexuales.
- En caso de volver a mantener relaciones sexuales adicionales antes de terminar el régimen descrito en los dos puntos anteriores, continuar con 1 sola pastilla diaria.

Tras el seguimiento con el grupo en tratamiento y el grupo control se observó una reducción del 86% en la incidencia del VIH con la fórmula “a demanda” que implica que el número de días semanales varía en función de la frecuencia de las relaciones sexuales. Esto cambia el escenario, ya que hablamos de tomas de medicación únicamente en las fechas previas y posteriores a los episodios de riesgo en lugar de una toma diaria de manera permanente.

Estados Unidos es el país que quizá haya ido más lejos en la incorporación de la PrEP a sus políticas de prevención. En nuestro entorno más cercano, Francia autorizó a finales de 2015 la dispensación y cobertura de PrEP. En junio de 2016 el Ministerio de sanidad francés autorizó además su dispensación a través de los centros de información, detección y diagnóstico de ITS para reforzar la protección de las personas más expuestas al VIH.

El uso de la PrEP está autorizado actualmente en Europa por la Comisión Europea tras el informe favorable de la Agencia Europea del medicamento EMA, de forma

previa Francia estuvo haciendo uso de una figura legislativa de carácter excepcional, la Autorización Temporal de uso de medicamentos en investigación al margen de un ensayo clínico. Desde el Ministerio de Sanidad en colaboración con AEM, Dirección General de Farmacia, CCAA, Sociedades científicas, ONGs y otros agentes, se está elaborando un documento de consenso sobre profilaxis postexposición. Así mismo, está en marcha un protocolo con el objeto de valorar la factibilidad de implementación de la PrEP en el Sistema Sanitario español.

### 5.3.4

#### Microbicidas

Los microbicidas son fármacos que se aplican por vía tópica en el interior de la vagina o el recto antes de las relaciones sexuales, por lo que constituyen una suerte de PrEP por vía tópica. Las ventajas de esta administración son la concentración del fármaco en el tejido mucoso en el que se produce la infección y una menor toxicidad a largo plazo.

Se considera que los microbicidas pueden suponer una importante estrategia preventiva para las mujeres, en particular en África subsahariana, o cuando no pueden negociar el uso del preservativo con sus parejas. Actualmente también se está investigando sobre su aplicación rectal en hombres gays y bisexuales.

3. <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informePrEP.pdf>

La investigación sobre microbicidas data de los años ochenta, cuando se intentó comprobar si los espermicidas empleados para prevenir embarazos podían tener efecto sobre el VIH. Sin embargo a finales de los noventa se comprobó que el nonoxynol 9, el agente espermicida de la mayoría de los anticonceptivos y geles no sólo no prevenían la infección sino que su uso frecuente podía aumentar el riesgo de infección al dañar las mucosas vaginales y anales.

Otros enfoques centrados en el empleo de geles ácidos para reducir el pH vaginal o polioaniónicos de cadena larga que inhiben la unión del VIH a sus células diana no mostraron ser eficaces o lo suficientemente potentes en ensayos clínicos.

En el ensayo CAPRISA 004 se evaluó la eficacia de un gel de tenofovir, empleado como máximo dos veces diarias; una primera dosis en las 12 horas previas a la relación sexual y la segunda en las 12 posteriores. Se mostró que cuando la adherencia era adecuada, su eficacia para reducir la transmisión era del 54% **(42)**.

En la actualidad se sigue investigando en distintas líneas y ensayando nuevas pautas de dosificación, formulaciones de tenofovir, y otros FAR solos o en combinación. También se investiga sobre su aplicación rectal, que hasta el momento no ha mostrado resultados concluyentes sobre su adecuación.



## SALUD REPRODUCTIVA

En nuestro contexto, la infección por el VIH es una enfermedad de evolución crónica, lo que ha hecho que tras los éxitos logrados por la atención sanitaria y los fármacos antirretrovirales se haya enfatizado más la necesidad de garantizar una mejor calidad de vida y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con el VIH.

Muchas mujeres y hombres con el VIH desean tener hijos e hijas; sin embargo hasta no hace muchos años era frecuente que su entorno, e incluso profesionales sanitarios, les aconsejaran renunciar a este deseo. El embarazo y la maternidad puede ser una experiencia muy positiva para las mujeres con VIH. Además la maternidad y paternidad pueden combatir algunos de los efectos deshumanizadores que implica socialmente vivir con el VIH.

No obstante, muchas personas con el VIH que desean tener descendencia se cuestionan aspectos relacionados con el efecto del embarazo en la salud de la mujer, el riesgo de transmitir el VIH a la pareja o al recién nacido, así como si podrán gozar de la salud necesaria para garantizar la crianza.

No existe evidencia que indique el embarazo tenga efectos adversos relacionados con el VIH para la mujer.

Algunos estudios en distintos países han mostrado que la infección por VIH puede estar asociada con un riesgo mayor de aborto espontáneo, nacimiento prematuro, y bajo peso al nacer, aunque estas asociaciones no son lo suficientemente fuertes.

Sí se sabe, en cambio, que el tratamiento de la madre durante el embarazo y parto y del bebé neonato, junto a la ausencia de lactancia pueden reducir el riesgo de transmisión al bebé a niveles inferiores al 2%. La transmisión del VIH durante el embarazo es más probable cuando la madre está en fase de primoinfección o en fase avanzada de la infección por el VIH. Los procesos inflamatorios que puedan aumentar la permeabilidad de la placenta, una monitorización invasiva del embarazo por parte del personal sanitario o la manipulación fetal también incrementan este riesgo. Actualmente, cuando las mujeres con el VIH están en tratamiento y la carga viral está controlada o suprimida, el parto vaginal no supone mayor riesgo de transmisión, por lo que ya no se practica la cesárea electiva para todas las mujeres con el VIH. A menos que no haya posibilidad de dar una alimentación alternativa, o que las disponibles no resulten seguras y expongan al bebé a otros riesgos para la salud, la lactancia debería evitarse.

En el caso de parejas serodiscordantes, las técnicas de reproducción asistida, incluyendo la

inseminación artificial pueden reducir el riesgo de infección cuando es la mujer quien tiene VIH. En el caso de que fuera el hombre quien tuviera VIH y no la mujer, la recomendación sería limitar las relaciones sexuales desprotegidas al momento del ciclo menstrual en que ella es más fértil, siempre que la carga viral del hombre sea indetectable. Por ello, es recomendable que haya un seguimiento médico de los intentos de embarazo.

También existe la técnica del lavado de semen, que se basa en la premisa de que la mayor parte de células infectadas por el VIH se encuentra en los fluidos seminales más que en los espermatozoides. La técnica implica la separación del esperma del fluido seminal y el empleo del esperma "lavado" para inseminar artificialmente a la mujer. Un estudio de 2007 encontró esta técnica completamente segura. En más de 3000 casos no se encontraron casos de seroconversión ni de la mujer ni del bebé (43). El índice de éxito de embarazo tras el lavado de semen en Reino Unido fue el mismo de los métodos empleados para su implantación -12% para la inseminación y más del 30% para la fertilización in vitro-. La técnica lleva años empleándose en España y el Ministerio de Sanidad y el Gobierno Vasco publicaron en 2014 un informe de evaluación de esta tecnología<sup>4</sup>.

4/ [http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2014\\_osteba\\_publicacion/es\\_def/adjuntos/Lavado%20de%20semen.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2014_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/Lavado%20de%20semen.pdf)

Algunas experiencias, como la del Centro Sanitario Sandoval en Madrid muestran un número considerable de embarazos sin técnicas de reproducción asistida entre parejas serodiscordantes, sin que se haya producido transmisión del virus a la pareja no infectada ni al bebé, y sin más intervención biomédica que un adecuado tratamiento y seguimiento para garantizar la supresión de la CV de la persona infectada (44). Aunque en el estudio citado de 2010 se documentan 47 embarazos, el número de embarazos conseguidos en la cohorte ha superado los 123 en la actualidad.

Aunque muchas personas con el VIH desean tener descendencia, otras en cambio, desean prevenir los embarazos no deseados, ya sea para posponerlos o para evitarlos por completo. Puesto que el preservativo es el método que previene tanto del VIH como de otras ITS, se recomienda su uso también para prevenir embarazos no deseados, sobre todo en parejas serodiscordantes. El preservativo puede emplearse junto a otros medios contraceptivos.

De acuerdo a la OMS no hay contraindicaciones para que, en general las mujeres con VIH, incluso las que están en tratamiento empleen métodos hormonales como la píldora anticonceptiva, implantes, contracepción de emergencia o anillos vaginales. Un estudio reciente mostró que los anticonceptivos hormonales son efectivos para reducir el riesgo de

embarazos en mujeres con el VIH independientemente de que estén o no en tratamiento. Hasta el momento la escasa evidencia disponible sugería que el TAR podría reducir la eficacia de los métodos anticonceptivos, en especial, los implantes, sin embargo, los datos mostraron que los implantes eran más eficaces que los tratamientos inyectables u orales, reduciendo el riesgo de embarazo más de un 90%. **(45).**

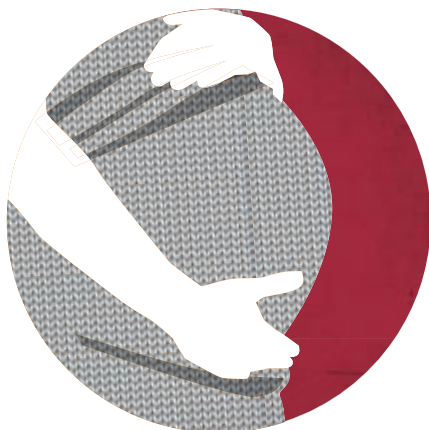
Hipotéticamente, algunos métodos anticonceptivos podrían interactuar con los antirretrovirales provocando un descenso de la eficacia de cualquiera de los dos y/o un incremento de la toxicidad y efectos secundarios.

Existen pocos datos sobre el efecto de la terapia hormonal en la eficacia del TAR, sin embargo los datos de farmacocinética sugieren que es poco probable que los anticonceptivos, ya sean orales, inyectables o implantes, afecten la toxicidad de los antirretrovirales.

Los métodos quirúrgicos de anticoncepción (vasectomía, ligadura de trompas) son opciones adicionales, excepto en el caso de personas que tengan alguna enfermedad asociada al VIH en fase aguda en cuyo caso debería posponerse la intervención.

Los espermicidas, así como los diafragmas u otros métodos barrera que incluyan espermicidas no están recomendados para mujeres con

VIH, por el efecto que puede tener el nonoxynol 9 sobre los tejidos del interior de la vagina y el útero. La anticoncepción de emergencia puede ser empleada igualmente por las mujeres con VIH, incluso en tratamiento, pero es importante que quien la prescriba sepa que la mujer sigue un tratamiento con antirretrovirales, ya que existe la posibilidad de que estos fármacos afecten a la efectividad de la píldora y sea necesario aumentar su dosis<sup>5</sup>.



5 / <http://www.aidsmap.com/pdf/Emergency-contraception-and-unwanted-pregnancy/page/2741966/>

## VIOLENCIA E INFECCIÓN POR EL VIH

Numerosos estudios han puesto en relación la violencia de género con la infección por el VIH. La relación entre ambos problemas de salud pública es de doble sentido. La violencia es un factor de riesgo para la adquisición del VIH para las personas que la sufren, y tener el VIH puede constituir un factor de riesgo más para sufrirla.

Sin minimizar la importancia del primero de los aspectos, por la naturaleza de esta guía vamos a abordar el segundo. Por otro lado, vamos a centrarnos en la violencia de pareja, una de las manifestaciones de la violencia de género, quizá la más prevalente en nuestro contexto, una de las más invisibilizadas y la que más costes personales y en salud supone a sus víctimas en nuestra sociedad.

### 7.1

#### LA VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LAS MUJERES CON VIH

Una multitud de estudios ha puesto el acento en el riesgo que pueden sufrir muchas mujeres con VIH al comunicar su estado serológico a sus parejas, que va desde insultos a agresiones físicas y sexuales. Algunos de los factores que se asocian a ese riesgo incrementado incluyen el haber sufrido anteriormente abusos sexuales, ser consumidora de drogas, tener un nivel socioeconómico bajo, ser joven o que la pareja tenga un estado serológico negativo o desconocido.

Cuando se estudian muestras concretas de mujeres –mujeres reclusas, UDI- no se ha apreciado que quienes tienen el VIH sufren más violencia de pareja que quienes no están infectadas. Sin embargo, los estudios sobre violencia plantean numerosos problemas metodológicos, comenzando por la propia definición de qué se considera un caso de violencia. Con mucha frecuencia los estudios no incluyen manifestaciones de la violencia como la psicológica o la económica, centrándose sólo en la física y en el mejor de los casos la sexual.

Lo que sí han mostrado algunos estudios sobre mujeres que sufren maltrato, es que éste es más severo para las mujeres con VIH **(46)**. Las mujeres con VIH que sufren violencia de pareja tienen más episodios de hospitalización y un peor estado de salud **(47)** y presentan peores indicadores de salud mental: 7 veces más probabilidad de sufrir depresión, 4,9 veces más probabilidad de sufrir ansiedad, 3,6 veces más probabilidad de pensar en el suicidio y 12,5 veces más de probabilidad de haberlo intentado cuando se compara con mujeres sin VIH y que no sufren violencia de pareja **(48)**.

#### Figura 4:

COMPARACIÓN DE LA PREVALENCIA DE VP ENTRE LAS MUJERES CON VIH CON LAS MUJERES NO INFECTADAS EN ESTADOS UNIDOS.

EXPERIENCIA VITAL DE VIOLENCIA DE PAREJA (IPV)

Entre las mujeres americanas en general

3,6 de cada 10



Entre las mujeres americanas con VIH

5,5 de cada 10



## 7.2

### LA VIOLENCIA DE PAREJA ENTRE PERSONAS DEL MISMO SEXO

La violencia de género suele ser fundamentalmente, aunque no siempre, violencia hacia las mujeres y niñas. Pero definida la violencia de género por la campaña Women Won't Wait como violencia (física, sexual, o psicológica) ejercida contra una persona por razones de género, identidad sexual o conducta, así como por la opinión del perpetrador sobre los roles de género o sus expectativas al respecto, se hace

evidente que tanto las personas trans, homosexuales y bisexuales, así como niños y hombres que no se adaptan a las expectativas de género pueden también ser objeto de la violencia de género (49).

La violencia de pareja entre personas del mismo sexo que también se conoce como violencia intragénero es una realidad poco estudiada e invisibilizada por diversas causas, numerosos mitos, y tiene su origen en los modelos sociales patriarcales. Aunque se presupongan con mayor o menor acierto unas relaciones

más igualitarias entre las parejas del mismo sexo, algunos elementos como la posición social, la edad o el estado serológico, así como que la orientación sexual de la víctima sea o no visible para su entorno pueden desequilibrar la relación, dando poder a un miembro de la pareja sobre otro. Muchas parejas homosexuales plantean formas más equitativas e igualitarias, pero el amor romántico entendido como posesión, propiedad, complementariedad, etc. han influenciado también a las personas LGTB replicando modelos basados en los heteronormativos.

Si sobre esta violencia queda aún muchísimo por investigar y por conceptualizar, menos se sabe aún de las experiencias de violencia de pareja hacia hombres gays y bisexuales con VIH. Una encuesta realizada en nuestro país por la FELGTB en 2013 mostró que un 14% de hombres con VIH se habían sentido manipulados psicológica o emocionalmente por parte de sus parejas afectivas que habían utilizado en algún momento en su contra el hecho de tener VIH<sup>6</sup>.

6/ Se pueden consultar más datos de esta encuesta en la página web de la campaña STOP Discriminación VIH de la FELGTB: <http://www.felgtb.com/stopdiscriminacionvih/html/sabermas.html>

### 7.3 ¿QUÉ CARACTERIZA A LA VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES CON VIH?

Además de los tipos de violencia más comunes (psicológica, física, sexual y ambiental), las mujeres con VIH pueden sufrir otras manifestaciones de violencia como el abandono, la extorsión, impedirles el contacto con hijos e hijas, entre otros. Muchas de estas manifestaciones se explican en gran parte por el estigma social asociado al VIH. La interiorización del estigma lleva a muchas mujeres con VIH que sufren violencia a tener sentimientos de culpa, vergüenza y reforzar una autopercepción negativa, que ya podría estar presente antes del diagnóstico y o del maltrato. No hay que olvidar que sufrir violencia de pareja es también una situación vital cargada de estigmas sociales.

La infección por VIH en sí misma puede ser una línea argumental para ejercer violencia de tipo psicológico a través de distintos mecanismos. Uno de ellos es la amenaza y chantaje de revelar en el entorno de la mujer cuál es su estado serológico, o el control de sus relaciones y refuerzo del aislamiento de familiares, amistades o compañeros y compañeras que no conocen su estado serológico. El maltratador también puede reforzar en la mujer la idea de que su infección la incapacita para salir de la situación de maltrato, ya que todo lo que puede esperar socialmente es rechazo social por tener VIH. Por último, la desvalorización que puede relacionarse con la

**Figura 5:**

IMAGEN DE LA CAMPAÑA DE FELGTB  
SENSIBILIZANDO SOBRE LA VIOLENCIA DE PAREJA HACIA  
LOS HOMBRES GAIS Y BISEXUALES CON VIH.



aparición de efectos secundarios y cambios físicos debidos a la infección, enfermedades asociadas o tratamiento antirretroviral, a través de insultos (“sidoso”) y observaciones descalificativas sobre su cuerpo y su cara (50).

## 7.4

### ¿SE PUEDE ABORDAR LA VIOLENCIA DESDE LOS SERVICIOS DE PARES?

En otros países, la detección de violencia de pareja se ha incorporado de forma protocolizada en servicios de diagnóstico de VIH, por la duración de las sesiones de counseling, que permiten explorar en profundidad una multitud de temas relacionados con la sexualidad y las relaciones.

Las unidades hospitalarias en las que se realiza seguimiento a las personas con infección por el VIH pueden ser un espacio adecuado para la detección de la violencia de pareja, en particular si se cuenta con equipos interdisciplinarios. En una investigación, una educadora del programa de pares de CESIDA comentaba a este respecto que *“tenemos un problema de base, que en los hospitales no hay centros de atención psicosocial, entonces ni se explora esto ni se explora nada (...) La detección en las Unidades de VIH... a no ser que vayas con los ojos morados (...) Con la intervención de Pares era más fácil porque llegaban por otros temas, pero al final pues antes o después salía, pero claro, en varios días de atención, de citas, que ella venía y hablabas con ellas y cogía confianza y ya iba soltando (...) y tu te dabas cuenta de que había un problema de violencia de género” (50).*

Para poder abordar este tema es necesario conocer la disponibilidad de los servicios y educadores/as a

incorporar esta importante labor a la atención que ya prestan, y concretar necesidades formativas. En Madrid existen ya algunas experiencias formativas para profesionales de centros de detección precoz de VIH desde 2012 y CESIDA también viene ofreciendo formación sobre este tema. Por su parte, FELGTB también viene ofertando formación sobre la detección de violencia de pareja entre personas del mismo sexo en los dispositivos de prueba rápida. La sensibilización sobre la violencia y sus dinámicas es también necesaria para visibilizar los casos menos evidentes de maltrato psicológico que permita intervenir antes de que se instale el maltrato físico y para establecer la intervención y los cauces de derivación más adecuados a la fase en la que se encuentre la persona que sufre violencia.





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1)** OPS, Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la Acción. 19-22 de mayo 2000. Antigua. Disponible en [http://www.flases.net/boletines/salud\\_sexual\\_ops.pdf](http://www.flases.net/boletines/salud_sexual_ops.pdf)
- (2)** Saphiro K; Ray S. Sexual Health for People Living with HIV. *Reproductive Health Matters* 2007;15(29 Supplement):67-92. Disponible en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/sexualhealth.pdf>
- (3)** GNP+. UNAIDS. Salud, dignidad y prevención positivas. Un marco de políticas. 2011, Amsterdam. Disponible en [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20110701\\_PHDP\\_es\\_0.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20110701_PHDP_es_0.pdf)
- (4)** Taylor B, Davis S. Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard*. 21, 11, 35-40. Date of acceptance: July 28 2006. Disponible en <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2006.11.21.11.35.c6382>
- (5)** Taylor B, Davis S. The Extended PLISSIT Model for Addressing the Sexual Wellbeing of Individuals with an Acquired Disability or Chronic Illness. *Sex Disabil* (2007) 25:135-139. Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/226331562\\_The\\_Extended\\_PLISSIT\\_Model\\_for\\_Addressng\\_the\\_Sexual\\_Wellbeing\\_of\\_Individuals\\_with\\_an\\_Acquired\\_Disability\\_or\\_Chronic\\_Illness](https://www.researchgate.net/publication/226331562_The_Extended_PLISSIT_Model_for_Addressng_the_Sexual_Wellbeing_of_Individuals_with_an_Acquired_Disability_or_Chronic_Illness)
- (6)** Centro Nacional de Epidemiología-Instituto de Salud Carlos III/ Plan Nacional sobre el Sida- S.G. de Promoción de la salud y Epidemiología.. Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/sida. Resultados 2015. Análisis de la evolución 2000-2015. Madrid. Mayo 2016.
- (7)** Karpiak SE, Shippy RA, Cantor MH. *Research on Older Adults with HIV*. New York: AIDS Community Research Initiative of America, 2006.
- (8)** Golub SA; et al. Prevalence and correlates of sexual behavior and risk management among HIV-positive adults over 50. *Sexually transmitted diseases*, 2010; 37(10), pp.615-20.
- (9)** Golub SA; et al. Dimensions of Psychological Well-being Predict Consistent Condom Use among Older Adults Living with HIV. *Ageing International*, 2011; 36(3), pp.346-360.
- (10)** Lovejoy, TI ; et al. Patterns and correlates of sexual activity and condom use behavior in persons 50-plus years of age living with HIV/AIDS. *AIDS and behavior*, 2008;12(6), pp.943-56.
- (11)** Lindau, S.T. et al. A Study of Sexuality and Health among Older Adults in the United States. *N Engl J Med*. 2007 August 23; 357(8): 762-774.
- (12)** Grupo de Expertos de la SPNS y la SEGG. Documento de consenso sobre edad avanzada e infección por el VIH. Noviembre 2015. Madrid.Disponible en <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docEdadAvanzadaVIH.pdf>

**(13)** Collazos J. Sexual dysfunction in the highly active antiretroviral therapy era. *AIDS Reviews*, 2007; vol. 9, no. 4, pp. 237–245.

**(14)** Bernal E; Masiá M; Padilla S; Gutiérrez, F. Unexpected improvement of sexual dysfunction during atazanavir therapy. *AIDS*, 2005; vol. 19, no. 13, pp. 1440–1441.

**(15)** HIV and Aging consensus Project. Recommended Treatment strategies for clinicians managing older patients with HIV. 2011. Disponible en: [http://aahivm.org/Upload\\_Module/upload/HIV%20and%20Aging/Aging%20report%20working%20document%20FINAL%212.1.pdf](http://aahivm.org/Upload_Module/upload/HIV%20and%20Aging/Aging%20report%20working%20document%20FINAL%212.1.pdf).

**(16)** Rabkin JG; Wagner GJ; Rabkin R. A double-blind, placebo-controlled trial of testosterone therapy for HIV-positive men with hypogonadal symptoms. *Archives of General Psychiatry*, vol. 57, no. 2, pp. 141–147, discussion 55–56, 2000.

**(17)** Leyva-Moral, JM. La expresión sexual de los ancianos. Una sobredosis de falsos mitos. *Index Enferm* vol.17 no.2 abr./jun. 2008.

**(18)** Ryan C. Supportive Families, Healthy Children. The Family Acceptance Project. S. Francisco 2009.

**(19)** Martín-Pérez A, González E, Marrero N, Rebollo J. LGBT people and discrimination in the area of health in Spain. *FELGTB*. Madrid, 2015.

**(20)** New York State Department of Health AIDS Institute. Care of the HIV Infected transgender Patient. NY 2012. Disponible en <http://www.hivguidelines.org/clinical-guidelines/transgender/care-of-the-hiv-infected-transgender-patient/>

**(21)** Tallada, J. Antirretrovirales y hormonas transexuales. Lo + positivo. Número 37. Barcelona, 2007; p 47. Disponible en [http://gtt-vih.org/files/active/0/LMP37\\_revista.pdf](http://gtt-vih.org/files/active/0/LMP37_revista.pdf)

**(22)** European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ* 1992;304:809-813.

**(23)** Velasco Arias, S. Protocolo de prevención de la transmisión heterosexual del VIH con enfoque de género en Atención Primaria. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2004.

**(24)** Polo Rodríguez R et al. Documento de consenso sobre profilaxis post exposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Madrid, 2015. Disponible en [http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/borrador/2015/gesida-guiasclinicas-2015-BR-Profilaxis\\_VIH\\_VHB\\_VHC.pdf](http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/borrador/2015/gesida-guiasclinicas-2015-BR-Profilaxis_VIH_VHB_VHC.pdf)

**(25)** Zuckerman, RA et al. Higher concentrations of HIV RNA in rectal mucosa secretions than in blood and seminal plasma, among men who have sex with men, independent of antiretroviral therapy. *J Infect Dis* 189: 156-161, 2004.

**(26)** Benki S et al. Cyclic shedding of HIV-1 RNA in cervical secretions during the menstrual cycle. *J Infect Dis* 189: 2192-2201, 2004.

**(27)** Wang CC et al. The effect of hormonal contraception on genital tract shedding of HIV-1. *AIDS* 18: 205-209, 2004.

**(28)** Neely MN et al. Cervical shedding of HIV-1 RNA among women with low levels of viremia while receiving highly active antiretroviral therapy. *Acquir Immune Defic Syndr* 44: 38-42, 2007.

**(29)** Kwakwa HA et al. Female-to-female transmission of human immunodeficiency virus. *Clinical Infectious Diseases*, 36, 1 February 2003.

**(30)** Chan SK et al. Likely female-to-female sexual transmission of HIV – Texas 2012. *MMWR Weekly Report*, 63(10): 209-12, 2014.

**(31)** Leichter JS et al. Temporal trends in sexual behaviour among men who have sex with men in the United States, 2002 to 2006-10. *J Acquir Immun Defic Syndr*, early online publication, DOI: 10.1097/QAI.0b013e31828e0cfc, 2013.

**(32)** Scott H et al. Age and Racial Disparities in Per-contact Risk of HIV Seroconversion among Men Who Have Sex with Men: US. 20th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Atlanta, Abstract 91, 2013.

**(33)** Wiysonge CS, Kongnyuy EJ, Shey M et al. Male circumcision for prevention of homosexual acquisition of HIV in men. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011;6:CD007496.

**(34)** Smith DK, Herbst JH, Zhang XJ, Rose CE. Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men (MSM) in the US. *J Acquir Immune Defic Syndr*, e-publication ahead of print. Doi: 10.1097/QAI.0000000000000461. December 2014.

**(35)** Wilkinson D. Efectividad del preservativo en la reducción de la transmisión del VIH en heterosexuales: Comentario de la BSR (última revisión: 11 de noviembre de 2002). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

**(36)** Rosengarten M et al. Touch wood, everything will be OK: gay men's understandings of clinical markers in sexual practice. Monograph 7/2000, National Centre in HIV Social Research, University of New South Wales. Disponible en: <http://nchr.arts.unsw.edu.au/pdf%20reports/touchwood.pdf>, December 2000.

**(37)** Uosukainen H, Tacke U, Winstock AR. Self-reported prevalence of dependence of MDMA compared to cocaine, mephedrone and ketamine among a sample of recreational poly-drug users. *Int J Drug Policy*. 2015 Jan;26(1):78-83. doi: 10.1016/j.drugpo.2014.07.004.

**(38)** Bruno R, Matthews AJ, Topp L, Degenhardt L, Gomez R, Dunn M. Can the severity of dependence scale be usefully applied to 'ecstasy'? *Neuropsychobiology*. 2009;60(3-4):137-47. doi: 10.1159/000253550.

**(39)** Bracchi M et al. Increasing use of 'party drugs' in people living with HIV on antiretrovirals: a concern for patient safety. *AIDS* 29: 1585-1592, 2015.

**(40)** Cohen MS, McCauley M, Gamble TR. HIV treatment as prevention and HTPN 052. *Curr Opin HIV AIDS*. 2012 March ; 7(2): 99-105.

**(41)** Rodger A et al. HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART: PARTNER study. 21st Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, abstract 153LB, 2014.

**(42)** Karim QA, Karim SSA, Frohlich JA, Grobler AC, Baxter C, Mansoor LE, et al, on behalf of the CAPRISA 004 Trial Group. Effectiveness and Safety of Tenofovir Gel, an Antiretroviral Microbicide, for the Prevention of HIV Infection in Women. Science Express. Published online July 19 2010. Disponible en: [http://www.ph.ucla.edu/epi/faculty/detels/epi227/reader/karim\\_science\\_2010.pdf](http://www.ph.ucla.edu/epi/faculty/detels/epi227/reader/karim_science_2010.pdf)

**(43)** Bujan L; Hollander L; Coudert M; Gillint-Smith C; Vucetich A; Guibert J; et al. Safety and efficacy of sperm washing in HIV-1-serodiscordant couples where the male is infected: results from the European CREAThE network. AIDS. 2007 Sep 12;21(14):1909-14.

**(44)** Del Romero J, Castilla J, Hernando V, Rodriguez C, García S. Combined antiretroviral treatment and heterosexual transmission of HIV-1: cross sectional and prospective cohort study. BMJ. 2010 May 14;340:c2205. doi: 10.1136/bmj.c2205.

**(45)** Pyra M et al. Effectiveness of contraception for HIV-infected women using antiretroviral therapy combined data from 3 longitudinal studies, the Eighth International AIDS Society Conference on HIV Pathogenesis, Treatment and Prevention, Vancouver, abstract MOPDB0103, July 2015.

**(46)** Gielen AC, Ghandour RM, Burke JG, Mahoney P, McDonnell KA, O'Campo P. HIV/AIDS and intimate partner violence: Intersecting women's health issues in the United States. Trauma, Violence, & Abuse. 2007 Apr; 8(2):178-198.

**(47)** Liebschutz JM, Feinman G, Sullivan L, Stein M, Samet J. Physical and sexual abuse in women infected with the human immunodeficiency virus. Increased illness and health care utilization. Arch Intern Med. 2000 Jun; 160:1659-64.

**(48)** Gielen AC, McDonnell KA, O'Campo P, Burke JG. Suicide risk and mental health indicators: do they differ by abuse and HIV status? Women's Health Issues 2005; 15:89-95.

**(49)** Hale F, Vázquez M. Violencia contra las mujeres viviendo con VIH/sida: documento de antecedentes. Washington DC. Development Connections. 2011.

**(50)** Martín-Pérez A "¿Dónde vas a ir tú, con sida?" Intersecciones entre la infección por el VIH y la Violencia del Compañero Íntimo FEMINISMO/S(18). Alicante, diciembre 2011.



## Capítulo 7

# LA INFECCIÓN POR EL VIH EN EL ENTORNO SOCIAL Y AFECTIVO

Carmina Rodríguez Fumaz  
**HIV Unit-Germans Trias i Pujol Hospital.**

01

## INTRODUCCIÓN

Recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica nunca resulta fácil. Afortunadamente, recibir hoy el diagnóstico de infección por el VIH dista mucho de lo que era hace apenas unos años. Los temores relacionados con el pronóstico y la salud física se han disipado gracias a la eficacia de los fármacos antirretrovirales.

Sin embargo, vivir con la infección es aún muy difícil si se contempla desde la perspectiva relacional. Todavía son muchas las personas que se mueven en un entorno social y afectivo donde la enfermedad permanece oculta para casi todos/as y donde el principal temor a la apertura del diagnóstico es el rechazo de los/as demás. El estigma de la propia persona afectada y del entorno (desarrollado en otro capítulo de esta guía) es el principal motor de la ocultación. Vivir la enfermedad a

solas implica en muchas ocasiones una sensación interna de soledad emocional y puede conllevar importantes síntomas de ansiedad y depresión. Por el contrario, la apertura del diagnóstico se ha relacionado con un mejor cuidado de salud y un estado emocional más saludable.

A lo largo de este capítulo veremos cómo el entorno social y afectivo de la persona afectada puede verse impactado por la infección y ser a la vez elemento fundamental en su bienestar físico y emocional.

02

## COMUNICAR EL DIAGNÓSTICO A LAS DEMÁS PERSONAS

Una de las preguntas frecuentes que se hace una persona al recibir el diagnóstico de infección por VIH es a quién y cómo comunicar este diagnóstico. Esta pregunta no está solo presente en los instantes iniciales de afrontamiento de la enfermedad sino que puede surgir en muchos otros momentos, incluso cada vez que alguien significativo emocionalmente llega a su vida.

Ocultar la infección a todo el entorno, como algunos/as escogen hacer, puede resultar realmente duro. Diversos estudios clínicos realizados hasta la fecha coinciden en que aquellas personas que viven su

infección en el total anonimato tienen mayores problemas emocionales que repercuten negativamente en el cuidado de su salud. Así, compartir el diagnóstico se ha relacionado con un ajuste más favorable a la enfermedad.

Sin embargo, abrir el diagnóstico a otros sigue siendo tarea difícil ya que hablar sobre ello implica que puedan surgir a la luz otros temas como las preferencias sexuales de la persona o la infidelidad en algunos casos, entre otros.

Ante el escenario de un diagnóstico reciente, es siempre aconsejable que la persona disponga de una educación en salud sobre la infección básica y clara. Eso le permitirá colocarse frente a los otros desde una actitud más serena así como responder las preguntas que puedan surgir sobre su estado de salud y su pronóstico.

Algunas reflexiones útiles para la persona afectada son:

¿Por qué quiero informar sobre mi infección por el VIH a esa persona?

¿Hay beneficios en que se lo diga?

¿Es esa persona buena hablando sobre emociones?

¿Cómo me gustaría que reaccionara?

¿Qué haré si no reacciona de la forma en que me gustaría o espero?

¿Puedo confiar en que no lo compartirá con otra persona?

La apertura del diagnóstico puede ser especialmente delicada en el caso de las relaciones parento-filiales. Cuando los hijos e hijas crecen, frecuentemente llega un momento en que los padres y madres han de enfrentar la idea de hablar o no sobre su enfermedad con ellos/as. En ocasiones, no se revela el diagnóstico pero se envían mensajes encubiertos como dejar botes de medicación o recetas a la vista, ir a la visita médica acompañado de los hijos/as, que sólo sirven para aumentar el desconcierto, y por consiguiente angustia, de los/as niños/as.

Algunas reflexiones interesantes a hacer en este contexto concreto son:

¿Has pensado compartir con tu hijo/a tu diagnóstico?

¿Cuánto crees que sabe?

Estaría bien planificar de alguna manera cómo decirlo aunque no llegues a hacerlo.

Tu hijo/a podría descubrirlo por accidente, o adivinarlo, o que tú se lo dijeras en algún momento de forma no adecuada o de la que pudieras arrepentirte más tarde.

En este proceso, a menudo los padres y madres necesitan un apoyo adicional y asesoramiento a la hora de hablar con sus hijos/as. El apoyo y la guía deben incluir cómo manejar sus preguntas y reacciones. En el caso de los niños y niñas infectados/as por transmisión vertical, se recomienda también en la

medida posible el acompañamiento en la comunicación del diagnóstico. Para los padres y madres puede suponer un momento de gran dolor ya que a menudo permanecen emociones relacionadas con la culpa. Estudios clínicos muestran los beneficios emocionales y de autocuidado de la salud que tiene una apertura temprana del diagnóstico en los niños y niñas afectados/as. Pueden sentirse involucrados de forma activa en el cuidado de salud, construyendo un mayor sentido de independencia y reduciendo el temor y la ansiedad, que muchas veces nace de situaciones ambiguas y poco claras. Los niños y niñas no necesitan conocer muchos detalles ya que pueden sentirse más confundidos. De nuevo, la información recibida ha de ser clara y concisa y debe mantenerse un flujo de comunicación constante ya que las preguntas o preocupaciones pueden ir variando a lo largo del tiempo.

Algunas preguntas frecuentes en los niños y niñas en esta situación son:

¿Por qué tengo esta enfermedad?

¿Cuánto tiempo viviré o cuándo voy a morir?

¿Qué me va a pasar?

¿Tú también lo tienes?

¿Por qué lo tienes?

¿Puedo transmitir el VIH a otras personas?

¿Puedo explicarlo a mis amigos?

¿Dejaré de tenerlo algún día?

Si se trata de preadolescentes o adolescentes, hay preocupaciones que pueden resultar especialmente difíciles para los padres y madres, como es el caso de la sexualidad. Pero es importante pensar que se tratará de una gran oportunidad para poder construir unas bases de educación sexual adecuadas.

Por último, también existe el temor de que el niño o niña afectado/a lo cuente a otros. Será fundamental crear un clima abierto y amoroso, que brinde un contexto de apoyo emocional mutuo que permitirá que el niño o la niña puedan explorar y recibir consejo sobre cómo manejar la información recibida.

En resumen, comunicar el diagnóstico de infección por el VIH al entorno social y afectivo continúa siendo difícil a pesar de los cambios que han sucedido en el manejo clínico de la enfermedad. Las ideas preconcebidas, el temor al rechazo, entre otros, dificultan esa apertura. No obstante, el reconocimiento de la enfermedad frente al entorno emocionalmente significativo lleva implícito beneficios emocionales reconocidos.



## LOS CAMBIOS RELACIONALES

En las primeras etapas de afrontamiento de la enfermedad y aún con el diagnóstico reciente, la persona afectada puede replantear la visión que tiene de sí misma y cómo se coloca frente a los demás. Esta reflexión tiene inevitables consecuencias sobre cómo los otros reaccionan. A menudo, la mirada sobre uno mismo queda devaluada, cuando aparecen la culpa, el enfado por la conducta que ha motivado la infección y, muy en especial, la visión negativa de la enfermedad, ya sea a través del estigma internalizado o externalizado.

Algunas situaciones frecuentes de movimiento o cambio de roles relacionales son:

- Dentro de la familia de origen, la persona afectada puede sentir el temor de ser vista como *“oveja negra”*, alguien con una conducta social reprochable, o bien como alguien vulnerable, *“enfermo”*, al que cuidar o proteger en exceso. Es fundamental que la persona afectada trabaje en la idea de que independientemente del rol en que los/as demás lo coloquen, será su conducta y su propia mirada lo que determinará como evolucionará esa relación a partir de entonces. Se trata de que la persona adopte un rol activo en la percepción de los/as demás. - Si se trata de una pareja, los retos relacionales más frecuentes son:

**a).** Pareja serodiscordante en la que uno de los miembros recibe el diagnóstico pero el otro no tiene la infección. El principal riesgo es la adopción de los roles de víctima por parte de la persona no infectada y de culpable por parte de la persona infectada. La víctima puede hacerse con el poder de la relación mientras que el otro queda atrapado en un juego de deuda. Si además se ha producido una relación fuera de la pareja no negociada, este juego de roles puede ser más acusado.

**b).** Pareja seroconcordante, con diagnósticos a la par. De nuevo, pueden reproducirse los roles descritos anteriormente, aún de forma más reforzada ya que la culpa puede ser aún mayor. Estas emociones determinarán la evolución vital de la pareja ya que muchas personas quedan atrapadas en este juego y no son capaces de discernir lo que realmente desean. A la hora de empezar a seguir pautas de cuidado de la salud, también pueden aparecer criterios diferentes. Uno de los miembros de la pareja puede adoptar conductas de cuidado (por ejemplo, modificando sus hábitos de salud), mientras que el otro puede seguir con conductas no saludables, generando un conflicto interno.

Si se detecta en el acompañamiento de la persona afectada que alguna de estas situaciones pueden ser un obstáculo para el correcto cuidado de la salud o para el bienestar emocional, sería recomendable un abordaje profesional.

Una de las áreas en las que pueden producirse más cambios debido a la presencia del diagnóstico de VIH es la sexualidad. De una forma u otra, suelen producirse cambios significativos que modifican cómo la persona se aproxima a los otros. En etapas iniciales se produce una inhibición del deseo hacia los demás, muy a menudo por temor a transmitir la infección o por emociones de culpabilidad. Los estudios sobre la no transmisión del VIH en personas con carga viral indetectable han sido de gran ayuda en este punto.

Algunas personas inhiben toda conducta de aproximación emocional más allá del sexo por diferentes motivos, siendo el temor a tener que informar sobre el diagnóstico y ser rechazados o haber perdido la confianza en el otro los más frecuentes. En el momento en que hay una barrera emocional o un auto-sabotaje para crear relaciones de intimidad, existe una clara dificultad que debería abordarse. Además, a veces, el diagnóstico de infección por el VIH simplemente se suma a dificultades que ya existían previamente.

En conclusión, a lo largo de las distintas etapas de afrontamiento de la enfermedad, surgen retos relacionales que podrán resolverse con mayor o menor éxito dependiendo de los recursos de cada persona.

04

## LA CRONICIDAD DE LA INFECCIÓN: CONSTRUCCIÓN Y PROYECCIÓN DE FUTURO

En la actualidad, las implicaciones del diagnóstico de infección por el VIH distan mucho de aquellas de hace apenas unos años. Sin embargo, a pesar de que la cronicidad de la enfermedad está prácticamente asegurada en la mayoría de los casos, la incertidumbre que surge tras el diagnóstico resulta inevitable. Esta incertidumbre acompaña a la persona afectada durante un mayor o menor tiempo, dependiendo de las condiciones en que se ha producido el diagnóstico. Cuando existe sintomatología o hay presencia de una infección oportunista, resulta más complicado imaginar un futuro sin amenazas. Dependiendo de la situación de la persona, habrá que ir trabajando el proceso adaptativo de una forma u otra.

No obstante, hay algunas preguntas frecuentes acerca del futuro, que resultan comunes independientemente del contexto del diagnóstico:

- *No tengo pareja, ¿podré tenerla algún día?...* Pregunta frecuente sobre todo en jóvenes. La condición de VIH se convierte en un elemento que determina la aceptación o el rechazo de los otros. A partir de esta reflexión la persona debería plantearse su visión del VIH y la de los/as demás, así como creencias

erróneas sobre la evolución de la enfermedad y su transmisión.

- *¿Podré tener hijos/as algún día?...*

Se trata también de una pregunta frecuente en personas que están en una fase inicial de construcción de futuro. Esta pregunta abre las puertas a abordar aspectos educativos sobre la infección y es también una oportunidad para trabajar la visión emocional de virus, si la persona afectada está preparada para ello.

- *¿Envejeceré antes que los/as demás?...*

Esta pregunta surge cuando la persona conoce los estudios que se han realizado en los últimos años que afirman que problemas comunes al envejecimiento surgen en etapas más precoces en las personas con la infección. Es una ocasión para ampliar información y un motivo para la mejora de hábitos de salud, ya que éstos juegan un papel clave en la aparición de estas patologías concomitantes. La idea del envejecimiento es especialmente compleja en aquellas personas para las que la imagen física es muy importante en su autoconcepto.

- *¿Viviré tanto tiempo como una persona no infectada?...*

Esta pregunta abre la puerta a muchas reflexiones sobre hasta qué punto la persona se centra en el momento presente, y qué valor le da al futuro. Es una excelente oportunidad para introducir el concepto de temporalidad y de

conciencia del momento presente, independientemente de si se tiene una enfermedad crónica o no.

conciencia del momento presente, independientemente de si se tiene una enfermedad crónica o no.

Cuando pensamos en la proyección de futuro es necesario destacar la situación especial que presenta un colectivo de personas afectadas: aquellas que recibieron su diagnóstico de infección por el VIH en la etapa previa a los antirretrovirales de gran actividad. Recibir el diagnóstico suponía entonces una sentencia de muerte. Dejaron entonces de hacerse planes de futuro, se tomaron decisiones pensando en una muerte cercana, se vivió la muerte de personas coetáneas en el tiempo y las circunstancias. Al pasar los años, esas personas se enfrentaron al reto de tener que seguir construyendo sus vidas, muchas veces sin un plan concreto, y de analizar las consecuencias de las decisiones tomadas en aquel momento. A menudo, en esos supervivientes persiste la pregunta *¿Por qué yo sigo vivo y otros no?* Es interesante explorar esta idea ya que permite a la persona conectar con aquellos elementos que han hecho que saliera adelante.

## IMPACTO DEL DIAGNÓSTICO SOBRE PLANES LABORALES

El impacto de la infección por el VIH sobre la vida laboral puede resultar mínimo si el diagnóstico se recibe en fase asintomática. La persona puede continuar con su vida activa sin ningún problema, si bien será importante ver cómo se organizarán las visitas al centro médico. En el caso de participar en un estudio clínico, la persona deberá valorar bien si el calendario de visitas propuestas se ajusta a su realidad cotidiana, y eso incluye de forma especial el trabajo.

Algunas personas deciden comunicar su diagnóstico a sus superiores y eso puede facilitar el seguimiento médico. Sin embargo, comunicar el diagnóstico en el entorno laboral no es frecuente por temor a consecuencias nocivas, represalias o juicios de valor. Algunos entornos laborales relacionados con las profesiones artísticas resultan más cómodos para algunas personas.

En el caso de la población joven, algunos diagnósticos pueden vivirse como incompatibles con la proyección laboral soñada. Será importante desarticular creencias erróneas desde la educación en la enfermedad ya que la mayoría serán temores sin una base sólida real. Afortunadamente, haber podido lograr que las personas dejen de transmitir el virus al estar

con carga viral indetectable ha supuesto también un avance en la posibilidad de que muchas carreras profesionales puedan desarrollarse sin los temores que antes existían (ejemplo, aquellas relacionadas con temas médicos). En la actualidad cualquier ejercicio profesional es factible si la persona cuida de forma adecuada su salud y ese es el mensaje a transmitir por parte de los/as profesionales sanitarios.

Para algunas personas, la infección por el VIH implicará cambios en los proyectos de movilidad geográfica. Será importante reflexionar siempre sobre cómo podrán seguirse los controles médicos recomendados allí donde se esté. Desgraciadamente, aún hay países donde no está permitida la entrada de personas con este diagnóstico. Según un informe de la International AIDS Society de diciembre de 2015, aproximadamente 58 países tienen una restricción para que las personas con el VIH viajen y/o residan allí. Trece países tienen una total prohibición de entrada a las personas con el VIH. Algunos países aún solicitan una prueba in situ del VIH para poder acceder. Frente a estas cifras, la persona puede sentirse especialmente frustrada frente a ello e incluso quedarse fijada en esa idea de prohibición. Es importante poder abrir otros escenarios y, si cuesta mucho hacerlo, reflexionar sobre qué significa quedarse fijado en lo que no puede ser. Entonces, a menudo aparecen otras dificultades de aceptación de la enfermedad.

En resumen, en la actualidad la vida laboral puede iniciarse o proseguir sin ninguna limitación, considerando siempre de qué forma puede compatibilizarse con el cuidado de la salud.

06

## (RE) INCORPORACIÓN AL MUNDO LABORAL

Tener un trabajo supone disponer de unos ingresos económicos que a su vez impiden caer en una situación de desamparo y/o dependencia. Gracias también al beneficio económico, se tiene acceso a prestaciones y servicios que sin duda mejoran la calidad de vida. Pero tener un trabajo supone también beneficios sociales y psicológicos, como el sentirse parte contribuyente en la sociedad, estar más socializado y mejorar positivamente la autoestima.

La presencia de cualquier enfermedad crónica supone un posible obstáculo para incorporarse o reincorporarse al mundo laboral. La infección por VIH no es una excepción y diversos estudios realizados a nivel nacional e internacional reportan unas tasas de desempleo elevadas entre las personas con el VIH.

Las personas que reciben su diagnóstico en una etapa vital de juventud han de construir a menudo su futuro laboral. Afortunadamente, gracias a las campañas de diagnóstico precoz, la mayoría de jóvenes

logran ser diagnosticados en una fase muy temprana de su infección y el diagnóstico no supone una amenaza para que puedan continuar con sus estudios o su trabajo. Así, la percepción actual es que para muchas personas el VIH no está resultando un elemento presente que desfavorece el acceso a un puesto laboral. Diferente es el caso de aquellas personas que son diagnosticadas en una fase avanzada y que pueden quedar con una situación comprometida de salud, o en las que el VIH coincide con algún otro factor de posible exclusión laboral, como ser usuario/a o ex usuario/a de drogas, exrecluso/a, trabajadora del sexo o transexual, o aquellas que tras un parón forzoso buscan reincorporarse a un mundo laboral ya de base precario.

Algunas dificultades relacionadas con la reincorporación al trabajo que se han descrito en estudios previos son: ausencia de habilidades, largo tiempo de desempleo, anticipación de discriminación y condiciones de trabajo inadecuadas para un correcto manejo del VIH.

En España, el Comité de Valencia realizó un estudio en 2007 que concluía que las personas con el VIH se encontraban en situación de desventaja frente al resto de población en lo referente al acceso al trabajo. Además, identificaba diferentes factores que influían en esta situación: factores relacionados con las características y la situación personal de las personas con el VIH

para la búsqueda y mantenimiento de un trabajo; factores relacionados con las características del mercado laboral; factores relacionados con las condiciones de programas y servicios de inserción ofertados desde las asociaciones de lucha contra el Sida; factores relacionados con la discriminación hacia personas con VIH en el trabajo; y factores relacionados con las medidas de apoyo a la contratación de personas con discapacidad promovidas por las administraciones.

El mayor estudio realizado hasta la fecha sobre la incorporación al trabajo con 5800 personas participantes en la cohorte suiza pretendió investigar predictores de capacidad total para trabajar al año de iniciar TARV. Un 75.6% tenían capacidad total, un 8.1% eran capaces de trabajar en una jornada parcial y un 16.3% era incapaz de trabajar al inicio. De estos últimos, un 46.3% fue capaz de volver a trabajar en jornada completa o parcial al año de iniciar tratamiento. Un mayor nivel educativo y tener la carga viral indetectable se asociaron a posibilidad de trabajar en jornada completa, mientras que mayor edad y existencia de trastornos psiquiátricos fueron predictores de lo contrario. Es importante señalar que la capacidad de trabajar en jornada completa pasó del 24% en aquellos sujetos que iniciaron tratamiento entre 1998-2001 al 41.2% en aquellos entre 2009-2012.

Parece pues que actualmente es posible acceder al mundo laboral como cualquier otra persona si la situación de salud es buena. No obstante, no hay que olvidar que muchas personas siguen ocultando su enfermedad a su entorno laboral. Las citas médicas suponen entonces una dificultad, así como otros actos que pudieran derivarse del cuidado de salud. La visibilidad del VIH en el mundo laboral es aún una tarea pendiente y una responsabilidad de toda la sociedad.

07

## EL TRABAJO DESDE LA DISCAPACIDAD

A efectos médicos y legales, la infección por el VIH no resulta discapacitante en una gran mayoría de casos. Las personas con el VIH no tienen la obligación de declarar su estado en su puesto de trabajo ya que las vías de transmisión son claras y definidas. Partiendo de esta base, aquellas personas que sí tienen una discapacidad relacionada con el VIH tienen el derecho a acceder a empresas con responsabilidad social. Las empresas con responsabilidad social se implican en tareas tanto de formación continua como de integración laboral. La contratación de personas con el VIH con discapacidad puede reportar beneficios económicos a estas empresas a partir de la integración dentro de su política de contrataciones del cumplimiento

con las cuotas de reserva para personas con discapacidad y del acceso a bonificaciones cuando el VIH se vincula a la discapacidad o a la exclusión social.

Se recomienda que la persona tenga una adecuada evaluación de su grado de discapacidad así como una buena

orientación sobre sus posibilidades. Si la persona tiene otras patologías concomitantes relacionadas o no con la infección por VIH debe aportar informes de cada una de ellas elaborados por su especialista de referencia. La tarea y asesoramiento del/la trabajador/a social es fundamental en este proceso.

## CRITERIOS DE VALORACIÓN EN INFECCIÓN POR EL VIH

(Real Decreto 1169/2003, de 12 de septiembre)

<p>Clase 1: <b>0%</b></p>	<p>El paciente está diagnosticado de infección por el VIH y el grado de discapacidad es nulo y precisa o no tratamiento.</p>
<p>Clase 2: <b>1 a 24%</b></p>	<p>El paciente está diagnosticado de infección por el VIH y el grado de discapacidad es leve y precisa tratamiento continuado y presenta menos de tres episodios anuales de enfermedades relacionadas con su inmunodeficiencia, que precisan atención médica hospitalaria (*) durante al menos 24 horas cada uno o durante menos de 30 días al año.</p>
<p>Clase 3: <b>25 a 49%</b></p>	<p>El paciente está diagnosticada de infección por el VIH y el grado de discapacidad es moderado y precisa tratamiento continuado y presenta de tres a seis episodios anuales de enfermedades relacionadas con su inmunodeficiencia, que precisan atención médica hospitalaria(*) durante al menos 24 horas cada uno o durante más de 30 días al año.</p>
<p>Clase 4: <b>50 a 70%</b></p>	<p>El paciente está diagnosticado de infección por el VIH y precisa tratamiento continuado y se da una de las siguientes circunstancias: El grado de discapacidad es moderado y presenta más de seis episodios anuales de enfermedades relacionadas con su inmunodeficiencia que precisan atención médica hospitalaria (*) durante al menos 24 horas o durante más de 60 días al año o el grado de discapacidad es grave.</p>
<p>Clase 5: <b>75%</b></p>	<p>El paciente está diagnosticado de infección por el VIH y precisa tratamiento continuado y el grado de discapacidad es muy grave.</p>

(\*) Debe entenderse como atención médica hospitalaria cualquier atención realizada en servicios relacionados con el hospital de referencia, incluyéndose en ellos el hospital de día, hospitalización domiciliaria, servicios de urgencia, unidades de estancia corta, etc.

## LA INFECCIÓN POR VIH EN LAS REDES SOCIALES

### 8.1 BÚSQUEDA E INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Internet se ha convertido en un elemento indispensable en nuestras vidas y, como no podía ser menos, cualquier cosa relacionada con nuestra salud es también buscada y cuestionada allí. Las personas con el VIH pueden obtener beneficios para su salud al acceder a información que puede ayudarles a un mejor cuidado personal pero también hay importantes riesgos si la información recibida no es correcta o se interpreta de forma inadecuada. Un estudio realizado en 2006 halló que un 66% de personas entrevistadas con VIH refería buscar información sobre salud y un 25% sobre ensayos clínicos. Un 24% de personas dijo hablar con sus médicos sobre información buscada en Internet. En un análisis multivariante se observó que dar credibilidad a información infundada de internet se relacionaba con ingresos económicos más bajos, menos nivel educativo, y estilos de afrontamiento basados en la evitación. Es posible que a día de hoy estas cifras sean mucho más elevadas, ya que desde entonces el uso de Internet se ha extendido y convertido en más cotidiano.

En los últimos años Internet también ha servido para el desarrollo y aplicación de políticas preventivas

y de fomento de la prueba del VIH. Recientemente, estas intervenciones han empezado a aplicarse también en Facebook, como es el caso del estudio HOPE, un proyecto para potenciar la serología entre jóvenes homosexuales o el estudio weCare, una intervención que a través del uso de Facebook, mensajes de texto y aplicaciones en móviles pretende facilitar el vínculo y retención a los servicios sanitarios en jóvenes.

### 8.2 ESPACIOS VIRTUALES DE ENCUENTRO: VENTAJAS Y RIESGOS

El primer punto de encuentro virtual entre personas con infección por el VIH fue los foros, en los que se realizaban consultas, se hacían comentarios que eran respondidos por profesionales sanitarios o iguales. Posteriormente surgieron los chats, que permitían un contacto en tiempo real. Para muchas personas que vivían con el VIH de forma totalmente anónima los chats supusieron un punto de inflexión, ya que eran el primer contacto con iguales y una forma de socializarse y compartir que hasta ese momento les era imposible. Desde entonces, el mundo virtual como escenario de encuentro ha dado pasos agigantados. En la actualidad, son muchas las opciones abiertas en internet y, además del espacio virtual donde encontrar a iguales, son muy exitosas las aplicaciones en las que se crea un primer punto de contacto que puede derivar o no en un encuentro en persona. Desafortunadamente,



varios estudios apoyan la hipótesis de que el uso de aplicaciones de contacto, en concreto las dirigidas a los hombres que tienen sexo con hombres, fomenta el sexo desprotegido y, por consiguiente, incrementa la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). La facilidad para obtener un contacto rápido y anónimo así como la tendencia a la cosificación del otro está detrás de muchas de esas conductas de riesgo, junto con el abuso de sustancias cada vez más frecuentes en un grupo concreto de jóvenes. Este fenómeno se ha ido observando en los últimos años y todavía no se ha encontrado una respuesta adecuada desde las políticas de abordaje social.

En conclusión, el mundo virtual permite a muchas personas acceder a una comunicación con iguales muy valiosa, que les resulta imposible en otro contexto pero también puede conllevar riesgos importantes para la salud de las personas que lo utilizan



09

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Aguirrezabal A, Fuster MJ, Valencia J. Integración laboral de las personas con VIH: Estudio sobre la identificación de las necesidades laborales y la actitud empresarial. Informe FIPSE 2009.
2. Bradley MV, Remien RH, Dolezal C. Depression symptoms and sexual HIV risk behavior among serodiscordant couples. *Psychosom Med.* 2008 Feb;70(2):186-91.
3. Britto C, Mehta K, Thomas R, Shet A. Prevalence and Correlates of HIV Disclosure Among Children and Adolescents in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *J Dev Behav Pediatr.* 2016 Jun 1.
4. Elzi L, Conen A, Patzen A, Fehr J, Cavassini M, Calmy A, Schmid P, Bernasconi E, Furrer H, Battegay M. Ability to Work and Employment Rates in Human Immunodeficiency Virus (HIV)-1-Infected Individuals Receiving Combination Antiretroviral Therapy: The Swiss HIV Cohort Study. *Open Forum Infect Dis.* 2016 Feb 1;3(1):ofw022.
5. Gamarel KE, Neilands TB, Golub SA, Johnson MO. An omitted level: an examination of relational orientations and viral suppression among HIV serodiscordant male couples. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2014 Jun 1;66(2):193-6.

- 6.** Hull P, Mao L, Prestage G, Zablotska I, de Wit J, Holt M. The use of mobile phone apps by Australian gay and bisexual men to meet sex partners: an analysis of sex-seeking repertoires and risks for HIV and STIs using behavioural surveillance data. *Sex Transm Infect.* 2016 Apr 19.
- 7.** Kalichman SC, Cain D, Cherry C, Pope H, Eaton L, Kalichman MO. Internet use among people living with HIV/AIDS: coping and health-related correlates. *AIDS Patient Care STDS.* 2005 Jul;19(7):439-48.
- 8.** Kalichman SC, Cherry C, Cain D, Weinhardt LS, Benotsch E, Pope H, Kalichman M. Health information on the Internet and people living with HIV/AIDS: information evaluation and coping styles. *Health Psychol.* 2006 Mar;25(2):205-10.
- 9.** Kalichman SC, Kalichman MO, Cherry C, Grebler T. HIV Disclosure and Transmission Risks to Sex Partners Among HIV-Positive Men. *AIDS Patient Care STDS.* 2016 May;30(5):221-8.
- 10.** Newcomb ME, Mongrella MC, Weis B, McMillen SJ, Mustanski B. Partner Disclosure of PrEP Use and Undetectable Viral Load on Geosocial Networking Apps: Frequency of Disclosure and Decisions About Condomless Sex. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2016 Feb 1;71(2):200-6.
- 11.** Remien RH, Wagner G, Dolezal C, Carballo-Diéguez A. Levels and correlates of psychological distress in male couples of mixed HIV status. *AIDS Care.* 2003 Aug;15(4):525-38.
- 12.** Sanjeeva GN, Pavithra HB, Chaitanya S, Sunil Kumar DR, Rewari BB. Parental concerns on disclosure of HIV status to children living with HIV: children's perspective. *AIDS Care.* 2016 May 29:1-7.
- 13.** Smith C, Cook R, Rohleder P.. Taking into Account the Quality of the Relationship in HIV Disclosure. *AIDS Behav* 2016 Mar 4.
- 14.** Solomon P, O'Brien K, Wilkins S, Gervais N. Aging with HIV and disability: the role of uncertainty. *AIDS Care.* 2014 Feb;26(2):240-5.
- 15.** Tanner AE, Mann L, Song E, Alonzo J, Schafer K, Arellano E, Garcia JM, Rhodes SD. weCARE: A Social Media-Based Intervention Designed to Increase HIV Care Linkage, Retention, and Health Outcomes for Racially and Ethnically Diverse Young MSM. *AIDS Educ Prev.* 2016 Jun;28(3):216-30.
- 16.** Young SD, Cumberland WG, Nianogo R, Menacho LA, Galea JT, Coates T. The HOPE social media intervention for global HIV prevention in Peru: a cluster randomised controlled trial. *Lancet HIV.* 2015 Jan; 2(1):e27-32.

# ABREVIATURAS

**ADN:** Ácido Desoxirribonucleico: es un ácido nucleico que contiene las instrucciones genéticas usadas en el desarrollo y funcionamiento de todos los organismos vivos conocidos y algunos virus, y es responsable de su transmisión hereditaria.

**ARN:** Acido Ribonucleico. Interviene junto al ADN en la síntesis de proteínas y del traslado de la información genética del ADN. Está formado por una cadena simple de nucleótidos.

**ARV:** Antirretroviral.  
CCR5: Es una proteína presente en la superficie de las células blancas que actúa como receptor de quimiocinas. Este es el proceso por el que las células T se aproximan a ciertas dianas o tejidos celulares.

**CD4:** Un tipo de células blancas que juegan un papel importante en el sistema inmune y que son las dianas principales a las que ataca el VIH.

**CV:** Carga Viral.

**EACS:** European Aids Clinical Society.

**FAR:** Fármaco Antirretroviral.

**FDC:** Fixed Dose Combination (combinación a dosis fija).

**FV:** Fracaso Viroológico.

**GESIDA:** Grupo Español de Estudios del SIDA.

**GHB:** (éxtasis líquido, líquido G o G). Sustancia psicotrópica depresora del sistema nervioso central que tiene entre otros efectos, un incremento de la libido.

**HAART:** Highly Active Antirretroviral Treatment (Inglés para TARGA).

**INI:** Inhibidores de la Integrasa.

**IP:** Inhibidores de la Proteasa.

**ITIAN:** Inhibidores de la Transcriptasa Inversa Análogos de Nucleosido/Nucleotido.

**ITINN:** Inhibidores de la Transcriptasa Inversa No Análogos de Nucleosido.

**LGTB:** Lesbiana, gay, transexual y bisexual.

**MDMA** (éxtasis, E, X, droga del amor): Droga del grupo de las anfetaminas que provoca entre otros, euforia, mejora de la percepción y la sexualidad.

**MSSSI:** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

**PPE:** Profilaxis post-exposición.

**PrEP:** Profilaxis pre-exposición.

**QD:** Del latín Quaque Die. En las prescripciones médicas significa una vez al día.

**SEIMC:** Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.

**SEISIDA:** Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida.

**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Humana.

**SPNS:** Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida.

**TARGA:** Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.

**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Es un retrovirus.

# GLOSARIOS DE TÉRMINOS

**Barebacking:** Anglicismo que se refiere a la práctica erotizada de relaciones de penetración sin preservativo.

**Basal:** De inicio.

**Bisexual/es:** Hombres y mujeres cuya orientación sexual se dirige tanto a hombres como a mujeres. Chemsex: patrón de relaciones sexuales con frecuencia grupales y en sesiones de larga duración bajo la influencia de distintas drogas, fundamentalmente GHB, mefedrona y metanfetamina.

**Cisexual:** Personas cuya identidad de género coincide con su sexo de asignación al nacer.

**Counseling o consejo asistido:** Proceso dinámico de diálogo a través del cual una persona ayuda a otra en una atmósfera de entendimiento mutuo.

**Delito de odio:** Acto que recibe la tipificación de delito en el código penal y cuya motivación se encuentra en las características de la víctima, que ha sido escogida por su pertenencia real o percibida a un grupo al que el autor del delito rechaza desprecia u odia.

**Expresión de género (EG):** Manera en que las personas manifiestan socialmente su IG y cómo ésta es percibida por otras personas.

**Fingering:** Práctica de penetración de dedos en ano o en vagina.

**Fisting:** Práctica de penetración de mano y puño en ano o vagina.

**Gay/gais:** Hombre/s cuya orientación sexual es homosexual.

**Heterosexual/es:** Persona/s cuya orientación sexual se dirige a las personas del género diferente al suyo.

**Identidad de género (IG):** Manera en que cada persona siente su género, y que puede corresponder o no con el sexo que se le asignó al nacer y con sus marcadores de género en documentos legales e identificativos.

**Lesbiana/s:** Mujer/es cuya orientación sexual es homosexual.

**LGTBfobia:** Nombre genérico que describe el rechazo social y la violencia hacia las personas LGTB, y que incluye la homofobia, la bifobia, la lesbofobia y la transfobia.

**LGTBfobia interiorizada:** Se refiere a la manera en que las personas LGTB incorporan el ideario social negativo en torno a la diversidad sexual.

**Macrófagos:** Son un tipo de glóbulo blanco que fagocita el material extraño al cuerpo humano.

**Mefedrona (mefe, miau):** Droga con efectos euforizantes del grupo de las catinonas.

**Metanfetamina (meth, ice, crystal-meth):** Potente estimulante del sistema nervioso central, del grupo de las anfetaminas.

**Orientación sexual (OS):** Capacidad para sentir atracción sexual, afectiva o emocional hacia personas del mismo género, de género diferente o más de un género. La OS es independiente de la IG.

**Poppers:** Nombre genérico con el que se conoce el nitrito de amilo y otras sustancias que se consumen por vía inhalada para aumentar el placer sexual.

**Posicionamiento estratégico:** Estrategia de reducción de riesgo consistente en relegar el rol receptivo en las relaciones de penetración desprotegidas a la persona que tiene VIH.

**Rimming:** Práctica en que se utiliza la lengua para lamer el ano de la pareja sexual con el fin de producir u obtener placer sexual.

**Serosorting:** Estrategia de reducción de riesgo consistente en seleccionar parejas sexuales del mismo estado serológico para mantener sexo desprotegido.

**Slamming:** Consumo de sustancias psicotrópicas por vía inyectada en el contexto del chemsex.

**Trans:** Término que incluye a todas las personas no cissexuales. Se trata de las personas cuya identidad de género difiere de su sexo de asignación al nacer.

**Transexual:** Personas trans que se identifican de manera completa con la identidad de género opuesta a su sexo de asignación al nacer y que con frecuencia requieren tratamientos médicos y quirúrgicos para que su cuerpo tenga mayor correspondencia con su género de elección.

**Transgénero:** Personas trans que viven permanentemente de acuerdo a su identidad de género y pueden, o no, requerir tratamientos médicos y quirúrgicos.

## ASOCIACIONES DE PACIENTES







## Coordinadora estatal de VIH y sida

C. Juan Montalvo, 6  
28040 Madrid  
Tel.91 522 38 07

[www.cesida.org](http://www.cesida.org)

CON LA COLABORACIÓN DE:



CON EL AVAL CIENTÍFICO DE:



**Plan Nacional sobre el Sida**