



CASOS PRÁCTICOS



WILMAR

WILMAR



- Wilmar tiene 26 años, es de nacionalidad dominicana y reside en España desde 2015.
- Se instaló en tu ciudad hace unos meses, donde le diagnosticaron infección por el VIH.
- En vuestra primera entrevista has notado cierta incomodidad a la hora de hablar de su trabajo y te confía que le cuesta llegar a fin de mes.
- Al final de vuestra primera cita, Wilmar te aclara que su nombre es Jessie, y que lleva unos meses hormonándose por su cuenta para feminizar su cuerpo.



TRABAJO EN GRUPO

- *¿De qué forma sería adecuado dirigirte a Wilmar en la próxima visita?*
- *¿Qué temas sería apropiado explorar para poder prestarle un mejor apoyo?*
- *¿Cómo abordar el tratamiento hormonal en su proceso de tránsito?*

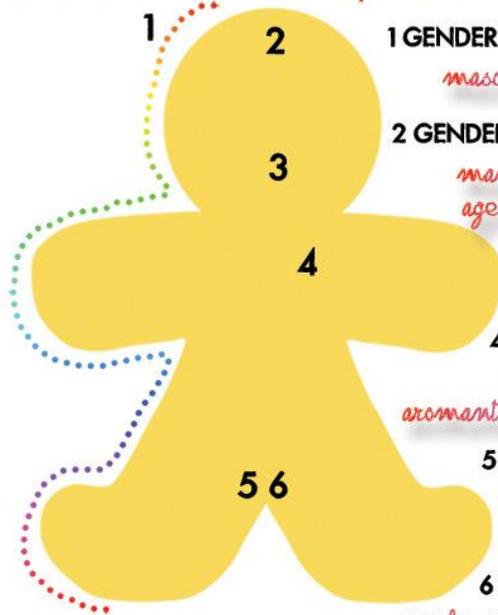


ORIENTACIONES



GENDER BREAD PERSON (and identity)

Please note: This diagram does not list all identities, labels, or orientations that may correspond to each category. For a complete list of identities in each category, or for definitions, contact us and we might be able to help you!



1 GENDER EXPRESSION: how a person chooses to express their gender through their appearance

masculine / feminine / androgynous / neutral

2 GENDER IDENTITY: how a person identifies in terms of their gender

man / woman / genderqueer / bigender / pangender / agender / polygender / genderfluid / queer / two-spirit

3 PREFERRED PRONOUNS: how a person prefers to be referred to

he-him-his / she-her-hers / they-them-their / ze-hir-hirs / ey-em-eir

4 ROMANTIC ORIENTATION: how a person identifies in reference to their

*heteroromantic / homoromantic / biromantic / romantic/emotional relationships
aromantic / panromantic / polyromantic / demioromantic / queer / questioning*

5 SEXUAL ORIENTATION: how a person identifies in reference to their

*heterosexual / homosexual / bisexual / asexual / sexual/physical relationships
pansexual / polysexual / demisexual / queer / questioning*

6 SEX: how a person is assigned in reference to their production of gametes

male assigned / female assigned / intersex assigned

For more information, contact us at itgetsbetteryk@hotmail.com.

<http://www.itgetsbetteryk.tumblr.com>

<http://www.facebook.com/itgetsbetteryk>

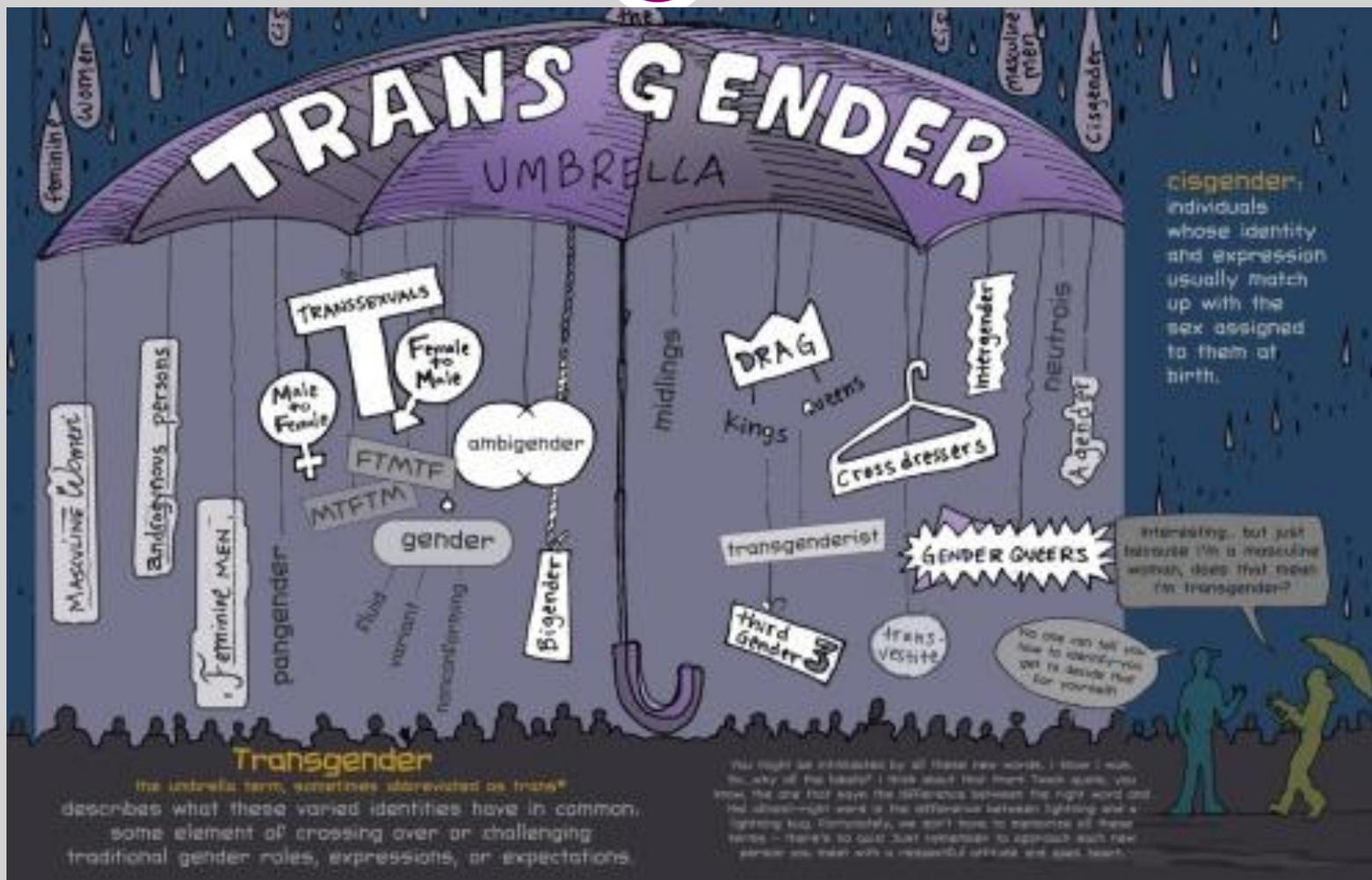


Identidad y expresión de género



- **Sistema sexo – género:** organización de la reproducción, sexualidad y del trabajo: cisheterosexismo.
- **Identidad de género:** manera en que cada persona siente su género, que puede corresponder (persona cis) al sexo que se le asignó al nacer (**sexo de asignación**) y con sus marcadores de género en sus documentos legales e identificativos, o no corresponder (persona trans: transexuales, transgénero, genderqueer, etc.).
- Personas de género no binario: no se sienten identificadas con las clasificaciones cerradas de hombre o mujer
- **Expresión de género:** manera en la que una persona manifiesta su identidad de género a través de su vestuario, peinado, maquillaje, movimientos, comportamientos, etc. y cómo es percibida su identidad por el resto de personas (**másculina, femenina, andrógina**).
- Lo más frecuente es que la expresión de género sea acorde a la identidad de género (**expresión de género normativa**). Pero cuando no lo es nos encontramos frente a personas que no son necesariamente trans, sino que expresan el género de forma distinta a lo que socialmente se espera (**expresión de género no normativa**).

El paraguas trans



A tener en cuenta...

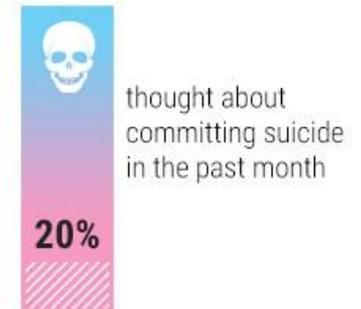
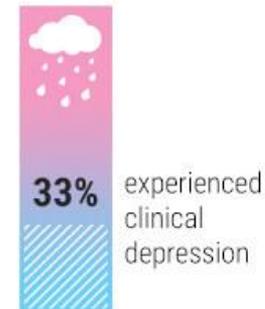
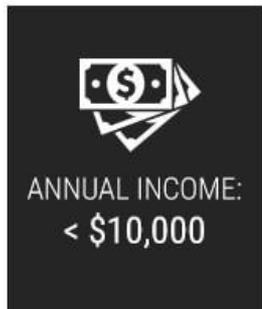


- Usar el pronombre adecuado (él / ella / elle). Si no lo tienes claro, ¡pregunta!: *¿cómo te gustaría que me dirigiera a ti? ¿con qué nombre quieres que me dirija a ti?*
- Usa el nombre de elección, nunca el nombre anterior.
- Pide disculpas si te equivocas con el género: ¡equivocarse es humano!
- No valores su expresión de género: no refuerces el "passing privilege"
- Pregunta por el proceso de tránsito sólo si es pertinente para tu labor: por ejemplo valorar interacciones, etc.
- No es adecuado preguntar a una persona trans por sus genitales si no tiene relación con la atención.



- 2010: 33,3% vive con menos de 600 € mensuales y el 15% ingresos por debajo de los 300 €. El nivel de desempleo alcanzaba el 35,3% y casi la mitad (48,2%) había ejercido alguna vez la prostitución (Domínguez, 2010).
- Efectos de la transfobia en la salud física y mental:

transgender women in the JAMA Pediatrics study



Situación de las personas trans

Soy una mujer transexual Enfrento estos problemas



Personas trans con el VIH



- Aunque es importante que tanto el o la especialista en endocrinología como el especialista de VIH estén informados/as, **tener VIH no es un motivo para no recibir tratamiento hormonal.**
- Las personas trans con VIH que no están en tratamiento antirretroviral deberían recibir los mismos estándares de terapia hormonal que el resto de personas trans.
- **Poca información sobre interacciones** entre hormonas y tratamiento antirretroviral vienen propiamente de estudios con mujeres en tratamiento con anticonceptivos orales.

Personas trans con el VIH



- La mayoría de los FAR pueden usarse de manera segura en combinación con el estrógeno salvo *Amprenavir* (Agenerase©) y *fosamprenavir* (Telzir©), ya que el tratamiento hormonal puede reducir la concentración del fármaco antirretroviral en el organismo.
- Los no análogos de nucleósico e IP afectan niveles hormonales por lo que será necesario un seguimiento endocrino regular, ya que ambos utilizan la misma vía hepática de metabolización y puede provocar desajustes.
- **Si la persona trans está ya recibiendo tratamiento antirretroviral, pero no ha empezado un tratamiento de tránsito, se debería elegir el tratamiento hormonal más adecuado.**

Personas trans con el VIH



- Es muy importante trabajar **la adherencia a las dosis hormonales prescritas** para mantener los efectos de tránsito deseados, y **al tratamiento antirretroviral para evitar niveles hormonales muy elevados** que pueden tener lugar por la interrupción del tratamiento y que podrían tener consecuencias nefastas, como trombosis, embolia pulmonar o ictus.
- **Animar al cambio a estilos de vida más saludables:** el tabaquismo y la obesidad son factores que incrementan los riesgos asociados al tratamiento hormonal. Por ello es una oportunidad para buscar recursos para la deshabituación tabáquica o para realizar actividad física.
- En <http://www.estilosdevidasaludable.msssi.gob.es> puedes encontrar información, recursos y recomendaciones muy sencillas que te ayudarán a planificar estos cambios con tus usuarias trans.



SARA



- Sara tiene 25 años, y hace un mes le diagnosticaron infección por el VIH y es la primera vez que acude al programa de pares.
- Desde que le comunicaron el diagnóstico no puede dormir, no tiene apetito, siente mucha angustia y llora con frecuencia.
- Se siente mal consigo misma, contantemente le vienen sentimientos de culpa y rabia por pensar en los motivos que la han llevado a infectarse.
- No le ha contado a nadie que tiene el VIH y tiene muchos miedos a que la gente se entere.

SARA



TRABAJO EN GRUPO

- *¿Qué objetivo nos plantearíamos en la primera sesión? ¿qué actitud deberíamos tener?*
- *¿Qué información podemos trabajar con Sara?*
- *¿Qué aspectos deberíamos valorar?*
- *Como podríamos identificar y fortalecer sus recursos y potencialidades?*



ORIENTACIONES

Impacto del diagnóstico



Ante la noticia de un **diagnóstico de infección por el VIH**, las personas muestran **diferentes reacciones**, pero casi todas tienen en común algunos sentimientos como **ira, temor, depresión, culpa, etc.**; los cuales no tienen un orden de aparición establecido y pueden ser manifestados **en diferentes momentos y de distintas maneras**. Se pueden presentar **de manera repetitiva, cíclica o aparecer en desorden**.

Algunas personas notan más un sentimiento que otro en un momento dado, otras lo sienten con mayor o menor intensidad y en algunas se presenta una mezcla de varios al mismo tiempo.

Impacto del diagnóstico



A nivel emocional se han identificado diversas reacciones al recibir el diagnóstico y durante los primeros meses de la infección.

- Catastrofismo.
- Auto-reproche y auto-recriminación.
- Confusión.
- Síntomas físicos o psicosomáticos.
- Depresión.
- Enfado o rabia.
- Rebeldía y agresividad.
- Miedo al rechazo.
- Preocupaciones por la imagen corporal.
- Disociación.
- Negación.
- Aceptación.

Primeras sesiones



- El objetivo de las primeras intervenciones con una persona tras recibir el diagnóstico, es ayudar a afrontar la situación proporcionando **apoyo y sostén emocional**, facilitando **información y asesoramiento sobre el VIH** y dejando claro que un diagnóstico de **infección por el VIH no supone el final de la vida**.
- Debemos estar abiertos/as al diálogo las veces que sea necesario, **tratando de ayudar a entender el diagnóstico, con respeto y paciencia**.
- Tratar las emociones con mucha comprensión, permitiendo que la persona se **desahogue y exprese sus sentimientos**.
- Gran parte de los síntomas emocionales aislados y muchos de los trastornos leves (adaptativos y/o depresiones leves), se resuelven con **contención de la propia persona** y con **apoyo de la familia** o de **servicios informales de la comunidad**.

Proceso de adaptación



- Como educadores/as podremos **ayudar a las personas a integrar su diagnóstico, procesarlo y seguir hacia adelante.**
- Para favorecer la adaptación a la enfermedad, el primer paso es adaptarse a la nueva situación, **aprender a vivir con la infección y fijarse nuevas metas.**
 - ¿Qué necesidades tiene en este momento?
 - ¿Qué está sintiendo?, ¿qué le gustaría hacer?
 - ¿Qué pasos puede dar para lograrlo?
 - ¿Qué dificultades se puede encontrar?
- Desarrollar **habilidades para poder manejar las emociones**, siendo conscientes de sus sentimientos y aprendiendo a reconocer sus emociones.

Proceso de adaptación



- Para el **proceso de adaptación** es importante saber si la persona cuenta con una **red afectiva y de contención**, saber si desea contarle, a quién y por qué o para qué. Los vínculos permiten obtener apoyo, sobre todo en los primeros momentos donde está presente la sensación de “se viene el mundo abajo”.
- Podemos ayudar a la persona a **integrar la infección como una experiencia más**. Se trata de ubicar el VIH en algún lugar que le permita al sujeto aceptarlo y aprender a vivir con él, del mismo modo que se aprende a vivir con otras muchas situaciones que suceden en la vida.
- Favorecer la **percepción de control de la enfermedad** y explorar afrontamientos y recursos personales que fueron válidos en otras ocasiones y que le pueden ayudar a lograr una mejor adaptación a la enfermedad.

Comunicar el diagnóstico



- Como educadores/as debemos abordar este tema, siempre dejando claro que **no tienen por qué compartir esta información**, ya que se trata de una **decisión personal**.
- Si deciden comunicarlo, a veces resulta difícil saber a quién y cómo decírselo. Podemos ayudar a identificar a aquellas personas del entorno con quienes se desea compartirlo, y hablar sobre las necesidades y razones personales para hacerlo. Analizar por qué quiere comunicárselo a esa persona y qué se espera de ella. Prever cuál puede ser su reacción y qué es lo mejor y lo peor a lo que se puede enfrentar de esta persona.

Derivaciones



- Aunque el **papel del/la educador/a de pares no es el de un/a profesional de la psicología o de la psiquiatría**, es importante valorar si el diagnóstico les preocupa dentro de los niveles esperados para atender una enfermedad, o si le asusta y/o desborda emocionalmente.
- Si identificamos la presencia de reacciones emocionales negativas graves (ansiedad, tristeza, apatía, repentinos cambios de humor, hostilidad, pérdida de interés por lo que le gusta, aparición de pensamientos, ideas o actitudes suicidas...) debemos hablarlo con la persona y **aconsejarle acudir al servicio de Salud Mental** para poder realizar una evaluación e intervención especializada. Debemos estar especialmente atentos/as.

Manejo de las emociones



Los **afectos positivos** están asociados a respuestas biológicas, es decir, un estado afectivo caracterizado por sensaciones de entusiasmo y alerta está relacionado con un **fortalecimiento del sistema inmune** que hará que existan menos posibilidades de desarrollar enfermedades.

Los **afectos positivos** potencian **conductas y estilos de vida saludables** como la tendencia al auto cuidado de la salud, los buenos hábitos alimentarios, la actividad física y una mayor actividad social y de ocio.

Las **emociones y las actitudes positivas** están relacionadas con el desarrollo de una **buena red social y vínculos interpersonales más fuertes**. Este efecto social del afecto positivo es interactivo es decir, influye en el grupo ya que el **apoyo social mutuo favorece la mejor salud de todos los miembros**.

Es importante promocionar las emociones positivas y trabajar en **el entrenamiento del manejo de las emociones** para conseguir una mejora general de la salud.

Manejo de las emociones



La **Psicología Positiva** incide en la necesidad centrarse en las **fortalezas y competencias, y no tanto en los déficits.**

Fortaleza *“una capacidad preexistente de comportarse, pensar y sentir que es auténtica y energizante para la persona, y permite un funcionamiento, desarrollo y rendimiento óptimos”* (Linley, A. 2008).

Las personas que utilizan sus fortalezas a con frecuencia:

- **Son más comprometidas.** (Harter, Schmidt & Hayes, 2002)
- Tienen un **mejor desempeño** en su trabajo. (Smedley, 2007; Stephanyszyn, 2007; Woolston & Linley, 2008).
- Refieren sentirse **más felices y satisfechas**, y se sienten con más energía. (Govindji & Linley, 2007)
- **Consiguen sus objetivos de forma más efectiva.** (Linley, 2008)

Manejo de las emociones



Fortalezas equilibradas

Legado	Carisma	Curiosidad	Universalismo
Honestidad	Cooperación	Aceptación	Valentía
Innovación	Positividad	Calidad	Equidad
Crecimiento	Manejo emocional	Directividad	Persistencia
Humor	Organización	Conocimiento emocional	Apreciación de la Belleza
Armonía	Perdón	Compromiso	Análisis
Gratitud	Vitalidad		

Manejo de las emociones



- Existen ejercicios sencillos para **incrementar su bienestar** y potenciar las fortalezas y aspectos positivos (*Marco de la Psicología Positiva*).
- PSICOTERAPIA POSITIVA. *Guía de ejercicios basados en la Psicología Positiva*. Colegio de Psicólogos de Madrid.





SEBASTIÁN



- Sebastián, de 66 años, está diagnosticado de infección por el VIH desde 2012. Le has visto varias veces en la consulta de pares.
- Indetectable desde hace años, su estado de salud es bueno, aunque su colesterol es alto por lo que su médico de primaria le recomienda cuidar la alimentación y algo de actividad física.
- En la academia de baile a la que se ha apuntado ha conocido a una mujer por la que se siente atraído. Ya han salido a bailar alguna vez con gente de la academia pero en dos semanas tienen una cita, los dos solos para cenar, bailar, y lo que surja...

SEBASTIÁN



- Aunque esta mujer le gusta mucho, a Sebastián le preocupa bastante tener problemas con la erección (le avergüenza mucho hablarte de esto) y el momento de contarle que tiene VIH.
- Antes de que le diagnosticaran la infección tuvo varias parejas, pero desde entonces no ha vuelto a estar con nadie.



TRABAJO EN GRUPO

- *¿Qué preguntas serían las adecuadas para abordar las dos preocupaciones que te plantea Sebastián?*
- *¿Qué temas sería apropiado explorar para poder prestarle un mejor apoyo en relación a la disfunción eréctil?*
- *¿Qué podemos decirle para ayudarlo en relación a la revelación de su estado serológico?*



ORIENTACIONES





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

¿Qué paradigma de sexualidad y salud sexual?



- Sexualidad ≠ genitalidad, ni penetración.
- La valoración única de la cantidad de coitos y orgasmos es propia de la sexualidad inmadura.
- Entender la sexualidad del anciano teniendo como paradigma la sexualidad del joven es **construir una verdad científica de un prejuicio social.**

Leyva-Moral JM. La expresión sexual de los ancianos. Una sobredosis de falsos mitos. Index Enferm vol 17. nº2 abr./jun. 2008
Nieto, JA. La sexualidad de las personas mayores en España. Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid. 1995.

Sexualidad y mayores



- Una adecuada atención a la salud sexual puede hacer decrecer la morbilidad y mortalidad y mejorar el bienestar y la longevidad.
- Al envejecer se reduce el nivel de actividad sexual y una de las principales preocupaciones de las personas de edad avanzada es tener una mala función sexual.
- Según algunos estudios, la cronicidad hace reducir también en general la actividad sexual entre las personas con el VIH, asociándose a un menor nivel de bienestar psicológico y satisfacción con la situación de pareja o estado civil.

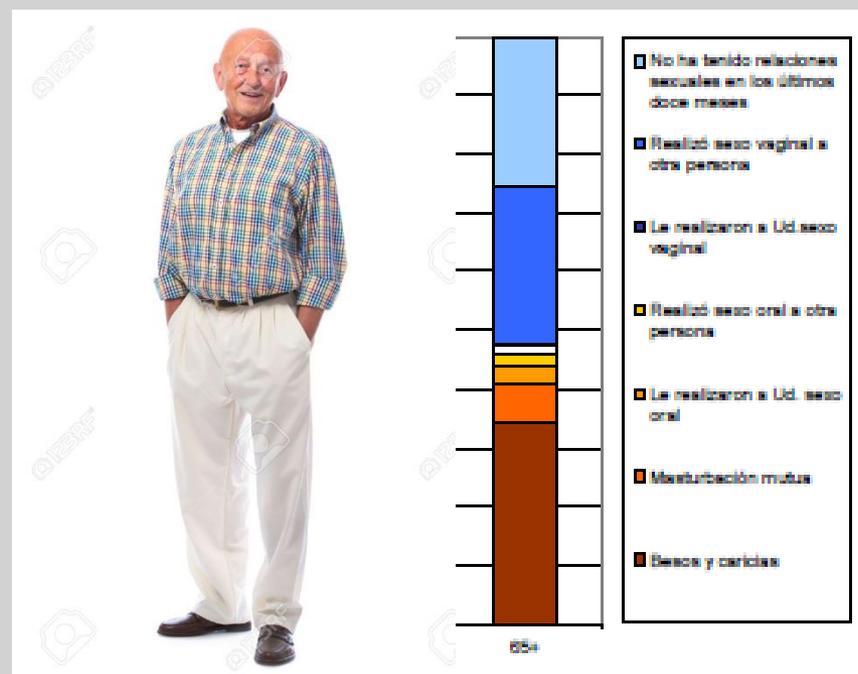
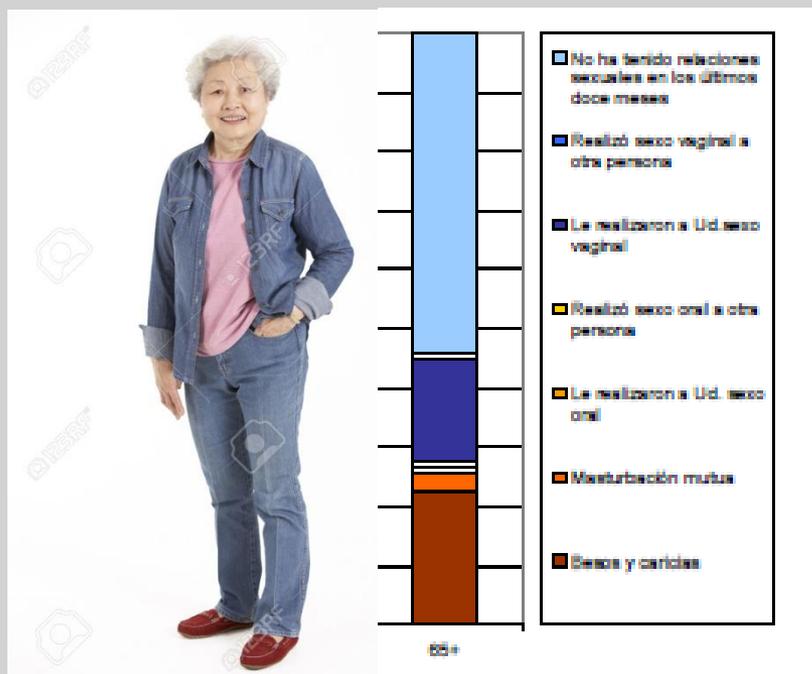
Motivos para no tener relaciones



ENSSR, 2009: Motivos para no haber tenido relaciones

mujeres: viudedad: **50,3%**. Falta de deseo: **9,3%**

hombres: Falta de deseo: **21,8%**



El contexto afectivo



- Contexto afectivo y sexual de las personas mayores con VIH (Banems, 2016).
- hombres heterosexuales 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.
- 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, pero raramente con actividad sexual.
- 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 tener en cuenta...

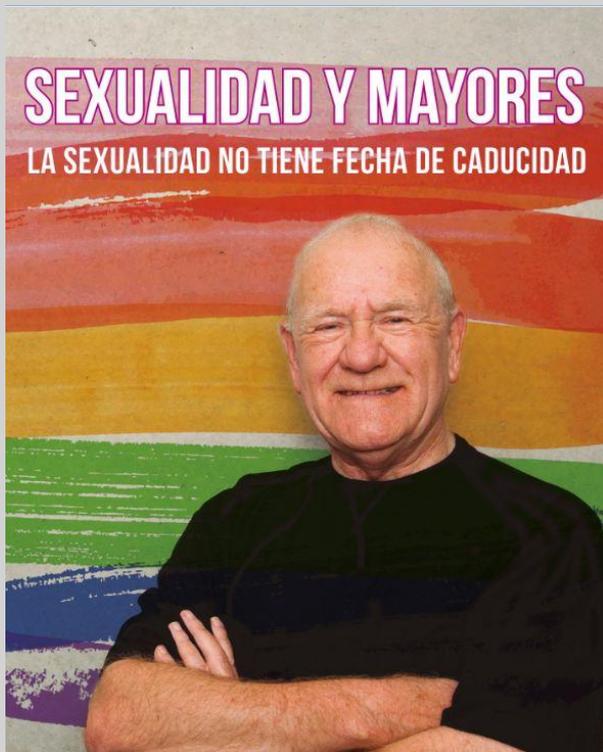


- Hablar sobre sexualidad es más que hablar de prácticas sexuales y de prevención, es hablar de la necesidad de afectos, de comunicación, de deseo, de cómo nos sentimos...
- La sexualidad de los mayores no es como la de los jóvenes y no debemos entenderla bajo el mismo paradigma: la intimidad significa cosas diferentes y también las prácticas deseadas.
- Comenzar con una pregunta general: *“Algunas personas comentan que tienen dificultades relacionadas con la sexualidad tras el diagnóstico ¿a ti te preocupa este asunto?”*
- 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?”*

A tener en cuenta



- Liberarse de prejuicios y mantener una mente abierta y una actitud de aceptación, tomando conciencia de nuestros sentimientos sobre la sexualidad
- ¡Atención a los límites marcados por el paciente (lenguaje verbal y no verbal)!
- No asumir que los pacientes necesariamente,
 - a) no tengan actividad sexual
 - b) no tengan interés sexual o
 - c) sean todos heterosexuales y cissexuales (al menos 4% no lo son)
- Tener disponibles materiales informativos en la consulta puede facilitar una conversación.



YOU NEVER OUTGROW A CONDOM

For people 55 and over, happy days are here again. They're partying a lot more than they used to. Just keep in mind that good sex is safe sex. And nothing protects like a condom. So if you can get it up, get it on. Learn more at: www.upinyears.com

Abordaje de la disfunción



1. Exploración de la etiología: ¿orgánica o psicogénica?

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

Abordaje de la disfunción



2. Farmacoterapia

- TAR: valorar cambio a otros con menos efecto: nevirapina, atazanavir.
- FDE-5 para disfunción eréctil, con precaución ya que hay interacciones con TAR. OJO: desaconsejar poppers a personas que usan FDE-5.
- Geles vaginales y productos de uso tópico de estradiol para la irritación y sequedad secundaria a vaginitis atrófica en mujeres postmenopáusicas.
- Terapias de reemplazo con testosterona (no probada seguridad y eficacia en mujeres; en hombres sólo en caso de hipogonadismo).

Abordaje de la disfunción



3. Terapia psicológica

- Valorar el empleo de terapia de apoyo, 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.
- El estigma puede afectar a las personas de edad avanzada y mayores con el VIH, 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 para buscar apoyo y revelar el estado serológico a otras personas.



4. Educación preventiva

- En los estudios sobre comportamiento sexual de riesgo entre las personas mayores con el VIH, las prácticas de riesgo se relacionan con un menor conocimiento sobre el VIH y el sida, y con consumo reciente de drogas.
- 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.
- Los hombres pueden no usarlos por problemas para mantener la erección.
- Las mujeres pueden no usarlos por la irritación y sequedad vaginal.



BELÉN



- Belén tiene 37 años y está diagnosticada de infección por el VIH desde 2004. Su estado de salud es bueno y está indetectable.
- A Belén le preocupa mucho la posibilidad de transmitir el VIH a sus parejas sexuales y a otras personas con las que convive y le gusta controlar hasta el último detalle. Cualquier protección le parece poca. Sobre todo con su pareja actual que le hace sentir que tiene mucha suerte de haber encontrado alguien que acepte su enfermedad.
- En vuestra segunda cita te plantea que está pensando en quedarse embarazada, pero tiene muchas dudas sobre sus posibilidades, ya le han diagnosticado endometriosis, además le preocupa la transmisión del VIH en el embarazo.

BELÉN



TRABAJO EN GRUPO

- *¿Qué opciones podemos plantearle para reducir el riesgo de transmisión del VIH a su pareja mientras intenta quedarse embarazada? ¿Qué información necesitaríamos saber para orientarla?*
- *¿Qué información respecto a la transmisión vertical del VIH podemos trabajar con Belén?*
- *¿Hay algún otro tema con el que te parezca que puedes ayudar a Belén?*



ORIENTACIONES

VIH y fertilidad



- La infección por el VIH puede reducir la fertilidad tanto de la mujer como del hombre, **pero no causa infertilidad completa.**
- Se sabe que el impacto del VIH en las tasas de embarazo es mayor en mujeres que son **sintomáticas**, están en una **etapa avanzada** de la evolución de la enfermedad, o tienen **cargas virales altas.**
- La **coinfección con otras ITS** como la sífilis puede reducir aún más la fertilidad.
- Un estudio de cohortes muestra un **mayor tiempo de infertilidad** en parejas con algún miembro infectado por el VIH que acceden a técnicas de reproducción asistida. Por ello, el proyecto reproductivo no debería ser innecesariamente retrasado en las personas con infección estable por el VIH.

Planificar el embarazo



Planificar el embarazo



- Se recomienda un **control estricto de la infección**; idealmente una vez alcanzada, o manteniendo, una viremia indetectable, para **disminuir al máximo el riesgo de transmisión vertical**.
- Es aconsejable, siempre que sea posible, **cambiar la pauta antirretroviral** a una de las recomendadas durante la gestación.
- En caso de parejas serodiscordantes que planean un embarazo se recomienda una **evaluación específica** por parte de una persona experta para informar de las opciones: **concepción natural** bajo tratamiento antirretroviral, **evaluación previa de la fertilidad** y técnicas de **reproducción asistida** .

Opciones para Belén



- **Reproducción natural:** relaciones sexuales desprotegidas durante los días fértiles de la mujer, en las parejas cuyo miembro infectado en TAR con buen cumplimiento, carga viral indetectable durante más de 6 meses, ausencia de otras infecciones de transmisión sexual y con estudio previo de fertilidad normal.
- **PrEP:** La FDA ha elaborado una guía provisional en la que se expone que la PrEP con tenofovir o tenofovir + emtricitabina puede ser de utilidad en aquellas parejas heterosexuales serodiscordantes que desean concebir (un mes antes de los intentos por concebir y continuar durante un mes después).
- **Autoinseminación con el semen de la pareja:** Esto no plantearía riesgo de infección por el VIH al hombre. Con el uso de una jeringa, la mujer o el hombre pueden insertar el semen en la vagina cuando sea más probable que ella esté en sus días fértiles. El éxito de la inseminación en casa no ha sido estudiado.

Cuando lo anterior falla...



Otras opciones



En caso de infertilidad o después de la aplicación sin éxito de autoinseminaciones durante aproximadamente un año, se orientará hacia la técnica de reproducción asistida más adecuada con las pautas de estimulación que se consideren oportuna:

- inseminación intrauterina,
- fecundación in vitro,
- donación de ovocitos.

A tener en cuenta...



- Como educadores/as podemos informar a las personas con el VIH de sus **derechos y de las distintas opciones reproductivas** que pueden llevarse a cabo
- Las personas con el VIH tienen reconocido legalmente el **derecho a acceder a esas técnicas de reproducción humana asistida** si tienen un diagnóstico de infertilidad o existe una indicación clínica. El acceso a estas técnicas que forman parte de la cartera común de servicios debe realizarse en condiciones de igualdad
- Es importante conocer **cómo está el acceso en la comunidad autónoma** en la que se resida, ya que hay una cartera de prestaciones geográficamente desigual.



- El embarazo no tiene por qué suponer un empeoramiento de su salud en lo que respecta al VIH.
- Explicar la importancia de tomar el tratamiento, por los beneficios que tiene para su propia salud y para reducir prácticamente a cero el riesgo de transmisión del VIH al bebé.
- Hablar de los posibles malestares durante el embarazo y efectos secundarios de los antirretrovirales.
- Insistir en la importancia de no consumir alcohol, tabaco ni otras drogas, ni los medicamentos no prescritos, dieta variada y equilibrada.



- Tiempo para la relajación y el cuidado de la mente. Buscar estar tranquilas, sin olvidarse de realizar **ejercicio moderado y constante**, como caminar, practicar yoga, pilates, natación, etc
- Trasladar los beneficios de asistir a las **clases de preparación al parto** de manera compartida con la pareja
- Recordar que es importante que **cuide su salud**, realice los exámenes médicos oportunos.
- Recomendar alimentar al bebé con **leche artificial** para protegerle frente al VIH. Insistir en que no se es mala madre por no dar el pecho.

Estigma interiorizado



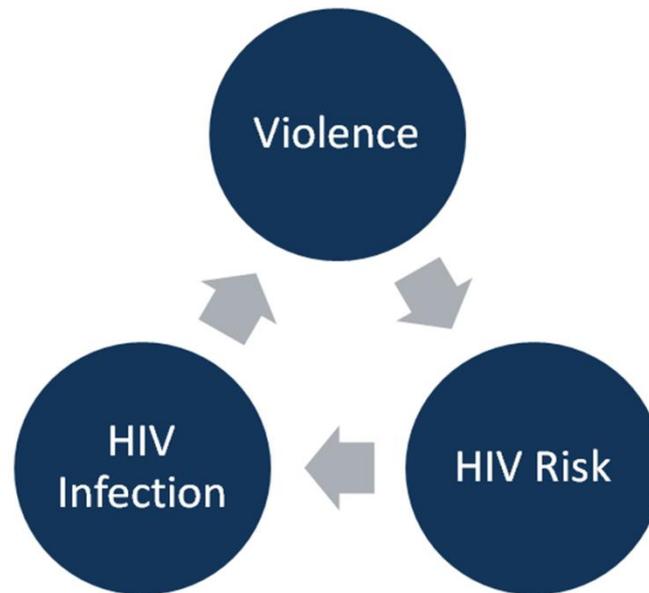
La preocupación excesiva de Belén por transmitir el VIH en situaciones que no hay riesgo (“toda precaución es poca”) puede ser un indicador de interiorización del discurso social negativo acerca del VIH.

El estigma interiorizado puede ocasionar vergüenza o desprecio de sí mismo/a, sentimientos de culpabilidad y de inferioridad, que llevan a situaciones de autoexclusión en múltiples ámbitos de la vida.



Figure 2

Cycle of Violence, HIV Risk, and HIV Infection/Transmission



La violencia de pareja



- Las mujeres con infección por el VIH pueden estar en riesgo de sufrir episodios de violencia, desde insultos a agresiones físicas y sexuales, tras comunicar su estado serológico a sus parejas.
- En un estudio, un 4% de mujeres con el VIH manifestaron haber sufrido violencia como consecuencia directa de la revelación de su estado serológico.
- Factores asociados: historial previo de abusos sexuales, consumo de drogas, nivel socioeconómico bajo, tener menor edad, y estado serológico negativo o desconocido de la pareja.

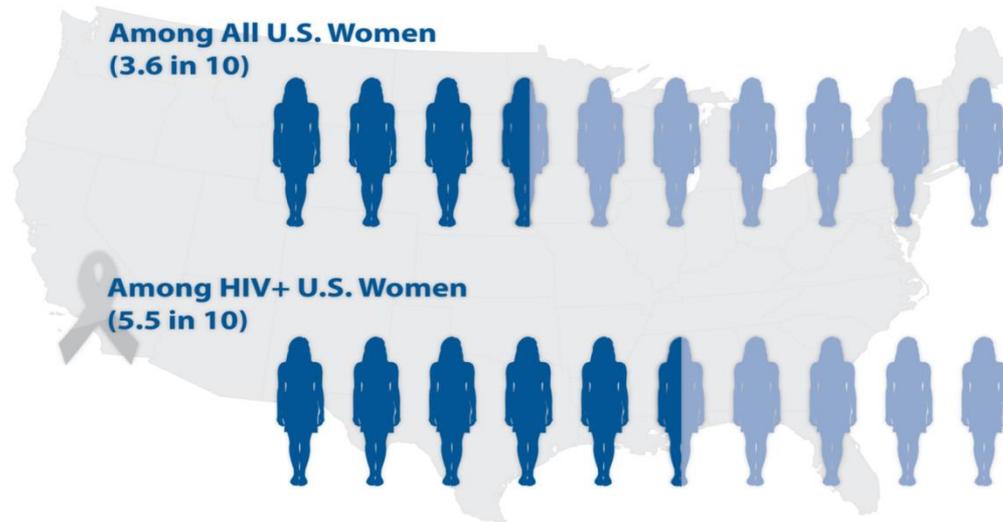
La violencia de pareja



Figure 1

Experience of Intimate Partner Violence and Women, Overall and with HIV

Lifetime Experience of Intimate Partner Violence (IPV)



Source: Matthew J. Breiding, Jieru Chen, and Michele C. Black. National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: Intimate Partner Violence in the United States — 2010. Atlanta, GA, 2014.; Machtiger, E.L., et al. (2012) Psychological Trauma and PTSD in HIV-Positive Women: A Meta-Analysis. *AIDS and Behavior*. 16(8): 2091-2100.

La violencia de pareja



- Cuando existe maltrato, la intensidad y gravedad del maltrato es más severa para las mujeres con el VIH.
- El estigma puede provocar sentimientos de culpa y vergüenza y reforzar una autopercepción negativa y de baja autoeficacia que ya podría estar presente antes del diagnóstico y/o del maltrato.
- Maltrato psicológico que usa el VIH como argumento:
 - ✦ *Amenaza, chantaje, control y aislamiento*
 - ✦ *La incapacitación para la acción “donde vas a ir tú, con sida...”*
 - ✦ *La desvalorización: “sidoso” “mira qué cara” “mira qué piernas”*
 - ✦ *Separación o limitación del contacto con hijos e hijas en común*

La violencia de pareja



- 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 precoz de la VG, en especial si existen equipos interdisciplinarios (como la existencia de educadores/as de pares).
- Ello requiere formación en la detección de violencia, y el establecimiento de protocolos adecuados para establecer los pertinentes planes de seguridad de las mujeres, atención y derivación.



RODRIGO



- Rodrigo tiene 18 años y nació con el VIH. En 2017 cambió otra vez de tratamiento. Su última analítica, de abril, es indetectable.
- Hace unos meses que ha pasado a la consulta de adultos y le ves en el programa de pares por primera vez.
- Aunque sus padres le han informado sobre el VIH, Rodrigo cree que tiene muchas preguntas sin respuesta y no termina de sentirse preparado para tener relaciones sexuales. Le cuesta hablar de esto con sus padres. Siente que le sobreprotegen y que no hablan el mismo idioma.
- De todos modos, ya hace años que empezó a tener relaciones sexuales con chicas, y aunque no se lo ha dicho a sus padres, últimamente con chicos de su edad.



TRABAJO EN GRUPO

- *¿Qué aspectos de la sexualidad de Rodrigo te parece que puede ser interesante abordar con él?*
- *¿Qué mensajes preventivos podemos dar o reforzar?*
- *¿Qué recursos y servicios podemos explorar para trabajar con Rodrigo?*

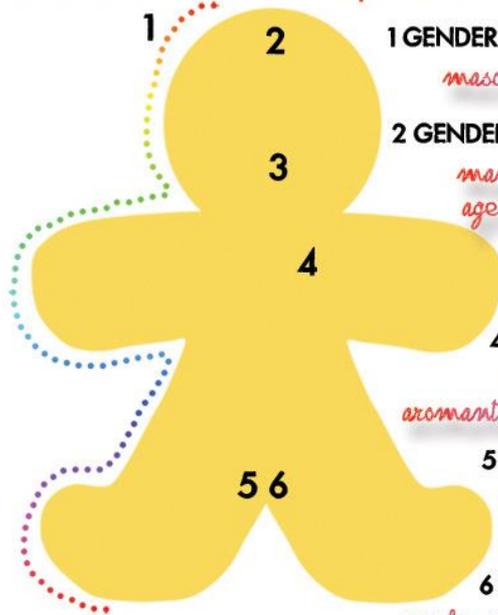


ORIENTACIONES



GENDER BREAD PERSON (and identity)

Please note: This diagram does not list all identities, labels, or orientations that may correspond to each category. For a complete list of identities in each category, or for definitions, contact us and we might be able to help you!



1 GENDER EXPRESSION: how a person chooses to express their gender through their appearance

masculine / feminine / androgynous / neutral

2 GENDER IDENTITY: how a person identifies in terms of their gender

man / woman / genderqueer / bigender / pangender / agender / polygender / genderfluid / queer / two-spirit

3 PREFERRED PRONOUNS: how a person prefers to be referred to

he-him-his / she-her-hers / they-them-their / ze-hir-hirs / ey-em-eir

4 ROMANTIC ORIENTATION: how a person identifies in reference to their

*heteroromantic / homoromantic / biromantic / romantic/emotional relationships
aromantic / panromantic / polyromantic / demioromantic / queer / questioning*

5 SEXUAL ORIENTATION: how a person identifies in reference to their

*heterosexual / homosexual / bisexual / asexual / sexual/physical relationships
pansexual / polysexual / demisexual / queer / questioning*

6 SEX: how a person is assigned in reference to their production of gametes

male assigned / female assigned / intersex assigned

For more information, contact us at itgetsbetteryk@hotmail.com.

<http://www.itgetsbetteryk.tumblr.com>

<http://www.facebook.com/itgetsbetteryk>



Orientación sexual



- La **orientación sexual** se refiere a la capacidad para sentir atracción sexual, afectiva o emocional hacia personas del mismo género (**homosexual**, **lesbiana** si se trata de mujeres, **gay** si se trata de hombres), de género diferente (**heterosexual**) o más de un género (**bisexual**) en su concepción más clásica.
- Es una dimensión independiente de la identidad de género y una persona trans, puede ser, a su vez, homosexual, heterosexual o bisexual.
- En los últimos años, han ido haciéndose visibles otras orientaciones sexuales y realidades que no se sentían representadas en esta concepción tan binaria. Nos referimos a la **asexualidad**, la **grisexualidad**, la **demisexualidad**, la **pansexualidad** o **polisexualidad**

Orientación sexual



ORIENTATIONS

a-	romantic sexual	does not experience ____ attraction towards anyone.
gray-	romantic asexual	rarely experiences ____ attraction towards anyone.
demi-	romantic sexual	experiences ____ attraction towards someone only after developing a very strong bond.
hetero-	romantic sexual	experiences ____ attraction towards gender(s) other than their own.
homo-	romantic sexual	experiences ____ attraction towards the same gender as their own.
bi-	romantic sexual	experiences ____ attraction towards the same gender as well as to other gender(s) than their own.
pan-	romantic sexual	experiences ____ attraction towards all genders / regardless of gender.
poly-	romantic sexual	experiences ____ attraction towards multiple (but not necessarily all) genders.

note: orientations are listed in no particular order.

Diversidad afectiva



- No todas nos relacionamos de la misma manera ni sexualmente ni afectivamente, aunque sí existe un modelo normativo patriarcal: (hombre y una mujer cissexuales, formar un núcleo familiar, descendencia., estables, monógamas...).
- Pero hay parejas que **no comparten un mismo techo**, o que **no tienen descendencia**, o cuyas relaciones que no son exclusivas o monógamas, ya sean **relaciones abiertas o poliamorosas**.
- Se excluyen las **prácticas en las que no se realiza penetración** o las que siendo de penetración **no se dirigen a la reproducción**.
- Otras se categorizan de agresivas o **fetichistas** aunque sean consentidos y deseados por las personas implicadas.
- Algunas son frecuentes en personas LGTBI. Su definición como prácticas no normativas ha servido para categorizarnos como personas con problemas de salud mental .

Diversidad afectiva



CONSECUENCIAS DE LA LGTBFobia

- Un 45% de adolescentes homosexuales han sufrido violencia en la escuela y el 97% escucha habitualmente comentarios homófobos de sus compañeros (FELGTB).
- Las personas LGTB que han sufrido rechazo de sus familiar muestran 8 veces más riesgo de suicidio, 6 veces más riesgo de depresión (Ryan).
- La experiencia de victimización está asociada a síntomas psicósomáticos o físicos, insatisfacción, ansiedad, evitación de la asistencia a clases, depresión, ideas de suicidio y suicidio.
- Un 43% de alumnos LGTB que han sufrido acoso se han planteado el suicidio (2012, FELGTB; COGAM).

Grupos de ayuda mutua y soporte emocional



- Las personas capaces de desarrollar estrategias de afrontamiento activas logran mantener un mejor pronóstico. El apoyo social también suele traducirse en una mejora de la calidad de vida percibida y en una mejor adherencia a los tratamientos.
- Se ha mostrado el impacto favorable de las intervenciones psicosociales y el apoyo entre iguales para el afrontamiento de la infección y el bienestar emocional.
- Los grupos presenciales suelen favorecer la participación de las personas de mayor edad, que residen en grandes núcleos urbanos y/o que son relativamente visibles como personas con VIH.
- Internet puede minimizar estas barreras para personas en situación de mayor aislamiento social y permiten la discusión de temas sensibles de manera más anónima.

Grupos de ayuda mutua y soporte emocional



- Los grupos brindan la posibilidad de intercambiar experiencias, ayudan a sentirse más acompañado/a y descubrir nuevas herramientas que permiten enfrentar mejor los problemas que se presentan.
- Integrar a las personas en espacios donde se ven representadas en sus compañeros/as, a modo de espejo, donde se desarrolla la capacidad de escucha, donde se ensayan ciertas interacciones sociales y se crean nuevos amigos/compañeros, ha demostrado ser muy beneficioso para el bienestar de las personas con el VIH. Los grupos cumplen así una función como puente hacia la inserción en otros grupos.
- En estas reuniones podrá experimentar lo beneficioso que es hablar de la infección y la enfermedad con toda naturalidad. Cuando la persona escucha situaciones similares a la propia, sentirá más comprensión.



Grupos de ayuda mutua y soporte emocional



POSITIVOS
2.0
¡Conecta
con tu VIHDA!

25
FELGTB

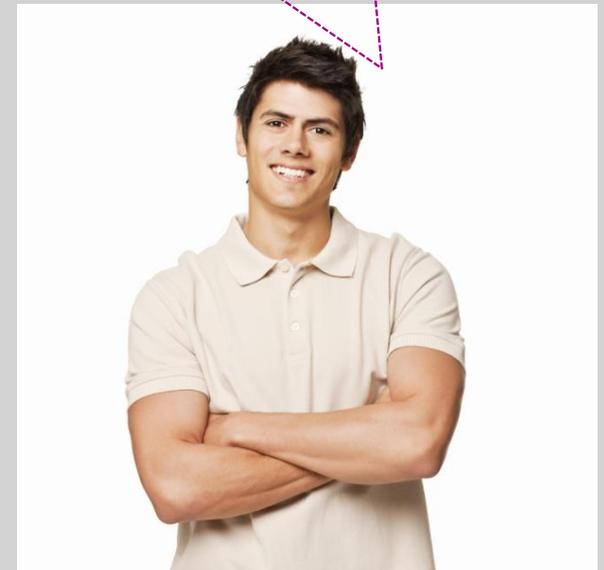
Programa de soporte emocional online
para jóvenes con VIH.
Si tienes menos de 30 años y diagnosticado de VIH
recientemente (entre 0 y 9 meses) ¡conéctate con nosotros!

91 360 46 05
tec.salud@felgtb.org
positivos@felgtb.org



participar en el grupo me ha permitido hablar de aquello de lo que creía que no podía hablar con nadie más y a encontrar el coraje de compartirlo con las personas que me quieren

Al ser un grupo joven me he sentido muchísimo más cómodo, y me he podido sentir identificado con algunos compañeros. Después de cada sesión, la sensación de estar sólo desaparece y te ayuda a afrontar la semana





En positivos 2.0 he encontrado sobre todo mucho apoyo emocional, ayuda en la toma de decisiones y mucha tranquilidad

RESULTADOS: ¿Funciona Positivos 2.0?



- **SMAQ:** 100% adherencia \geq 95% a la finalización.

CUESTIONARIO DE PREDICTORES:

- **Mejora** (variación \geq 0,5) **en 38/53 predictores.**
- Sin cambios (variación \leq 0,5) en 10/53 predictores.
- Empeoramiento (variación \geq 0,5) en 5/53 predictores.
- **Facetas con cambios más notables.**
 - Estigma interiorizado (ítems 36-38)
 - Estrés relacionado con el VIH (ítems 39-41)
- **Facetas con menos cambio o empeoramiento.**
 - Autonomía personal (ítems 20-21)
 - Estigma declarado-percepción de rechazo (ítems 34-35)



Ítems con mejoría > 2 puntos:

- **Actividad sexual:** evitación de las relaciones sexuales por temor a transmitir el VIH.
- **Hábitos saludables:** gusto por la actividad física y ejercicio.
- **Estigma interiorizado:** pensamiento de que encontrar pareja será difícil.
- **Estigma interiorizado:** sensación de ser inferior por tener VIH.
- **Estrés relacionado:** tener VIH me genera un estrés constante.
- **Estrés relacionado:** sensación de angustia por tener VIH.



Ítems con menos cambio o empeoramiento:

- **Autonomía personal:** me siento capaz de tomar mis propias decisiones sobre las cosas importantes de mi vida.
- **Autonomía personal:** hago lo que quiero sin sentirme presionado por mi entorno.
- **Estigma declarado:** en la sociedad existe rechazo hacia las personas con VIH.
- **Estigma declarado:** el rechazo que existe en la sociedad hacia las personas con VIH me preocupa (o me angustia).



Alta satisfacción!

Información inicial facilitada	4,3 / 5
Facilitadora del grupo	5,0 / 5
Contenidos trabajados	4,3 / 5
Metodología utilizada	3,6 / 5
Duración de las sesiones	4,0 / 5
Duración del programa	2,0 / 5
Material de apoyo entregado	4,6 / 5
Valoración general	4,6 / 6