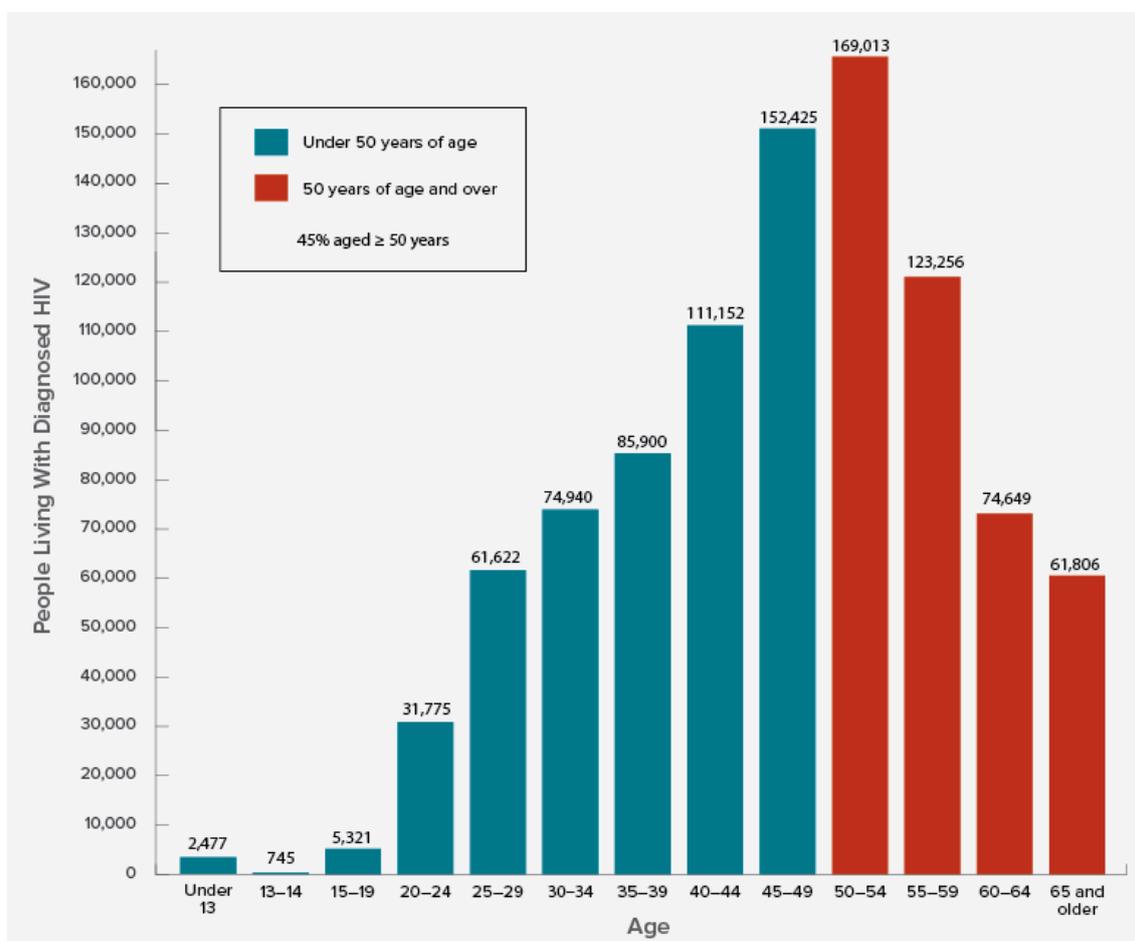


SALUD SEXUAL DE LAS PERSONAS MAYORES CON EL VIH

Los grandes avances continuos en el manejo y tratamiento de la infección por el VIH han llevado, en los últimos años, a un aumento muy marcado de la supervivencia global y, por tanto, de la prevalencia de infección por el VIH en personas adultas de edad avanzada, calculándose en 2014 en más de 4 millones de personas mayores de 50 años que viven con el VIH (1). Ese mismo año, en los Estados Unidos, el 45% de las personas con el VIH tenían más de 50 años (2) Asimismo, se prevé que en los países desarrollados, donde actualmente suponen el 25% de la población con el VIH pueda llegar a contabilizar hasta un 50% del total de la población con la infección (3).



Personas diagnosticadas de VIH por edad, 2014, Estados Unidos.

Todo ello ha llevado a la preocupación por otros factores de riesgo para enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión y para el desarrollo de discapacidad como la osteoporosis, que si bien están presentes a cualquier edad pueden ser más prevalentes en personas con el VIH. Por eso es recomendable que tanto las personas de edad avanzada y mayores que viven con la infección, como profesionales y personas cuidadoras maximicen los esfuerzos preventivos frente a estos factores de riesgo y se mantengan vigilantes frente a los primeros síntomas de enfermedad. Así mismo, es importante prestar atención a las posibles interacciones entre fármacos antirretrovirales y los empleados para el tratamiento de la hipertensión, la diabetes, la colesterolemia, etc.

Además, gran parte de estas personas continúan siendo sexualmente activas lo que plantea diversas cuestiones, como qué entendemos por salud sexual, cómo se puede ver afectada la sexualidad en las personas mayores y qué podemos hacer para mejorarla.

Por otro lado, y relacionado con lo anterior, dada la mencionada tendencia demográfica y la proporción de mujeres incluidas en esta población, el número de mujeres que han alcanzado la menopausia estando infectadas por el VIH no hará sino crecer, lo que puede plantear cuestiones adicionales.



El Documento de Consenso sobre Edad Avanzada e Infección por el VIH publicado en 2015, por el Plan Nacional de Sida del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, plantea que si bien a nivel poblacional se entiende que la edad avanzada comienza a los 65 años, la evidencia existente sobre el envejecimiento precoz del sistema inmune en las personas con el VIH avala el aceptar como edad de corte para definir *edad avanzada* la edad de 50 años cuando nos referimos a personas con

infección por el VIH y *persona mayor* con el VIH a las que tienen 65 o más años (4). Así se emplearán estos conceptos en este documento. No obstante, estos puntos de corte podrían aumentarse en el futuro en función de la evolución de las personas con el VIH en tratamiento y su respuesta al mismo.

1. Salud sexual y actividad sexual en mayores y personas de edad avanzada.

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; la cual no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad" (5). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad." (6) Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. Por tanto, la salud sexual incluye una diversidad amplia de significados políticos, culturales, sociales y subjetivos de la sexualidad.

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.

La salud sexual es un aspecto esencial del bienestar físico y emocional, que contribuye a la calidad de vida y a la integración de las personas mayores. En un contexto de envejecimiento global de la población, y también de las personas con el VIH, una adecuada atención a la salud sexual puede hacer decrecer la morbilidad y mortalidad y mejorar el bienestar y la longevidad (7). Un aspecto esencial a conjugar es el de la relación entre la actividad sexual, la satisfacción con la situación conyugal y el bienestar psicológico. En este sentido, algunos estudios han mostrado como mantenerse sexualmente activa/o se relaciona con el bienestar psicológico y con la satisfacción marital (8-10).

Sin embargo, tanto la sociedad como las y los profesionales de distintos ámbitos, incluido el sanitario, con frecuencia no prestan atención ni a la sexualidad ni a la actividad sexual de las personas mayores. En general no consideran que los y las mayores y en particular quienes tienen el VIH sean personas sexualmente activas.

Para contrarrestar esta percepción, un estudio realizado en Estados Unidos con 3005 participantes (11) mostró que, si bien la actividad sexual declina con la edad

(fundamentalmente por problemas de salud y/o la falta de una pareja), habían tenido relaciones sexuales en los 12 meses previos:

- el 73% de personas entre 57 y 64 años,
- el 54% de personas entre 65 a 74 años, y
- el 26% de personas entre 75 y 85 años.

Para todos los tramos de edad, las mujeres mostraron menor actividad sexual. Además, el 52% de hombres y el 25% de mujeres señalaron que se habían masturbado el año previo, independientemente de que tuvieran o no una pareja.

Los problemas sexuales más prevalentes entre las mujeres fueron:

- la falta de deseo sexual (43%),
- dificultades para la lubricación vaginal (39%), e
- imposibilidad de alcanzar el orgasmo (34%).

Entre los hombres, el problema de salud sexual más prevalente fue la disfunción eréctil (37%). La menor probabilidad de tener actividad sexual se asoció a percibir el estado de salud como malo.

Los datos recogidos en Reino Unido para el Longitudinal Study of Ageing (<https://www.elsa-project.ac.uk>) muestran que el 31% de los hombres entre 80 y 90 años aún se masturban y tienen relaciones sexuales, y algo menos del 60% de los hombres entre 70 y 80 años son sexualmente activos. Sin embargo, entre las mujeres sólo el 14% de las que tienen entre 80 y 90 años, y el 34% entre los 70 y 80 años se masturban o tienen relaciones sexuales de forma regular.

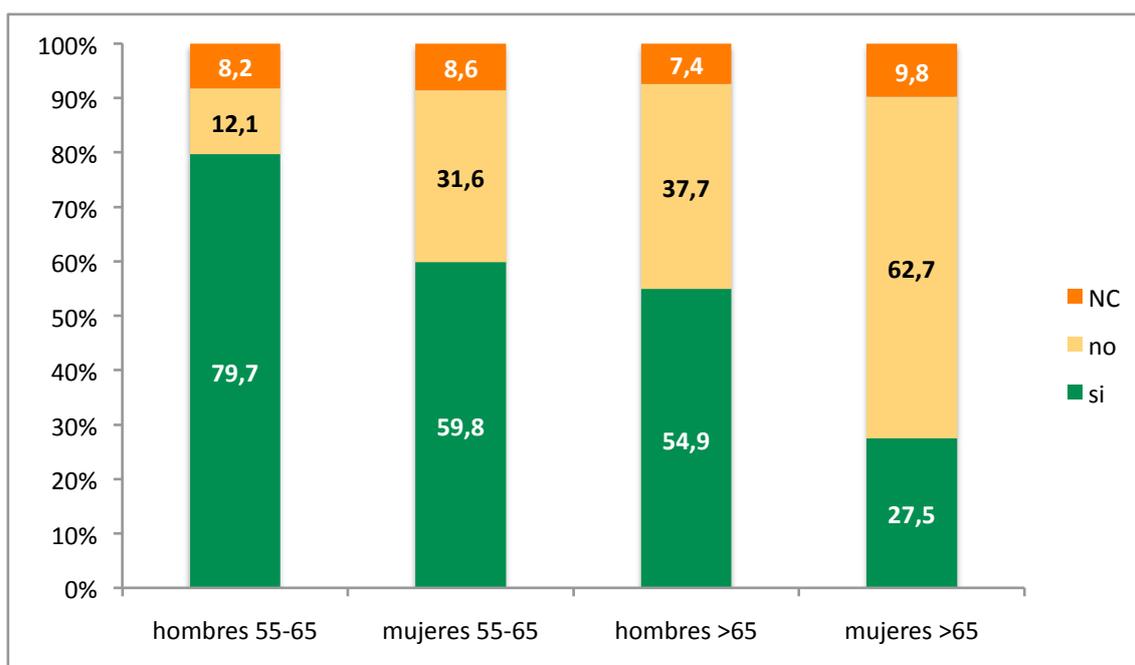
La oleada de datos recogidos en 2012 y 2013 confirmaba que a medida que avanzaba la edad era menos probable reportar actividad sexual, así como la tendencia en mujeres a mostrar menos actividad sexual.

Al igual que en el estudio estadounidense citado, percibir un peor estado de salud se asoció a tener menos actividad sexual y una mayor prevalencia de problemas o dificultades relacionadas con la sexualidad, particularmente entre hombres.

Entre las mujeres los problemas más frecuentes fueron la dificultad para excitarse sexualmente (32%) y la dificultad para alcanzar el orgasmo (27%). Entre los hombres, el problema más prevalente fue el de la función eréctil (39%). Más allá de los problemas reportados, en relación a las preocupaciones relacionadas con la salud sexual, las mujeres indicaron el nivel de deseo sexual (11%) y la frecuencia de actividad sexual (8%). Entre los hombres se indicó también el nivel de deseo sexual (15%), así como las dificultades para mantener la erección (14%). La probabilidad de señalar preocupaciones de salud sexual tiende a decrecer con la edad entre las mujeres,

mientras que entre hombres se encontró lo contrario. Estos datos muestran que si bien los problemas de salud sexual eran relativamente frecuentes, la preocupación por parte de los encuestados fue mucho menor (12).

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Salud Sexual mostraba que entre las personas de 55 a 65 años, el 12,1% de hombres y el 31,6% de mujeres señalaban no haber tenido ningún tipo de relación sexual en el año previo (no incluye masturbación en solitario). Entre las personas mayores de 65 años, este índice aumentó hasta el 37,7% de hombres y el 62,7% de mujeres (13).



Porcentaje de personas que han tenido relaciones sexuales en el año previo por sexo y tramo de edad.
Elaboración propia a partir de la Encuesta de Salud Sexual

Todos estos datos evidencian que las personas adultas continúan practicando sexo bien entradas en la setentena y ochentena, pero que existen una cierta reticencia a hablar de ello (un 7,4% de hombres y un 9,8% de mujeres mayores de 65 años prefirieron no contestar a la pregunta sobre las prácticas sexuales en los últimos 12 meses) (13).

No se puede asumir, por tanto, que las personas mayores no tengan relaciones sexuales, por lo que están igualmente en riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual o de presentar problemas de salud sexual, incluida la disfunción sexual.

Sin embargo, es probable que las personas de edad avanzada y mayores se sientan incómodas hablando de su sexualidad con las y los profesionales sanitarios. Un estudio ha mostrado que sólo el 38% de los hombres y el 22% de las mujeres mayores de 50 años han hablado sobre su sexualidad con un profesional sanitario (7). Una de las consecuencias de esta dificultad es que, a mayor edad, haya más probabilidad de que una persona que se infecta por el VIH obtenga diagnóstico sea tardío. alcanzando éste en nuestro país hasta un 63,2% en personas de edad avanzada (14).

2. Actividad sexual en personas de edad avanzada con el VIH.

Los resultados de un estudio realizado en la ciudad de Nueva York con cerca de 1.000 personas mayores de 50 años con infección por el VIH mostraba que la mitad de ellas habían tenido actividad sexual en los tres meses previos a la encuesta (15). Así mismo, se encontró que el 75% de las personas sexualmente activas habían tenido relaciones sexuales más de 2-3 veces al mes. La frecuencia de relaciones sexuales desprotegidas entre las personas mayores con el VIH es alta, alcanzando en algunos estudios índices de penetración anal o vaginal sin preservativo en los últimos 3 meses de hasta el 41% (16, 17).

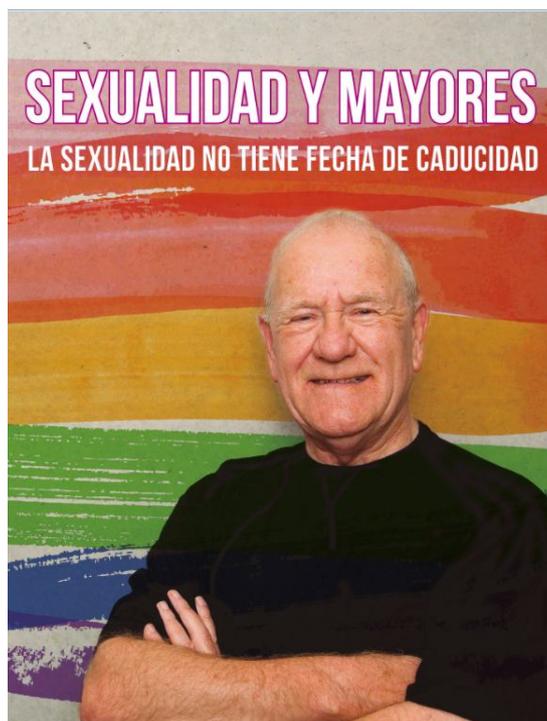
La relación entre actividad sexual, bienestar psicológico y situación marital entre las personas con el VIH es un aspecto menos estudiado, así como la comparación con la población general. Las personas con el VIH no solo envejecen (con lo que se reduce el nivel de actividad sexual como para el resto de la población), sino que la cronicidad, como proponen algunos estudios, hace reducir también en general la actividad sexual entre las personas con el VIH (18). En consecuencia, esta menor actividad sexual se asociaría también a un menor nivel de bienestar psicológico y satisfacción con la situación de pareja o estado civil.

No obstante, un estudio de enfoque cualitativo realizado en Francia concluía que a las personas de edad avanzada con el VIH no les iba mal, excepto a las mujeres que parecían estar más aisladas social y emocionalmente (19).

Aunque no se han identificado estudios en nuestro país a este respecto, cada vez se va mostrando más interés por el comportamiento sexual de las personas mayores con infección por el VIH. En España, en 2015, la frecuencia de personas con el VIH en contacto con el sistema nacional de salud que no usaron preservativo en su última relación sexual en el año previo fue del 26%, descendiendo al 18,5% cuando la pareja era seronegativa o serodesconocida (20). El incremento entre las personas con el VIH que no usaron preservativo entre 2002 y 2013 se relacionó con el grupo de edad de 35 a 49 años y con la categoría de transmisión HSH (21).

Se han encontrado diferencias con respecto a la actividad sexual y la frecuencia de prácticas de riesgo entre las personas mayores con VIH en función de su sexo y orientación sexual. Los hombres, independientemente de su orientación sexual, son sexualmente más activos en comparación con las mujeres, mientras que la frecuencia de uso del preservativo es menor entre los que se identificaron como gays o bisexuales en relación a los heterosexuales (17, 22).

Otro estudio con una pequeña muestra de personas con el VIH reclutadas en hospitales franceses mostraba también diferencias por sexo y orientación sexual al concluir que los hombres heterosexuales de edad avanzada y mayores con el VIH tendían a continuar conviviendo con su círculo familiar (esposa, hijos/as, nietos/as) pero de manera conflictiva y con poca actividad sexual. Las mujeres heterosexuales con VIH mayores en su mayor parte tendían a vivir solas, aunque con buena relación con sus hijos e hijas, en caso de tenerlos. Los hombres gays a menudo vivían en relaciones seroconcordantes afectivas armoniosas con otros hombres con el VIH, pero raramente con actividad sexual. Por último, los hombres bisexuales solían vivir solos, prácticamente sin actividad sexual, y en conflicto con sus hijos y exparejas, siendo el grupo más aislado y con mayor fragilidad del estudio. A pesar de que el estudio se realiza a través de una pequeña muestra no representativa, los resultados apuntan unas direcciones de un alto interés para entender el contexto afectivo y sexual de las personas mayores con VIH (23).



Guía de prevención de VIH para hombres gays y bisexuales mayores.
FELGTB y Fundación 26 de Diciembre, 2015

Entre las mujeres mayores, se ha mostrado un mayor riesgo 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, incrementando la exposición (11). Entre las mujeres de mayor edad la percepción de haber eliminado el riesgo de embarazo se asocia a la disminución de la percepción del riesgo de contraer el VIH u otras ITS.

La información disponible muestra por tanto la necesidad de profundizar más en las características de la sexualidad, la afectividad y la satisfacción con la actividad sexual de las personas con el VIH de edad avanzadas y mayores. Una integración efectiva de la atención a la salud sexual puede decrecer la morbilidad y mejorar el bienestar y aumentar la longevidad de las personas que viven con la infección.

3. Disfunción sexual e infección por el VIH.

Como hemos visto en las páginas anteriores, la actividad sexual tiende a decrecer a medida que aumenta la edad, y una de las principales preocupaciones de las personas de edad avanzada es tener una mala función sexual.

Aunque en este apartado y en el apartado 6 vamos a hablar de disfunción, es importante tener en cuenta el resto de dimensiones que abarcan la sexualidad y la salud sexual, y avanzar hacia un nuevo paradigma de entender la sexualidad y las relaciones sexuales de las personas mayores que no sea el de la sexualidad de las personas jóvenes. Es muy probable que el significado de la intimidad con las parejas sea diferente para las personas mayores, así como las prácticas que les hacen sentirse bien a medida que el organismo comienza a responder de distinta forma.

La disfunción sexual, en el caso concreto de las personas con el VIH, además de la edad puede estar relacionada con otro tipo de factores psicosociales. De un lado, los directamente relacionados con la infección por el VIH (afrontamiento del diagnóstico, miedo a la transmisión, miedo a la enfermedad y a la dependencia, sentimientos de culpa, estigma interiorizado, obligatoriedad de uso del preservativo), y los que pueden afectar al resto de la población de edad avanzada (mitos y roles asociados a la sexualidad y la vejez, historia pasada de abuso sexual, etc.).

Además, en el origen de una disfunción sexual pueden encontrarse factores hormonales, farmacológicos, fisiológicos, quirúrgicos y otras comorbilidades. Con respecto a los factores farmacológicos, la disfunción sexual en las personas con el VIH en tratamiento antirretroviral se ha asociado tradicionalmente a los inhibidores de la proteasa. Pero no cabe desdeñar el efecto que otros fármacos empleados para el tratamiento de otras enfermedades o factores de riesgo podrían tener la disminución del deseo sexual o, en el caso de los hombres, los problemas con la erección. Así

mismo, el alcohol, el tabaco y otras drogas pueden interferir igualmente en el funcionamiento sexual.

Una de las enfermedades que se asocian de manera negativa con la actividad sexual, tanto en hombres como en mujeres, es la diabetes. En uno de los estudios sobre la sexualidad de las personas mayores que hemos referenciado, las mujeres con diabetes mostraron menos probabilidad de ser sexualmente activas mientras que en los hombres se asoció a una mayor dificultad con la erección. En ambos sexos la diabetes se relacionó también con una menor probabilidad de actividad masturbatoria (11).

En todo caso, y más allá de que las causas sean psicogénicas u orgánicas, la disfunción sexual puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de las personas de edad avanzada y mayores con el VIH.

Entre los trastornos más frecuentes que se incluyen en lo que denominamos disfunción sexual en personas mayores se encuentran la pérdida o disminución de la libido o deseo sexual, la dificultad para alcanzar el orgasmo, la irritación vaginal y la sequedad secundaria a la vaginitis atrófica en las mujeres postmenopáusicas o la disfunción eréctil en los hombres.

El manejo clínico de la disfunción sexual en las personas mayores con el VIH implica la exploración clínica, farmacoterapia, psicoterapia y educación preventiva (4). Pero antes de analizar estos cuatro elementos, vamos a explorar en los dos apartados siguientes las dificultades para hablar de sexualidad con las personas mayores y algunas herramientas que nos pueden resultar de utilidad en nuestra labor.

4. Explorando y abordando la sexualidad de las personas con el VIH de edad avanzada y mayores

Hablar de sexualidad implica abordar aspectos íntimos que posiblemente incomoden tanto a las propias personas mayores como a educadores y educadoras o al personal sanitario.

Sin embargo, la comunicación sobre estos aspectos entre las personas usuarias de los servicios y programas de salud y profesionales que trabajan en los mismos puede contribuir a mejorar la salud sexual. En el caso de profesionales de la salud, se ha sugerido que una gran proporción se excusan para no iniciar una conversación sobre la sexualidad en la falta de formación y habilidades, en la incomodidad sentida al hablar de este tema, el miedo a ofender a la otra persona, no disponer de tratamientos o recursos que ofrecer, o la falta de tiempo (24, 25).

Por su parte, un estudio sobre pacientes de servicios de salud mostraba que un 68% no planteaban sus necesidades, dudas o problemas sobre la sexualidad por temor a avergonzar al profesional (26). La encuesta Nacional sobre Salud Sexual (13) señalaba que entre las personas que sintieron alguna preocupación por algún tema relacionado con su sexualidad, sólo el 36,3% de las mujeres mayores de 65 años y el 33,1% de los hombres buscó ayuda. Claramente, de una parte y de otra, es difícil hablar de este tema.

De nuestro lado, como educadores y educadoras, listamos los motivos tanto personales como estructurales que pueden dificultar una conversación efectiva acerca de la sexualidad (Tabla 1).

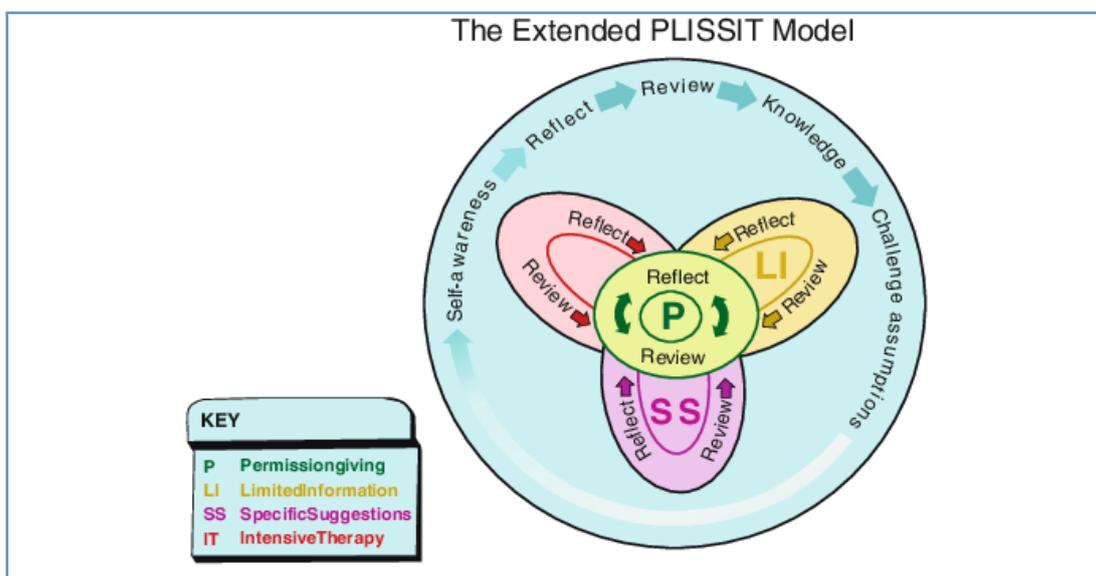
TABLA 1. Dificultades para el abordaje de la sexualidad con usuarios/as

Estructurales	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de acompañantes o terceras personas en el espacio de consulta. • Falta de un espacio adecuado que facilite la conversación. • Falta de tiempo programado en la intervención. • Ausencia de recursos de derivación que permitan continuar la intervención iniciada.
Personales, del educador o educadora	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de formación y desconocimiento de recursos • Temor a resultar intrusivo/a • Incomodidad o malestar para hablar de sexualidad
De la relación con el usuario o usuaria	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencia de sexo y/o orientación sexual entre usuario/a y educador/a • Diferencia de edad entre usuario/a y educador/a • Diferencias culturales

Sin embargo, a pesar de estas dificultades, 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 las personas. 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 de hablar.

A continuación se indican algunas ideas que pueden facilitar hablar de sexualidad y relaciones sexuales con personas mayores.

- Comenzar con una pregunta general, en el contexto del análisis de los factores relacionados con los estilos de vida: bienestar emocional, 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?”*



El modelo PLISSIT Extendido (Taylor & Davis)

En el ámbito de 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 solicita 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 (SS) y/o una derivación a terapia más intensiva si fuera necesario (IT). Para más información, se puede consultar los documentos de Taylor y Davis (27,28).

5. Elementos que pueden facilitar la comunicación y la exploración de la historia sexual

Para una evaluación de los problemas relacionados con la sexualidad de las personas con VIH es esencial garantizar una adecuada relación, lo que implica la necesidad de mantener una actitud abierta y no enjuiciadora.

Por tratarse de una esfera compleja, que puede estar mediada por distintos factores, la asociación de profesionales de salud reproductiva les recomendaba lo siguiente (29):

- Tomar conciencia de los propios sentimientos acerca de los temas sexuales.
- Mostrar disposición a hablar con franqueza aún a riesgo de incrementar nuestra propia vulnerabilidad.
- Ser capaz de escuchar e interpretar los valores sexuales de los usuarios y usuarias.
- Mostrar disposición a replicar con honestidad y claridad a las preocupaciones sobre la sexualidad.
- Fomentar la suficiente confianza con el usuario o usuaria para permitir una comunicación abierta sobre sexualidad.

La exploración debería incluir también una historia sexual para detectar posibles conflictos presentes o pasados que interfieran en el disfrute sexual, como episodios de violencia o abusos sexuales recientes o pasados, no aceptación de la orientación sexual en el caso de las personas homosexuales y bisexuales o de la identidad de género en el de las personas trans.

En el caso de las personas de edad avanzada y mayores con el VIH, el grupo de consenso sobre envejecimiento y VIH de Estados Unidos recoge una serie de ejemplos de preguntas para la evaluación psicosocial de pacientes orientados a crear un espacio confortable para el abordaje de la salud sexual (11).

Preguntas para la evaluación psicosocial de la salud sexual en personas mayores (30)

- ¿Tiene alguna pregunta o alguna preocupación acerca de su actividad sexual?
- ¿Ha notado algún problema o algún cambio en su facilidad para tener o para disfrutar de las relaciones sexuales?
- ¿Ha afectado su enfermedad (o la medicación) su funcionamiento sexual?
- ¿Siente dolor en alguna ocasión con la penetración?
- Para las mujeres: ¿Tiene alguna dificultad para alcanzar el orgasmo?
- Para los hombres: ¿Tiene alguna dificultad para tener o mantener una erección? ¿Tiene dificultades con la eyaculación?
- ¿Ha tenido alguna vez alguna enfermedad relacionada con el sexo?
- ¿Qué hace para proteger a sus parejas de contraer el VIH?
- ¿Utiliza usted o su pareja el condón? ¿Siempre? ¿Ocasionalmente? ¿Nunca?

6. Abordaje integrado de la disfunción sexual

Aunque el abordaje de la disfunción sexual requiere la intervención de profesionales de la sexología, y de personal sanitario, señalamos a continuación algunas cuestiones que conviene tener en cuenta y que pueden ser útiles en nuestro trabajo con personas de edad avanzada y mayores con el VIH. Para ello, se retoma el contenido elaborado para el documento de consenso sobre edad avanzada y VIH (4) en sus cuatro líneas: exploración, farmacoterapia, terapia psicológica y educación.

6.1. Exploración

Es importante en primer lugar diferenciar si la disfunción tiene una etiología de tipo orgánico o de tipo psicogénico como se indica en la tabla 2. Tomando en consideración la infección por el VIH se podría concluir que en las personas infectadas por el VIH, que cuentan con buen estado de salud, la disfunción sexual tendrá con mayor probabilidad una etiología psicogénica, mientras que en aquellas con una peor situación inmunológica o con diagnóstico de sida será más probable que se deba a factores orgánicos (31).

TABLA 2. Diferencias clínicas entre disfunción sexual de origen psicogénico u orgánico (22)

Características	Orgánico	Psicogénico
Edad de inicio	Mayores	Jóvenes
Inicio	Insidioso	Rápido
Patrón	Constante	Variable

Masturbación	Si	No
Sucesos vitales adversos y/o problemas al inicio de la vida sexual	No	Si
Hombres: erección nocturna del pene	No	Si

También puede ser útil emplear herramientas estandarizadas de medida como el cuestionario IIEF autoadministrado en el caso de los hombres (32), o el FSFI en el caso de las mujeres (33) para la exploración del funcionamiento sexual¹.

Por último, no se debe descartar la realización de analíticas para determinar el nivel de testosterona, estrógenos, estradiol, prolactina y gonadotropina. Es importante comprobar el nivel de testosterona libre y de hormona sexual globulina vinculante (SHBG, por su sigla en inglés), ya que pueden ser superiores en los pacientes con el VIH (34).

En hombres, se debería evaluar la presencia de hipogonadismo. Hipogonadismo se define como la presencia de niveles de testosterona inferiores a 300 ng/dL en la mañana, con manifestaciones clínicas asociadas como la disfunción sexual, pérdida de peso y masa muscular, fatiga o anemia (35).

En caso de sospecha de etiología orgánica, se pueden realizar evaluaciones más completas para descartar obstrucción arterial o neuropatías.

6.2. Farmacoterapia.

- a. **Antirretrovirales.** Muchos fármacos antirretrovirales se han asociado con distintos grados de disfunción sexual. Si el tratamiento fuera el principal factor asociado a la disfunción el especialista que realiza el seguimiento de nuestro usuario o usuaria podría valorar cambiar el tratamiento con otros fármacos que tengan menos impacto en la respuesta sexual, como la nevirapina (36) o atazanavir (37).
- b. **Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (FDE-5).** La administración de medicamentos que se han mostrado eficaces para el tratamiento de la disfunción eréctil en hombres, como sildenafil, vardenafilo o dalafilo debe hacerse con precaución ya que el tratamiento antirretroviral puede interactuar con ellos, en particular con los inhibidores de la proteasa. En el caso de

¹ El IIEF está disponible en <http://www.camurology.org.uk/wp-content/uploads/interpretation-of-the-iief.pdf>
El FSFI está disponible en <http://www.fsfi-questionnaire.com/FSFI%20questionnaire2000.pdf>

pacientes en tratamiento con saquinavir se recomienda una dosis de inicio de sildenafil más baja (25 mg). Para aquellos en tratamiento con ritonavir se recomienda no exceder los 25 mg en un periodo de 48 horas (38).

La dosis de tadalafilo no debe exceder los 10 mg cada 72 horas en pacientes que se encuentran en tratamiento con inhibidores de la proteasa o con delavirdina. En el caso de vardenafilo, no se debe exceder los 2.5 mg cada 24 horas en pacientes con inhibidores de la proteasa o delavirdina, y monitorizar la toxicidad en aquellos en tratamiento con ritonavir o lopinavir + ritonavir (39).

TABLA 2. INTERACCIONES ENTRE FÁRMACOS ANTIRRETROVIRALES Y FDE-5

(Andreu y Bonafont, 2006)

FDE-5	ANTIRRETROVIRALES	INDICACIONES Y ALTERNATIVAS (A)
Sildenafil	(F) APV, DLV, IDV, NFV, SQV	Monitorizar toxicidad de sildenafil. Iniciar con 25 mg/24 h
Sildenafil	RTV, LPV/r, ATV, TPV	Monitorizar toxicidad de sildenafil. Máx. 25 mg/48 h
Tadalafil	IP's DLV	Monitorizar toxicidad de tadalafil. Máx 10 mg/72 h. A: Sildenafil 25 mg / 48 h
Vardenafil	(F) APV, ATV, DLV, IDV, NFV, SQV, TPV	No exceder dosis de 2,5 mg/24 h. A: Sildenafil
Vardenafil	RTV, LPV/r	Monitorizar toxicidad de vardenafil. Dosis inicial 2,5 mg. No exceder 2,5 mg/72 horas. A: sildenafil

Algunos estudios han mostrado que indinavir, saquinavir y ritonavir incrementan significativamente los efectos de sildenafil, lo que implicaría riesgo de hipotensión.

Los FDE-5 con una vida media más larga pueden incrementar el riesgo de aparición de efectos adversos más duraderos cuando se combinan con inhibidores de la proteasa. En estas ocasiones, el uso de sildenafil es preferible por su vida media más corta.

Es muy importante desaconsejar el uso de nitrito de amilo (poppers) a nuestros usuarios si están bajo tratamiento con FDE-5, ya que disminuyen la presión sanguínea, en especial cuando se emplean de manera conjunta y puede tener efectos muy graves.

- c. **Gel vaginal y productos de uso tópico de estradiol.** La utilización de preservativos puede ser problemática para las mujeres postmenopáusicas, debido a la irritación vaginal y a la sequedad secundaria a la vaginitis atrófica que se produce con la bajada de los niveles hormonales durante la menopausia. Sin embargo es justo en estas circunstancias donde el uso de preservativo es más importante ya que la vaginitis atrófica puede favorecer la transmisión del VIH (40) e implica un mayor riesgo de contraer ITS. Los lubricantes de base acuosa y el tratamiento con estrógenos vaginales, son recomendables para evitar estas molestias y favorecer el uso del preservativo.
- d. **Terapias de reemplazo con testosterona.** El descenso del deseo sexual es una queja común que afecta a la calidad de vida de las mujeres mayores con el VIH. La falta de ensayos clínicos sobre terapias efectivas para las mujeres implica que con frecuencia, los y las profesionales sanitarios deben abordar un tema complejo sin evidencias suficientemente sólidas. No hay evidencia sobre la eficacia del uso de testosterona para el manejo de la disfunción sexual o de la disminución del deseo en mujeres asociado con la menopausia o al VIH. Puesto que se desconocen los efectos secundarios, la seguridad y eficacia del uso de testosterona a largo plazo, los suplementos de testosterona no deberían emplearse para tratar la disfunción sexual en mujeres (4, 41).

En cambio, en el caso de los hombres, si padece hipogonadismo, se debería valorar la terapia con reemplazo de testosterona. Esta terapia no se prescribe para los pacientes con VIH en quienes no se observe un descenso en los niveles de testosterona libre ya que no se han mostrado mejora de la disfunción sexual y los riesgos asociados al tratamiento no compensan los beneficios (36). El tratamiento con testosterona puede ser problemático incluso para los hombres con el VIH y con hipogonadismo (42), aunque ha mostrado un buen efecto en la mejora de la respuesta sexual (43).

- e. **Letrozol.** Un estudio ha mostrado una mejora del deseo sexual y de la frecuencia de relaciones sexuales en un grupo de hombres gays y bisexuales en

tratamiento antirretroviral con el empleo de Letrozol, un medicamento que pertenece al grupo de los inhibidores de la aromatasa que convierte los andrógenos en estrógenos (44).

6.3. Terapia psicológica.

Aunque no se ha creado aún la evidencia sobre el efecto terapéutico de las intervenciones psicológicas para tratar la disfunción sexual en personas mayores con el VIH (31), parece lógico pensar que este enfoque terapéutico, incluyendo terapia de apoyo y sexológica, puede ser un importante complemento a otros abordajes clínicos. En cualquier caso, la pérdida del deseo sexual causada por la depresión o por otros estresores psicosociales debería tomarse siempre en consideración y valorarse su tratamiento (41).

En estos casos, se debería valorar el empleo de terapia de apoyo, idealmente centrada en desmitificar el estigma asociado al VIH y al sida, con el fin de reducir las ideas negativas y ayudar al afrontamiento de la infección empoderar para responder ante la discriminación. Se pueden considerar otro tipo de acercamientos sexológicos cuando persista la disfunción sexual, a pesar de que ya haya una aceptación psicológica del estado serológico por parte de la persona infectada por el VIH. En esta situación, el enfoque de la terapia sexológica debería ser idéntico al que se haría con personas no infectadas.

El estigma puede ser una preocupación muy particular para las personas de edad avanzada y mayores, porque ya afrontan en general una situación de bastante aislamiento debido al envejecimiento, la enfermedad y la pérdida de familiares y amistades. El estigma afecta negativamente la calidad de vida, la autoimagen y los comportamientos de las personas y puede ser una barrera de peso para buscar apoyo revelar el estado serológico a otras personas.



6.4. Educación preventiva. Consejo asistido para la evaluación de riesgos y prevención con pacientes con el VIH.

La defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos forma una parte esencial del enfoque conocido como “Salud, Dignidad y Prevención Positivas” que plantea la necesidad de que las estrategias de atención a la salud de las personas con el VIH se realicen en un entorno político y jurídico que garantice sus derechos, libre de discriminación (45). Este marco enfatiza la necesidad de tratar la prevención y el tratamiento de manera simultánea y holística.

Se debería ofrecer una buena intervención educativa relacionada con el sexo más seguro junto al tratamiento de la disfunción sexual, involucrando en la medida de lo posible tanto a la persona implicada como a sus parejas. El counseling es fundamental para explicar los riesgos asociados al contacto con distintas cepas de VIH, que favorecen el desarrollo de resistencias a los antirretrovirales.

Hay evidencia suficiente que muestra que cuando la carga viral es indetectable y mantenida en el tiempo, en ausencia de otras ITS y con un adecuado seguimiento clínico las probabilidades de transmitir el VIH se reducen en un 96% en el peor de los escenarios. Sin embargo, e independientemente del estado serológico de las parejas sexuales, se mantiene el riesgo de transmisión de otras ITS que pueden comprometer el estado de salud y la respuesta al tratamiento, en caso de no ser diagnosticadas y tratadas.

En este escenario, la PrEP se ha comenzado a implantar en distintos países como una opción preventiva para aquellas personas que se encuentran en un riesgo significativo de contraer el VIH, y que se plantea a parejas serodiscordantes como una opción más de proteger a la persona de la pareja no infectada. Se ha sugerido por parte de los CDC que el impacto de la PrEP en la salud sexual de las personas de edad avanzada y mayores con VIH (y sin VIH) puede ser inmensa (46).

En los estudios sobre comportamiento sexual de riesgo entre las personas mayores con el VIH, la toma de riesgos se relaciona con un menor conocimiento sobre el VIH y el sida, y con consumo reciente de drogas (17, 22). A pesar de la eficacia del preservativo para prevenir la transmisión del VIH y otras ITS, su falta de uso puede estar relacionada con una menor sensibilización acerca de los riesgos.

Además, los hombres mayores podrían mostrar un menor uso de preservativos por problemas para mantener la erección. Por otro lado, la dificultad para mantener la erección hace que cuando se usa, pueda ofrecer menos protección y sea menos fiable. En este sentido, conseguir una buena adherencia al tratamiento antirretroviral puede ser una buena medida complementaria de prevención de modo que se disminuya la carga viral y la transmisión sea menos probable (47). Conviene señalar así mismo que no hay relación entre el uso de fármacos para la disfunción eréctil en hombres con un incremento de prácticas de riesgo (48).

En cambio, sí se ha mostrado de manera fehaciente la asociación entre el sexo desprotegido y la depresión o la ansiedad. Numerosos trabajos han mostrado altos niveles de depresión, soledad, ansiedad y estrés crónico entre las personas mayores con el VIH. En muchos casos, conviene tener en cuenta las desigualdades relacionadas con el género, el origen étnico y la orientación sexual. Por ejemplo, los y las mayores LGTB (lesbianas, gais, transexuales y bisexuales) muestran más probabilidad de vivir en soledad y contar con menos redes de apoyo. Así mismo, la orientación sexual e identidad de género está implicada en una mayor discriminación en el acceso y trato cotidiano en residencias de la tercera edad. Un estudio mostró que el 17% de personas LGTB estaban muy preocupadas o extremadamente preocupadas por sufrir discriminación si en un recurso de alojamiento para mayores se conociera su orientación sexual o identidad de género (49).

La prevención del VIH se ha enfocado tradicionalmente desde una visión patogénica, haciendo énfasis en identificar factores que incrementan el comportamiento de riesgo. Sin embargo se está evaluando en realidad el uso de modelos que abordan los factores protectores de la salud y los comportamientos saludables que podrían ayudarnos más a una prevención más efectiva (17). En este sentido, en relación a las personas mayores, el bienestar emocional puede convertirse en un buen predictor a largo plazo de unos resultados en salud óptimos. Este enfoque requiere que el personal sanitario (y nosotras, como personas educadoras) reconozca los recursos psicológicos de sus

pacientes mayores con el VIH que en muchos casos son supervivientes y han desarrollado un alto nivel de resiliencia.

Las instituciones que promueven el enfoque de Salud, Dignidad y Prevención Positiva (45) plantean una serie de acercamientos e intervenciones a desarrollar para promover la salud sexual y bienestar, entre las que se encuentran:

- a. Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluyendo la mejora del acceso a herramientas y tecnologías que ayudan a prevenir la transmisión sexual del VIH, como:
 - Condones masculinos y femeninos y lubricantes de base acuosa.
 - Circuncisión masculina.
 - Terapia antirretroviral.
 - Profilaxis post-exposición.
 - Nuevas tecnologías de prevención (PrEP) y los microbicidas, a medida que vayan estando disponibles.
 - Consejo asistido para parejas serodiscordantes, enfatizando la necesidad de mantener prácticas sexuales seguras y una completa adherencia al tratamiento antirretroviral.
- b. Asesoramiento y apoyo para una vida sexual satisfactoria que incluya, pero que no se limite, a mejorar el deseo sexual y el tratamiento de la disfunción sexual.
- c. Prevención y manejo de la violencia de género, ya que supone una amenaza a la salud sexual de las mujeres con el VIH.



Referencias.

- (1) UNAIDS. People aged 50 and older. 2014. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/12_Peopleaged50yearsandolder.pdf Consultado el 01 de febrero de 2018.
- (2) Centers for Disease Control and Prevention. HIV Surveillance Report, 2015; vol. 27. <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>. Published November 2016. Accessed [21.01.2018].
- (3) K. P. High, M. Brennan-Ing, D. B. Clifford et al. HIV and aging: state of knowledge and areas of critical need for research. A report to the NIH Office of AIDS Research by the HIV and Aging Working Group. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2012; 60, suppl 1: S1–18
- (4) Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Documento de Consenso sobre edad avanzada e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Madrid. Nov. 2015. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/docEdadAvanzadaVIH.pdf>. Consultado el 10 de febrero de 2018.
- (5) Organización Mundial de la Salud. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva.
- (6) Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la acción. 19 – 22 mayo 2000, Antigua.
- (7) Bickley, L.S., *Bates' Guide to Physical Examination and History Taking*, 10th Edition, Lippincott Williams & Wilkins. 2008

- (8) Trudel G, Dargis L, Villeneuve L, Cadieux J, Boyer R, Préville M. Fonctionnement conjugal, sexuel et psychologique des couples âgés vivant à domicile : les résultats d'une enquête nationale avec méthodologie longitudinale (première partie). *Sexologies*, 2013, 22 (4): 176-83. doi:10.1016/j.sexol.2013.03.004.
- (9) Trudel G, Dargis L, Villeneuve L, Cadieux J, Boyer R, Préville M 2014. Fonctionnement conjugal, sexuel et psychologique des couples âgés vivant à domicile : les résultats d'une enquête nationale avec méthodologie longitudinale (deuxième partie). *Sexologies*, 2014, 23 (2): 52-68. doi:10.1016/j.sexol.2013.03.006.
- (10) Widmer ED, Ammar N. Désir sexuel et styles d'interactions conjugales. *Sexologies* 2013, 22 (4): 150-58. doi:10.1016/j.sexol.2013.05.003.
- (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) Lee DM, Nazroo J, O'Connor DB, Blake M, Pendleton N. Sexual Health and Well-being Among Older Men and Women in England: Findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Arch Sex Behav*. 2016 Jan;45(1):133-44. doi: 10.1007/s10508-014-0465-1
- (13) Ministerio de Sanidad y Política Social. Resumen ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual (2009). Madrid. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/EncuestaNacionalSaludSexual2009/resumenEjecutivoEncuestaSaludSexual_2009.pdf. Consultado el 10 de febrero de 2018.
- (14) Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España. Actualización 30 de junio de 2016. Madrid. Nov. 2016. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2016.pdf Consultado el 10 de febrero de 2018.
- (15) Karpiak SE; Shippy RA; Cantor MH. Research on Older Adults with HIV. New York: AIDS Community Research Initiative of America, 2006.
- (16) 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.
- (17) 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.
- (18) Colson M.-H. Dysfonctions sexuelles de la maladie chronique, l'état des lieux. Première partie : fréquence, impact et gravité. *Sexologies* 2016, 25 (1): 16-23. doi:10.1016/j.sexol.2016.01.008.
- (19) Desesquelles A, Gotman A, Micheau J, Molière E. Etude sur la prise en charge des personnes vieillissantes vivant avec le VIH/SIDA. Paris: Direction générale de la santé ; 2013
- (20) Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/sida. Resultados 2016. Análisis de la evolución 2001- 2016. Madrid; 2017. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeEncuestaHospitalaria2016DEF.pdf> Consultado el 13 de febrero de 2018.

- (21) Centro Nacional de Epidemiología /Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología-Plan Nacional sobre el Sida. Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH/sida. Resultados 2013. Análisis de la evolución 2000- 2013. Madrid; 2014.
- (22) 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.
- (23) Banems, M. Les relations sexuelles des seniors vivant avec le VIH. *Sexologies*, Elsevier, 2016, 25 (3): 122-127
- (24) Berman L, Berman J, Felder S, et al. Seeking help for sexual function complaints: what gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertil Steril* 2003;79:572-576.
- (25) Kingsberg S. Just ask! Talking to patients about sexual function. *Sexuality, Reproduction & Menopause* 2004;2(4):199-203.
- (26) Marwick C. Survey says patients expect little physician help on sex. *JAMA* 1999;281:2173-2174
- (27) 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>
- (28) 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_Addressing_the_Sexual_Wellbeing_of_Individuals_with_an_Acquired_Disability_or_Chronic_Illness
- (29) Association of Reproductive Health Professionals. What you need to know. Talking to patients about sexuality and sexual health. Disponible en: <https://www.arhp.org/uploadDocs/sexandsexfactsheet.pdf> Consultado el 14 de febrero de 2018.
- (30) Nusbaum MRH; Hamilton CD. The Proactive Sexual Health History. *American family physician*, 2002; 66(9), pp.1705-12.
- (31) De Tubino M. Sexual Dysfunctions of HIV-Positive Men: Associated Factors, Pathophysiology Issues, and Clinical Management. *Advances in Urology*. Volume 2011, Article ID 854792, 10 pages doi:10.1155/2011/854792.
- (32) Rosen RC; Riley A; Wagner G; Osterloh IH; Kirkpatrick J; Mishra A. The International index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 1997, vol 49. No. 6, pp. 822-830
- (33) Rosen R; et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2000;26(2):191-208
- (34) Hofbauer LC; Heufelder AE. Endocrine implications of immunodeficiency virus infection. *Medicine*, vol 75, no. 5, pp. 262-278, 1996.
- (35) Crum NF; Furtek KJ, Olson PE; Amling CL; Wallace MR, A review of hypogonadism and erectile dysfunction among HIV-infected men during the pre- and post-HAART eras: diagnosis, pathogenesis, and management. *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 19, no. 10, pp. 655–671, 2005.

- (36) Collazos J. Sexual dysfunction in the highly active antiretroviral therapy era. *AIDS Reviews*, 2007; vol. 9, no. 4, pp. 237–245.
- (37) 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.
- (38) Muirhead GJ, Wulff MB; Fielidng A; Kleinerms D; Buss N. Pharmacokinetic interactions between sildenafil and saquinavir/ritonavir. *Br J Clin Pharmacol*, 2000;50, 99-107.
- (39) Andreu A; Bonafont X. Interaccions entre antiretrovirals i altres medicaments. *Bulleti d'Informació Terapèutica*. Vol. 18, núm 7. 2006.
- (40) Dwyer JM, Penny R, Gatenby PA, et al. Susceptibility of postmenopausal women to infection with HIV during vaginal intercourse. *Med J Aust* 1990;153:299.
- (41) 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%2012.1.pdf. Consultado el 25 de mayo de 2015.
- (42) Schrader S, et al. . Improvement in sexual functioning and satisfaction in nonresponders to testosterone gel: clinical effectiveness in hypogonadal, HIV-positive males. *Clin Cornerstone*. 2005;7 Suppl 4:S26-31. [https://doi.org/10.1016/S1098-3597\(05\)80095-X](https://doi.org/10.1016/S1098-3597(05)80095-X)
- (43) 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.
- (44) Richardson D. et al. Letrozole versus testosterone. A single-center pilot study of HIV-infected men who have sex with men on highly active anti-retroviral therapy (HAART) with hypoactive sexual desire disorder and raised estradiol levels. *Journal of Sexual Medicine*, 2007,vol. 4, no. 2, pp. 502–508, 2007.
- (45) GNP+, UNAIDS. 2011. *Salud, Dignidad y Prevención Positivas: Un marco de políticas*. Ámsterdam, 2011. Disponible en: http://www.gnpplus.net/assets/wbb_file_updown/2090/PHDP_Policy_Framework_SP.pdf. Consultado el 20 de mayo de 2015.
- (46) CDC – US Public Health Service PrEP for the prevention of HIV infection on the US – A Clinical Practice Guideline. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/PrEPguidelines2014.pdf>. Consultado el 14 de febrero de 2018
- (47) Cohen M. Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. *New Engl J Med* 2011(365), pp.493- 505, 2011
- (48) Cook RL ; et al. Erectile dysfunction drug receipt, risky sexual behavior and sexually transmitted diseases in HIV-infected and HIV-uninfected men. *Journal of general internal medicine*, 2010;25(2), pp.115-21
- (49) Espinoza R. *Out & Visible. The experiences and attitudes of lesbian, gay, bisexual and transgender older adults, ages 45-75*. SAGE. 2014. New York.