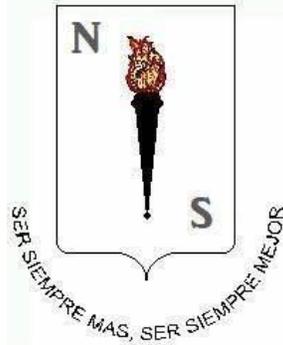


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS:

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON VIH-SIDA, EN LA
PERSPECTIVA DE JEAN WATSON

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
MARISOL GARCÍA REYES

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA MICHOACÁN, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco principalmente a mis padres por estar conmigo en todo momento, apoyándome y ayudándome a lograr cada uno de mis objetivos y a cumplir mis metas, ya que cuando pensaba que no podría lograrlo estuvieron a mi lado siempre animándome para seguir con mi sueño.

A la universidad EENSS por ser base en mi formación y a las autoridades de esta misma, a la L.E Marta Alcaraz y sor Gloria Osornio por contribuir en mi formación académica durante estos 4 años, por ayudarme a aumentar más mi fe en dios y por su gran apoyo.

Gracias a dios por permitirme disfrutar de este largo camino, junto a mi familia, amigos y compañeros. Gracias a mis profesores ya que no ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se ha notado menos. Les agradezco y hago presente mi gran afecto hacia ustedes y mi hermosa familia. Sobre todo y también por su paciencia y ayuda para lograr poder culminar mis estudios.

DEDICATORIA

A Dios Padre tu amor y tu bondad no tienen fin, me permites sonreír ante todos mis logros que son resultado de tu ayuda y cuando caigo y me pones a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta de que los pones frente a mí para que mejore como ser humano y por permitirnos disfrutar de tantos éxitos en nuestras vidas.

Doy gracias a mis Padres por su gran amor y dedicación, Susana y modesto quienes me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a un hijo, amor. A quienes sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme. A quienes nunca poder pagar sus desvelos ni aun con las riquezas más grandes más grandes del mundo. A mis hermanas Daniela y Cassandra que han estado siempre a mi lado ayudándome y apoyándome en todo momento, al final de esta última etapa de mi vida no encuentro la forma de agradecer a mi familia todo lo que han hecho por mí, el logro de hoy alcanzado es también de ustedes. Por lo que ha sido y será Gracias. Con cariño y admiración.

También quiero agradecerme a mí porque estoy feliz de ser la mujer que hoy en día soy. Sin los tropiezos ni caídas no hubiese aprendido nada de esta vida. Cada herida me ha servido, orgullosa de cada cicatriz. Con toda certeza puedo decir que el dolor es el mejor maestro entrenador, porque gracias a él me he convertido en esta mujer, una mujer inteligente, valiente, que no se rinde ante nada y que le gusta lograr sus objetivos con mucha dedicación.

A todos mis grandes amigos por el apoyo y la confianza que me dieron en esta etapa tan importante de mi vida.

A todas aquellas personas que de una u otra manera, contribuyeron y colaboraron para la realización de esta maravillosa meta.

RESUMEN

El VIH es uno de los más graves problemas de salud pública, especialmente en los países de ingresos bajos o medios. En la actualidad el VIH provoca 3.1 millones de muertes anuales. México ocupa el tercer lugar de América y el Caribe en cuanto al número absoluto de casos, después de Estados Unidos y Brasil.

El presente estudio tuvo por objetivo determinar los cuidados de enfermería a pacientes con HIV/SIDA. Para obtener los datos sociodemográficos se incorpora cada parte de los sub indicadores en donde se determina las actividades independientes e interdependientes de las funciones asistenciales, y la educación para la salud en sus funciones docentes. Los resultados evidenciaron que los cuidados de enfermería en la atención con pacientes de VIH/SIDA, tomando en cuenta sus Funciones Asistenciales, la cual identifican las actividades independientes e interdependientes, el profesional de enfermería es inherente al cuidado de los pacientes con VIH/SIDA, por lo consiguiente también refiere la relación enfermera - paciente, es decir que la enfermera mediante la interacción ofrece buena comunicación como sistema de apoyo. En cuanto a las actividades interdependientes que realizan el personal de enfermería refieren que si cumplen con las funciones asistenciales.

Las Funciones Docentes que realizan las enfermeras(o) en cuanto a la educación para la salud según las observaciones demuestra que el personal de enfermería no realiza en muchas oportunidades las orientaciones educativas a los pacientes con VIH/SIDA y a sus familiares, referidas a las medidas preventivas. En la actualidad la enfermera (o) deben estar mejor preparados científicamente para dar cumplimiento a la educación para la salud a estos enfermos.

ABSTRAC

VIH is one of the most serious public health problems, especially in low- and middle-income countries. VIH currently causes 3.1 million deaths annually. Mexico ranks third in the Americas and the Caribbean in terms of the absolute number of cases, after the United States and Brazil.

The objective of the present study was to determine the nursing care for patients with HIV / AIDS. To obtain the sociodemographic data, each part of the sub-indicators is incorporated in which the independent and interdependent activities of the care functions, and health education in its teaching functions, are determined. The results showed that nursing care in caring for HIV / AIDS patients, taking into account their Care Functions, which identify independent and interdependent activities, the nursing professional is inherent to the care of patients with HIV / AIDS, therefore, it also refers to the nurse-patient relationship, that is, the nurse through interaction offers good communication as a support system. Regarding the interdependent activities carried out by the nursing staff, they refer that they fulfill the care functions.

The Teaching Functions performed by nurses in terms of health education, according to the observations, shows that nursing personnel often do not carry out educational orientations to patients with HIV / AIDS and their families, referring to the measures preventive. Currently the nurse (or) must be better scientifically prepared to comply with health education for these patients.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	4
2.1 Vida y obras.....	4
2.2 Influencias	7
2.3 Hipótesis.....	8
2.4 Justificación.....	8
2.5 Planteamiento del problema.....	9
2.6 Objetivos.....	9
2.6.1 General.....	9
2.6.2 Específicos.....	10
2.7 Métodos	10
2.8 Variables	11
2.9 Encuestas y resultado	12
2.10 Graficado.....	15
3. VIH- SIDA.....	22
3.1 ¿Qué es la infección por VIH?	22
3.2 Historia del VIH	23
3.3 Transmisión del VIH	25
3.4 La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida).....	26
3.5 ¿Cuál es la infección oportunista que afecta con más frecuencia a las personas infectadas con el VIH y puede causarles la muerte?	28
3.6 La circuncisión masculina, ¿previene la transmisión del VIH?.....	29
3.7 Fases de la infección por VIH	29
3.8 Personas con mayor riesgo a contraer VIH-SIDA.....	31
4. VULNERABILIDAD.....	32
4.1 Cualquier persona es vulnerable a contraer el VIH.....	32
4.2 Reducir nuevas infecciones por VIH	33
4.3 Mantener los progresos mundiales en la lucha contra el VIH.....	34
4.4 Datos del VIH-SIDA.....	36
4.5 Factores de riesgo.....	38
4.6 Pruebas de detección del VIH, las ITS y asesoramiento al respectó.....	41
4.7 Reducción de daños en los consumidores de drogas inyectables	41
4.8 Solamente se puede contraer o transmitir el VIH a través de determinadas actividades.....	43
4.9 En casos extremadamente raros, el VIH se ha transmitido de las siguientes maneras	44
5. TRANSMICION DEL VIH SIDA.....	46
5.1 Como se transmite el VIH de una persona a otra.....	47

5.2	Se puede contraer el VIH mediante relaciones sexuales anales de hecho, el sexo anal es el tipo de sexo más riesgoso para el contagio o la transmisión del VIH.....	49
5.3	Existe alguna relación entre el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual tener otra enfermedad de transmisión sexual (ETS) puede aumentar el riesgo de contraer o transmitir el VIH.....	50
5.4	Los trabajadores de la salud, están en riesgo de contraer el VIH en su trabajo.....	53
5.5	El riesgo de contraer el VIH es diferente para las diferentes personas.....	55
5.6	Prevención del VIH.....	56
5.7	Usar un lubricante puede ayudar a reducir el riesgo de VIH	58
5.8	Se puede prevenir contraer el VIH al consumir drogas.....	59
6.	ESTIGMATIZACIÓN RELACIONADO AL VIH-SIDA	61
6.1	El VIH/SIDA es estigmatizado.....	61
6.2	Atención del personal de enfermería hacia los pacientes con VIH-SIDA.....	61
6.3	Actitud de estudiantes de enfermería al tratar a pacientes con VIH-SIDA.....	63
6.4	Actitud de estudiantes de enfermería al tratar a pacientes con VIH-SIDA.....	65
6.5	El VIH-SIDA desde su descubrimiento ha ido generado miedo, temor y discriminación.....	66
6.6	Estigmatización e ignorancia, los retos pendientes en el VIH/SIDA.....	68
6.7	Estigma como freno.....	70
6.8	Estigma e ignorancia alimentan discriminación contra personas con VIH/SIDA.....	71
6.9	Discriminación a personas con VIH.....	74
6.9.1	Repercusiones del estigma y la discriminación.....	79
6.9.2	Alcance del estigma y la discriminación.....	81
7.	SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).....	83
7.1	Portadores y enfermos de SIDA.....	84
7.2	Transmisión materno-infantil.....	85
7.3	Salud sexual y reproductiva.....	86
7.4	Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).....	87
7.5	Tratamiento.....	88
7.6	El VIH es una infección que lleva al sida.....	90
7.7	Cuál es la diferencia entre VIH y SIDA.....	91
7.8	Cómo se contagia el VIH.....	92
7.9	Recomendaciones.....	96
8.	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.....	103

8.1 La consulta de enfermería como principal herramienta para mejorar la adherencia en pacientes V.I.H.....	103
8.2 Cuidado humanizado.....	107
8.3 Categoría de sentimientos del paciente	108
8.4 Categoría características de la Enfermera	109
8.5 Categoría apoyo emocional.....	110
8.6 Categoría apoyo físico.....	111
8.7 Categoría cualidades del hacer de da enfermera.....	112
8.8 Categoría pro-actividad.....	113
8.8.1 Categoría priorizar al ser cuidado.....	114
8.8.2 Categoría de la empatía.....	114
8.8.3 Categoría disponibilidad para la atención.....	116
8.9 FISIOPATOLOGÍA.....	117
9. CONCLUSIÓN	120
10. BIBLIOGRAFÍA	124
10.1 Básica	124
10.2 Complementaria.....	128
10.3 Electrónica.....	129
11. GLOSARIO	132

INTRODUCCIÓN

El VIH es uno de los más graves problemas de salud pública, especialmente en los países de ingresos bajos o medios. En la actualidad el VIH provoca 3.1 millones de muertes anuales.

México ocupa el tercer lugar de América y el Caribe en cuanto al número absoluto de casos, después de Estados Unidos y Brasil.

El paciente portador de VIH, es particularmente vulnerable a infecciones; ya que tiene poca defensa contra microorganismos que se encuentran en el aire, suelo y superficie. Es por eso que el personal de enfermería requiere la mejor aplicación de conocimientos sobre la atención y el cuidado que se debe brindar a este grupo de pacientes.

En respuesta la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualmente a promovidas estrategias en las cuales sus objetivos son guiar las medidas prioritarias que deberán adoptar los países en el curso de los próximos años, en donde promueve un enfoque centrado en las personas, basado en los principios de los derechos humanos y la equidad sanitaria. Además, contribuirá a reducir drásticamente el número de nuevas infecciones por VIH y el de muertes relacionadas con este virus, a la vez que permitirá mejorar la salud y el bienestar de las personas infectadas.

El personal de enfermería debe de recordar que la razón principal es la atención, ya que aunque no es posible curar la enfermedad, se puede brindar un ambiente de apoyo, así como de cuidados expertos, alimentación, control, manejo de síntomas y compasión. En el presente trabajo se plantea un instrumento de atención de enfermería respecto a las intervenciones de enfermería en pacientes VIH con la finalidad de que el personal del área de la salud pueda brindar la mejor atención, ya que esta es una enfermedad de alto impacto y es uno de los problemas de salud pública más grandes a nivel mundial.

El manejo de pacientes con VIH es de vital importancia, ya que pueden estar cursando por una etapa de inmunosupresión y están expuestos a una gran variedad de infecciones. Innegablemente cualquier intervención en un paciente tiene un potencial riesgo de infección. Es por eso que el personal de enfermería debe tener el conocimiento sobre los cuidados que se deben de realizar a pacientes, para así prevenir en cuanto sea posibles infecciones agregadas y brindar un cuidado de calidad al paciente.

En el presente trabajo se plantea un instrumento del proceso de atención de enfermería basado en la taxonomía NNN (NANDA, NIC Y NOC) el cual está enfocado en las intervenciones de enfermería en pacientes con VIH-SIDA según Jean Watson, con la finalidad de que el personal del área de la salud pueda brindar la mejor atención, ya que ésta es una enfermedad de alto impacto y es uno de los problemas de salud pública más grandes a nivel mundial.

El VIH es uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medios. Los primeros casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se diagnosticaron en 1981 en Estados Unidos. En pocos meses se diagnosticaron en otros países, incluyendo a México. En los primeros 27 años transcurridos desde entonces, se han infectado con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) más de 65 millones de personas en todo el mundo y han fallecido por esa causa más de 25 millones.

En la actualidad el VIH provoca 3.1 millones de muertes anuales. A mediados de los años ochenta, esta pandemia se identificó como un riesgo para el desarrollo de los países más afectados y un peligro para la seguridad mundial.

En México la incidencia del VIH tuvo un crecimiento inicial relativamente lento, pero después presentó una fase de crecimiento acelerado que alcanzó su máximo en 1999. Entre 2000 y 2003 se mantuvo estable y empezó a descender en 2004. La tasa de mortalidad en adultos de 25 a 44 años inició una fase de descenso a finales de los noventa, que continúa a la fecha.

En las mujeres la mortalidad se incrementó ligeramente entre 1997 y 2004, pero en los hombres se redujo. Los casos acumulados registrados hasta el final de 2006 sumaban poco más de 110 mil y se estima que más de 182 mil adultos son portadores de VIH en México.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es un conjunto de manifestaciones clínicas causadas por una deficiencia del sistema inmunológico, debido al virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que ataca y destruye las células del sistema inmunológico, disminuyendo o anulando las defensas del organismo.

La infección por VIH hace que la persona sea más susceptible a infecciones que normalmente el cuerpo humano puede resistir como la neumonía, la meningitis y cierto tipo de cáncer. Según el Programa de las Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA) 2006, señala que: "Cada minuto, 11 personas contraen en el mundo el VIH, y más del 95% de las personas infectadas viven en los países en vía de desarrollo.

En este trabajo hablaremos sobre el sistema inmune el cual surgió para combatir las infecciones causadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y helminto. Estos patógenos pueden ser responsables de infecciones intracelulares o extracelulares, para las cuales la respuesta inmune debe ser diferente.

Para eliminar un patógeno que haya establecido una infección lo primero que debe de hacer el sistema inmune es reconocerlo como tal y a continuación desarrollar una respuesta adecuada para destruirlo. Para ello cuenta con diversos tejidos células y moléculas y dos tipos de mecanismo que actúan de manera coordinada: unos innatos (fagocitos, infla mocitos, linfocitos NK, complementos), con receptores inespecíficos de reconocimiento del antígeno, que no presentan memoria y que actúan en la primera fase de la infección, y otros adaptativos (linfocitos T y B), inducibles, caracterizados por su especificidad para reconocer los antígenos por selección clonal y por la memoria inmunológica. La respuesta de los leucocitos atraviesan tres fases principales: reconocimiento, activación y función efectora.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Jean Watson vida y obras

Jean Watson es una teórica de la enfermería nacida en los Estados Unidos en 1961. Su Teoría del cuidado humano la ha convertido en una de las figuras más destacadas en ese terreno. La base de su pensamiento es la necesidad de evitar la deshumanización del paciente debida a la gran burocratización de los sistemas de salud.

De acuerdo con las tesis de Watson, el cuidado de los enfermos tiene que practicarse de una manera más interpersonal y debe incidir tanto en el aspecto humano como en el espiritual y transpersonal. Este último es entendido como el hecho de conectar con la parte más profunda del paciente, más allá de la meramente física.

Watson fue una de las fundadoras del Centro para el Cuidado Humano en Colorado, así como de la organización sin ánimo de lucro Instituto de las Ciencias del Cuidado, que lleva su nombre. Igualmente, ha sido nombrada doctora honoris causa por ocho universidades diferentes en todo el mundo.

Margaret Jean Harman Watson vino al mundo el 10 de junio de 1940. Sus primeros años los pasó en su lugar de nacimiento, Welch, una pequeña localidad del estado de Virginia Occidental. Su familia es muy numerosa, ya que son ocho hermanos, lo que le dio un fuerte sentimiento de comunidad.

Realizó sus estudios primarios y secundarios en centros de Virginia Occidental. Cuando los terminó, Watson estudió enfermería en la escuela Lewis Gale, situada en Roanoke.

EDUCACIÓN

Después de graduarse en 1961, Watson se trasladó a Colorado, donde continuó su formación. Así, completó la licenciatura en la universidad de ese estado, y después, en 1966, completó una maestría en Salud Mental y Psiquiatría. Por último, en 1973 también realizó un master en Psicología Educativa y Asistencial.

VIDA PERSONAL

La teórica de la enfermería contrajo matrimonio nada más acabar sus estudios en Lewis Gale, antes de ir a vivir a Colorado. Su marido, Douglas, falleció en 1988, lo que supuso un gran golpe para Watson.

Por su parte, ella sufrió un grave accidente en 1997, a resultas del cual perdió el ojo izquierdo.

Ambas experiencias traumáticas le llevaron a publicar el tercero de sus libros, "Enfermería Posmoderna y más allá".

VIDA PROFESIONAL

Una vez que Watson terminó su doctorado, empezó a trabajar en la Escuela de Enfermería y en la Universidad de Ciencias de la Salud en Denver. Allí, junto con algunos de sus colegas, fundó el Centro para el Cuidado Humano. Este centro fue el primero de ese tipo en todos los Estados Unidos.

A principios de los años 80 decidió pasar un año sabático, que dedicó a completar su formación profesional en varios países, como Nueva Zelanda o Australia.

Ya de regreso siguió con sus labores docentes en la Universidad y se implicó en la creación de un programa de doctorado de Enfermería. Igualmente, ocupó el cargo de decano de la Escuela de Enfermería de la Universidad desde 1983 a 1990.

Después de otro año sabático en 2005, en el que recorrió el Camino de Santiago en España, fundó una institución sin ánimo de lucro: el Instituto de las Ciencias del Cuidado Watson; la finalidad era dar a conocer su teoría en todo el mundo.

Jean Watson es la autora de numerosas publicaciones sobre enfermería destinadas a los estudiantes de esa materia. Su propuesta afirma que el cuidado personal está conectado con la curación de manera intrínseca.

Según sus propias palabras "la ética y la escala de valores de cuidado, curación y salud comprende el contexto profesional y la misión de la enfermera para la sociedad".

TEORÍA

Para Watson, en las últimas décadas la enfermería estaba dejando de lado el aspecto humano que, en su opinión, debía caracterizarla. Es por eso por lo que comienza a elaborar su Teoría del cuidado humano. Ella misma explica la razón cuando escribe lo siguiente:

“Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente por la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, es necesario rescatar el aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”.

Para su desarrollo, ha recibido la influencia de importantes personalidades, tanto de su profesión como de filósofos. Entre estas influencias destacas la de Nightingale, Henderson, Hegel o Kierkegaard.

De esta manera, pone el énfasis de los cuidados que debe recibir el enfermo en factores como la empatía, el afecto y la coherencia.

SUPUESTOS BÁSICOS DE LA TEORÍA DE JEAN WATSON

Watson elaboró una lista de siete supuestos básicos que sostienen su teoría:

- La única manera de que el cuidado sea eficaz es practicarlo de manera interpersonal.
- El cuidado debe dejar satisfechas ciertas necesidades humanas.
- Para que sea eficaz, el cuidado tiene que promover la salud y el crecimiento personal y/o familiar.
- Se debe aceptar a la persona no solo por cómo es en el momento, sino también por cómo puede llegar a ser.
- Hay que crear un entorno de cuidado adecuado.

- Antes que solo curación, el cuidado tiene que integrar el conocimiento de la conducta humana para promover la salud. Se trata de complementar la medicina, ofreciendo cuidados completos a los pacientes.
- La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

2. 2 INFLUENCIAS

- Formación de un sistema humanístico–altruista de valores. Mediante este factor, los cuidados incorporan valores humanísticos. Con estos se promueve el cuidado positivo y se establecen relaciones eficaces entre el profesional de la enfermería y el paciente.
- Inculcación de la fe-esperanza.
- Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás. Los sentimientos deben tomar protagonismo en la relación entre el enfermero y el paciente. Hay que aceptarlos para que aumente la sensibilidad.
- Desarrollo de una relación de ayuda-confianza. La confianza entre el profesional y el paciente es crucial para la correcta aplicación de los cuidados. Por ejemplo, fomenta la empatía y la comunicación.
- Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos. Habitualmente es solo el paciente quien expresa sus sentimientos, pero la enfermera también debe hacerlo. Además, ambos tienen que aceptar que puedan ser negativos.
- Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones. La enfermera no es simplemente la ayudante del médico; también tiene que aportar un enfoque científico en su campo.
- Promoción de la enseñanza–aprendizaje interpersonal. Es el factor que separa la curación de los cuidados. El profesional de la enfermería debe aprender como informar al paciente de manera adecuada y mostrarle cómo cuidarse por sí mismo.

- Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual.
- Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas. Los enfermeros tienen que reconocer que los pacientes tienen necesidades de todo tipo, y deben ayudarles con estas. Además, es necesario que ayuden a que los enfermos entiendan que primero han de cubrir las necesidades menores, para posteriormente enfrentarse a las mayores.
- Permisi3n de fuerzas existenciales –fenomenol3gicas. El resumen de este factor es que la responsabilidad de los enfermeros no se limita a estos diez puntos, sino que debe emprender acciones que ayuden a prevenir los posibles problemas de salud.

2.3 HIP3TESIS

Los pacientes portadores de VIH, principalmente son infectados por la falta de conciencia y conocimientos sobre las formas de contraer esta enfermedad ya que no solo se contagia por medio de relaciones sexuales.

Las hip3tesis son las guías de una investigaci3n o estudio. Las hip3tesis indican lo que tratamos de probar y se definen como explicaciones tentativas del fen3meno investigado. Se derivan de la teorí3 existente y deben formularse a manera de proposiciones. (Gardey., 2008-2020)

2.4 JUSTIFICACI3N

El VIH/SIDA es una patologí3 causada por el retrovirus humano llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana, reconocido por primera vez en Estados Unidos durante el verano de 1981; en 1983 se aisl3 el virus por primera vez, y en 1984 se demostr3 claramente que dicho agente era el causante de tal patologí3.

Una vez planteado el problema cabe mencionar que en cuanto a la soluci3n, los mayormente beneficiados ser3n las personas infectadas, ya que llevada a cabo la investigaci3n se demostrara que, el que una persona sea VIH positiva no es para que la sociedad la rechace, y tan poco tener miedo a acercarse a ellas para llevar a cabo los cuidados correctos que se deben brindar a este tipo de pacientes por parte del personal de enfermerí3.

Lo que se pretende cambiar para poder llevar a cabo correctamente lo anterior mencionado, es que en cuanto al personal de enfermería se debe mostrarles que mientras se tengan las medidas correctas no serán contagiadas.

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH SIDA es una enfermedad causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana que ocasiona la destrucción del Sistema Inmunológico de la persona infectada. Siendo esta una de las enfermedades que ha ocasionado grandes índices de mortalidad, convirtiéndose así en una amenaza mundial para la población en la actualidad.

Desde su primera descripción en 1981, ha aumentado paulatinamente su prevalencia hasta convertirse en una pandemia mundial.

Desde que el VIH-SIDA se dio a conocer, existe gente en la sociedad que cree que es una enfermedad que se transmite solo por medio de las relaciones sexuales, es por ello que ha surgido una problemática en cuanto a que no se cuidan de otras cosas por las cuales también existe la transmisión de esta enfermedad, muchas veces y lo que más comúnmente se observa es que cuando se sabe que una persona tiene esta enfermedad es rechazada por la sociedad, y cuando acude a una institución hospitalaria les da miedo decir que son VIH positivos por miedo al rechazo y es que muchas veces se ha observado que por parte del personal del área de la salud en específico el personal de enfermería no se realizan todos los cuidados de manera correcta por miedo a contagiarse, ya que dentro de esta problemática se ha podido observar que si existe un 98% aproximadamente de infectados por medio de las relaciones sexuales con una pareja infectada, pero el otro 2% es por transmisión perinatal, por vía sanguínea al compartir agujas de personas infectadas, o por productos sanguíneos.

2.6 OBJETIVOS

2.6.1 GENERAL

- Realizar investigaciones básicas para esclarecer los cuidados que se le pueden brindar a un paciente con VIH-SIDA, por parte del personal de enfermería, así como también el poder entender los contextos (social, institucional, económico, cultural y geográfico), los patrones y el impacto de la conducta sexual, la transmisión del virus, las pruebas y el tratamiento en las diferentes poblaciones. Y descubrir los factores que influyen en las decisiones y las conductas que afectan el riesgo de contraer el VIH.

2.6.2 ESPECIFICOS

- Definir cada una de las consecuencias que conlleva el tener VIH-SIDA, así como no recibir las intervenciones necesarias.
- Explicar los diferentes métodos para la prevención del VIH-SIDA, así como todo tipo de cuidados en este tipo de pacientes.

2.7 METODOS

Se realizó en primera instancia la selección del tema fundamentado por la falta de información sobre proceso enfermero en pacientes con VIH, seguido por la delimitación del problema, el cual está enfocado a pacientes portadores de VIH.

La enfermera como actividad educativa debe orientarlos sobre la enfermedad, explicarles lo importante de saber cómo convivir con su enfermedad. En el principio la inexperiencia con la epidemia fue el principal factor de los problemas de apego y calidad de vida de las personas, aunque las herramientas como son información a través de Internet ha aumentado con el tiempo, persiste la desinformación y desconocimiento del HIV/SIDA en amplios sectores. Aprender a superar las barreras para una buena comunicación entre médicos y pacientes, es la actitud que debemos tomar para salir de ese estigma y discriminación a la cual están estos pacientes.

Los **métodos de investigación** son las herramientas que los investigadores utilizan para obtener y analizar los datos. Estas incluyen el muestreo, los cuestionarios, las entrevistas, los estudios de casos, el **método** experimental, los ensayos y grupos de enfoque.

Métodos de investigación cualitativos

Los métodos de investigación cualitativa nos sirven para entender el significado de un fenómeno, donde las **palabras son el dato de interés**. El rigor científico en estos métodos se basa en la credibilidad, la confiabilidad, la transferibilidad y la consistencia general.

Los investigadores tienden a coleccionar datos en el sitio donde los participantes experimentan el problema o la situación bajo estudio. (ZITA, 2020)

2.8 VARIABLES:

- VARIABLE INDEPENDIENTE:
- Nivel de conocimiento sobre VIH/SIDA:

Definición Conceptual: El conocimiento es fundamental para la actitud y/o comportamiento que el adolescente adopte en su vida sexual; es una determinación del sujeto por el objeto, el sujeto se conduce receptivamente frente al objeto, esto no significa pasividad al contrario puede hablarse de una actividad y espontaneidad del sujeto en el conocimiento (Vargas, 2006).

Definición operacional: El nivel de conocimientos se clasificará de la siguiente manera:

- Conocimiento Alto: de 12 - 14 puntos.
- Conocimientos Medio: de 08 - 11 puntos.
- Conocimientos Bajo: de 00 - 07 puntos. 31

B. VARIABLE DEPENDIENTE:

Prácticas Sexuales:

Definición Conceptual: Es la experiencia pasada o actual del adolescente respecto a la práctica sexual, considerando a este como la relación física más íntima que comparten dos personas (Papalia, 2012).

Definición operacional: Las prácticas Sexuales se clasificarán de la siguiente manera:

- Prácticas adecuadas: 14 - 28 Pts.
- Prácticas inadecuadas: 00 - 13 Pts.

2.9 ENCUESTAS Y RESULTADOS

CUESTIONARIO

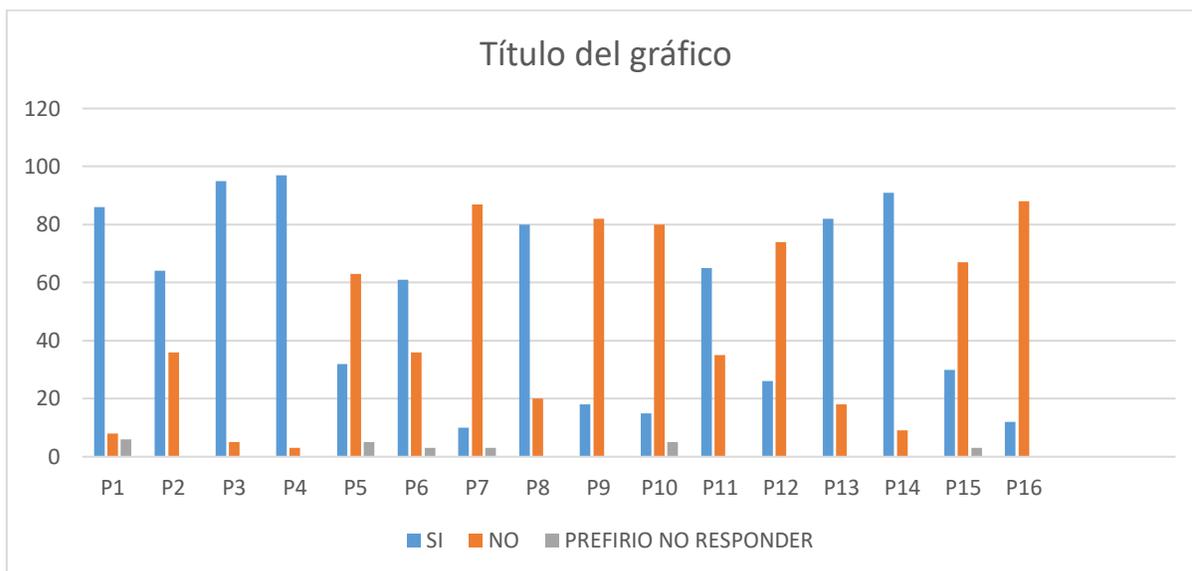
Marque con una x su respuesta

PREGUNTA	SI	NO
¿Sabe Qué es el sida?		
¿Es lo mismo VIH que SIDA?		
¿EL VIH se transmite?		
¿Cree que se pueda prevenir el VIH?		
¿Sabe Cuánto tardan en surgir los síntomas?		
¿Los jóvenes son quien se contagia con mayor facilidad?		
¿Conoce personas que estén infectadas por el VIH?		
¿Existe algún tratamiento para esta enfermedad?		
¿Sabe cuál es el tratamiento?		
¿Todo portador de VIH será un día enfermo de SIDA?		
¿Sabe Cuánto tiempo tarda en aparecer el sida en las personas infectadas con el VIH?		
¿Conoce alguna infección oportunista que afecta con más frecuencia a las personas infectadas con el VIH y que pueda causarles la muerte?		
¿Se puede limitar el riesgo de infectarse por el VIH?		
¿Es eficaz el preservativo para prevenir la infección por el VIH?		
¿Ha escuchado hablar de los medicamentos antirretrovíricos?		
¿Sabe en qué estados se encuentra hoy en día el tratamiento con antirretrovíricos?		
¿Ha escuchado hablar de los fármacos que se utilizan en la actualidad contra el SIDA?		
¿Sabe quién corre más riesgo de contraer el VIH?		
¿Puede una persona vivir con VIH?		

¿Se puede cuantificar el riesgo de contagio del VIH por transfusiones de sangre contaminada?		
¿Se intenta evitar el contagio por esta vía?		
¿Es grande el riesgo de infección en los drogadictos?		
¿Es muy alto el riesgo de infección en los homosexuales?		
¿Conoce qué propuestas existen para reducir la transmisión del VIH asociada a la homosexualidad?		
¿Conoce el riesgo o probabilidad de transmisión por relaciones heterosexuales?		
¿Hay riesgo de contagio en los hijos nacidos de madres seropositivas?		
¿Sabe Qué medidas existen para reducir la transmisión materno-fetal?		
¿Puede decirse que en el problema del SIDA existe un aspecto que podríamos llamar cultural?		
¿Cree que pueda afectar a las libertades individuales la prevención del SIDA?		
La pobreza, el etnocentrismo, la violencia, la religión, las desigualdades sociales, el estigma social ¿Cree usted que son características principales del contexto cultural en relación con el SIDA?		
¿Se combate socialmente el SIDA en la actualidad?		
¿Conoce algún enfoque que pudiera ser correcto en la lucha social contra el SIDA?		
¿Cree que se pueda concretar la prevención social contra el SIDA?		
¿Los docentes tienen alguna responsabilidad en la lucha contra el VIH-SIDA?		
¿Sabe cuáles son los valores educativos que deberían promoverse como primer frente ante la expansión del VIH-SIDA?		
¿Tienen los medios de comunicación una responsabilidad especial en la lucha contra el VIH-SIDA?		
¿Cree que existe algún riesgo en relación con la presencia de niños seropositivos conviviendo con niños sanos en las escuelas?		

¿Sabe cuál debería ser la actitud del Estado frente al VIH-SIDA?		
¿Conoce campañas contra el VIH?		
¿Puede el Estado imponer especiales obligaciones a los afectados por el VIH-SIDA?		
¿Se le debe exigir algún tipo de responsabilidad a una persona que pueda estar infectada por VIH?		
¿Tiene algo de particular el VIH-SIDA para el personal sanitario?		
¿Pueden negarse los profesionales sanitarios a atender a los pacientes con VIH-SIDA?		
En el caso del SIDA, la enfermedad se contrae con frecuencia como consecuencia de actos conscientes y deliberados que implican alto riesgo. ¿Es decisiva esta circunstancia a la hora de atender o negar atención al enfermo?		
¿El personal sanitario debe dar información a la población en general sobre el VIH-SIDA?		
¿Puede el médico proporcionar a otro colega información sobre la infección de su paciente por el VIH?		
¿Sabe qué obligaciones tienen las autoridades sanitarias respecto a los pacientes con SIDA?		
¿Tienen también obligaciones ante los profesionales sanitarios los pacientes de VIH-SIDA?		
¿Plantea el VIH problemas de carácter moral?		
¿Conoce cuál es la forma más común de infectarse de VIH?		

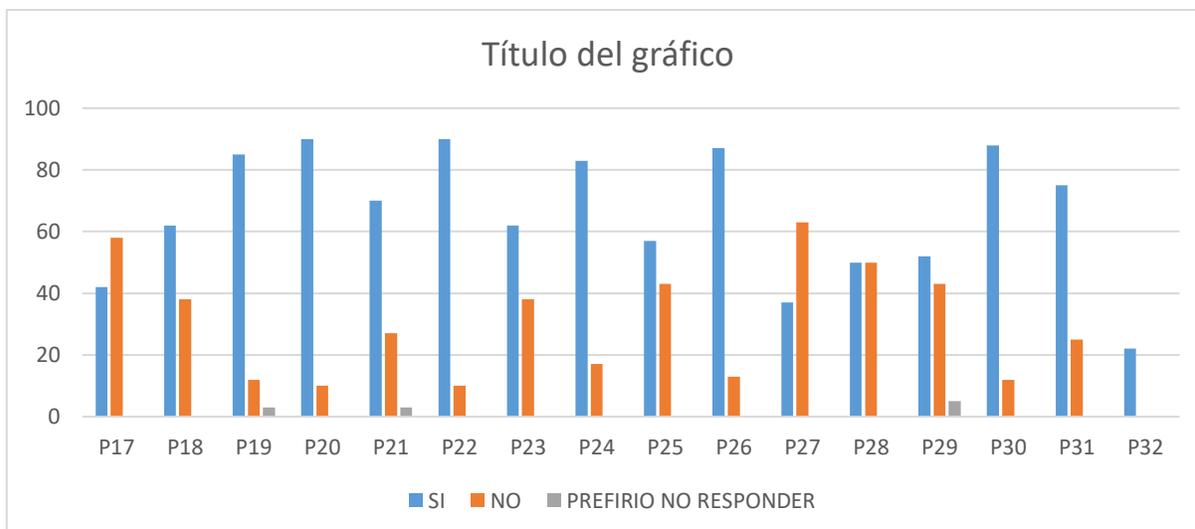
2.10 GRAFICADO



Como pude observar en las tablas de porcentaje de los resultados de las encuestas realizadas:

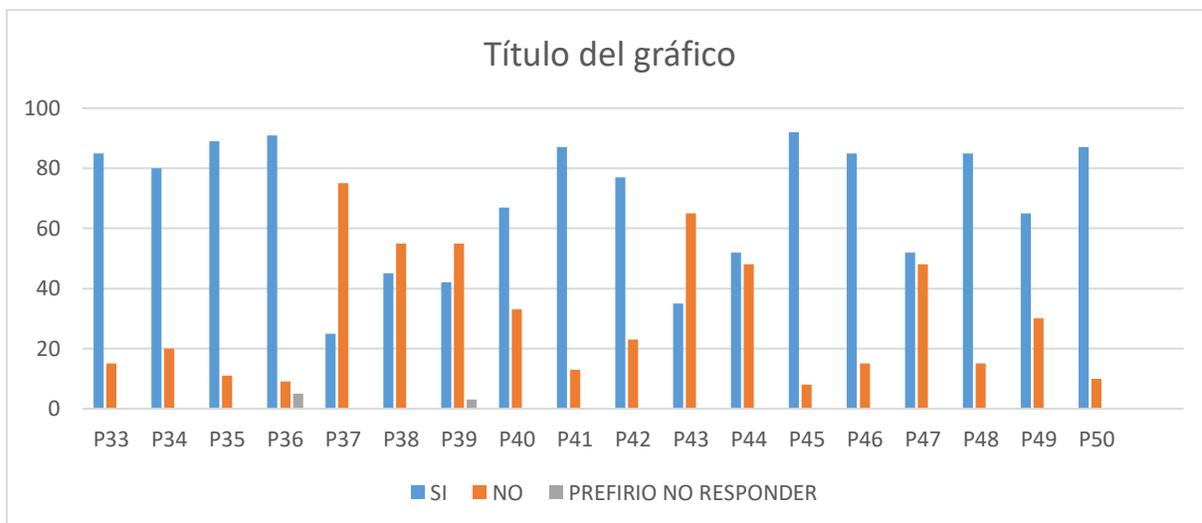
- En la pregunta número 1 se muestra como resultado que el 86% de la población encuestada si sabe lo que es el VIH-SIDA, el 8% no tiene conocimiento y un 6% prefirió no contestar.
- En la pregunta número 2 se muestra que el 64% de la población piensa que el VIH es lo mismo que el SIDA y el 36% piensa que no lo es.
- En la pregunta numero 3 el 95% de la población encuestada respondió que el VIH si se transmite y el 5% respondió que no se transmite.
- En la gráfica numero 4 el 97% de la población cree que VIH si se puede prevenir y el 3% cree que no.
- En la pregunta numero 5 el 32% de la población encuestada sabe cuánto tardan en surgir los síntomas, el 63% no sabe y un 5% prefirió no responder.
- En la pregunta numero 6 el 61% de la población encuestada piensa que los jóvenes si son quienes se contagian con mayor facilidad, el 36% piensa que no, y un 3% prefirió no contestar.
- En la pregunta numero 7 un 10% de la población encuestada conoce personas infectadas por VIH, el 87% no conoce a nadie infectado por VIH y un 3% prefirió no responder.
- En la pregunta numero 8 un 80% de la población sabe que existe tratamiento para esta enfermedad y un 20% no lo sabe.

- En la pregunta numero 9 un 18% si sabe cuál es el tratamiento para esta enfermedad y un 82% no lo sabe.
- En la pregunta numero 10 un 15% de la población cree que todo portador de VIH será un día enfermo de SID, un 80% dice que no y un 5% prefirió no responder.
- En la pregunta número 11 se muestra que un 65% de la población sabe cuánto tiempo tarda en aparecer el sida en las personas infectadas por el VIH y un 35% no lo sabe.
- En la pregunta número 12 un 26% de la población encuestada conoce infecciones que afectan con mayor frecuencia a las personas infectadas con el VIH las cuales pueden causarles la muerte y un 74% no conoce ninguna.
- En la pregunta numero 13 el 82% de la población encuestada respondió que si se puede limitar el riesgo de infecciones por VIH y un 18% respondió que no se puede limitar.
- En la pregunta número 14 se muestra que el 91% de la población encuestada cree que si es eficaz el preservativo para prevenir la infección por VIH y el 9% cree que no.
- En la pregunta número 15 se muestra que el 30% de la población encuestada si ha escuchado hablar sobre los medicamentos antirretrovíricos, un 67% no ha escuchado sobre ello y un 3% prefirió no responder.
- En la pregunta número 16 se muestra que el 12% de la población encuestada si sabe en qué estados se encuentra hoy en día el tratamiento con antirretrovíricos y el 88% dice que no.



- En la pregunta número 17 se muestra que el 42% de la población encuestada si ha escuchado hablar de los fármacos que se utilizan en la actualidad contra el SIDA y un 58% no.
- En la pregunta número 18 se muestra que el 62% de la población encuestada si sabe quién corre más riesgo de contraer el VIH y el 38% lo desconoce.
- En la pregunta número 19 se muestra que el 85% de la población encuestada piensa que si puede una persona vivir con VIH, el 12% opina que no y un 3% prefirió no responder.
- En la pregunta número 20 se muestra que el 90% de la población encuestada respondió que sí se puede cuantificar el riesgo de contagio por VIH en transfusiones de sangre contaminada y un 10% respondió que no.
- En la pregunta número 21 se muestra que el 70% de la población encuestada respondió que si se intenta evitar el contagio mediante transfusión de sangre contaminada, un 27% respondió que no y un 3% prefirió no responder.
- En la pregunta número 22 se muestra que el 90% de la población encuestada cree que si es grande el riesgo de infección en los drogadictos, y un 10% cree que no lo es.
- En la pregunta número 23 el 62% de la población encuestada respondió que sí es alto el riesgo de infección en homosexuales y un 38% respondió que no lo es.

- En la pregunta número 24 se muestra que el 83% de la población encuestada si conoce propuestas que existen para reducir la transmisión del VIH asociado a la homosexualidad, y el 17% no.
- En la pregunta número 25 se muestra que el 57% de la población encuestada si conoce el riesgo o la probabilidad de transmisión por relaciones heterosexuales, y el 43% no.
- En la pregunta número 26 el 87% de la población encuestada respondió que si hay riesgo de contagio en los hijos nacidos de madres seropositivas, y el 13% respondió que no lo hay.
- En la pregunta número 27 se muestra que el 37% de la población encuestada sabe sobre qué medidas existen para reducir la transmisión materno-fetal y un 63% no lo sabe.
- En la pregunta número 28 se muestra que el 50% de la población encuestada respondió que en el problema del SIDA si existe un aspecto cultural y el otro 50% respondió que no.
- En la pregunta número 29 se muestra que el 52% de la población encuestada si cree que la prevención del VIH puede afectar a las libertades individuales, el 43% respondió que no y un 5% prefirió no responder.
- En la pregunta número 30 se muestra que el 88% de la población encuestada cree que La pobreza, el etnocentrismo, la violencia, la religión, las desigualdades sociales, el estigma social si son características del contexto cultural en relacion con el SIDA, y el 12% Cree que no lo son.
- En la pregunta número 31 se muestra que el 75% de la población encuestada respondió que el SIDA si se combate en la actualidad, y el 25% respondió que no.
- En la pregunta número 32 se muestra que el 22% de la población encuestada si conoce algún enfoque que pudiera ser correcto en la lucha social contra el SIDA, y un 78% no conoce ningún enfoque contra esta patología.



- En la pregunta número 33 se muestra que el 85% de la población cree que si se pueda concretar la prevención social contra el SIDA, y el 15% respondió que no.
- En la pregunta número 34 se muestra que el 80% de la población piensa que lo docentes si tienen responsabilidad en la lucha contra el VIH-SIDA, y el 20% respondió que no.
- En la pregunta número 35 el 89% de la población encuestada respondió que sabe sobre los valores educativos que deberían promoverse como primer frente ante la expansión del VIH, y el 11% respondió que no.
- En la pregunta número 36 se muestra que el 91% de la población cree que los medios de comunicación si tienen una responsabilidad especial de la lucha contra el VIH-SIDA, y el 9% cree que no.
- En la pregunta número 37 se muestra que el 25% de la población cree que si existe riesgo en relacion con la presencia de niños seropositivos conviviendo con niños sanos en las escuelas y el 75% no cree que exista riesgo.
- En la pregunta número 38 se muestra que el 45% de la población si sabe sobre cuál debería ser la actitud del estado frente al VIH-SIDA, y el 55% no lo sabe.

- En la pregunta número 39 se muestra que el 42% de la población si conoce campañas contra el VIH, el 55% no conoce ninguna y el 3% prefirió no responder.
- En la pregunta número 40 se muestra que el 67% de la población encuestada respondió que el estado si puede imponer obligaciones especiales a los afectados por el VIH-SIDA, y el 33% respondió que no.
- En la pregunta número 41 se muestra que el 87% de la población encuestada respondió que si se le debe exigir algún tipo de responsabilidad a una persona que pueda estar infectada por VIH, y el 13% respondió que no.
- En la pregunta número 42 se muestra que el 77% de la población encuestada respondió que el VIH si tiene algo de particular para el personal sanitario y el 23% respondió que no.
- En la pregunta número 43 se muestra que el 35% de la población encuestada cree los profesionales sanitarios si pueden negarse a atender a los pacientes con VIH-SIDA, y el 65% opina que no pueden negarse.
- En la pregunta número 44 se muestra que el 52% de la población encuestada respondió que En el caso del SIDA, esta la enfermedad se contrae con frecuencia como consecuencia de actos conscientes y deliberados que implican alto riesgo. Por lo tanto si es decisiva esta circunstancia a la hora de atender o negar atención al enfermo, y el 48% respondio que no lo es.
- En la pregunta número 45 se muestra que el 92% de la población encuestada respondió que el personal sanitario si debe dar información a la población en general sobre el VIH-SIDA, y el 8% respondido que no debe.
- En la pregunta número 46 se muestra que el 85% de la población encuestada respondido que el medico si puede proporcionar a otro colega información sobre la infección de su paciente por el VIH, y el 15% respondió que no puede.
- En la pregunta número 47 se muestra que un 52% de la población encuestada respondió que sí sabe sobre las obligaciones que tienen las autoridades sanitarias respecto a los pacientes con SIDA, y el 48% respondió que no.

- En la pregunta número 48 se muestra que un 85% de la población encuestada respondió que los pacientes de VIH-SIDA si tienen también obligaciones ante los profesionales sanitarios.
- En la pregunta número 49 se muestra que un 65% de la población encuestada piensa que el VIH si plantea problemas de carácter moral, un 30% respondió que no y un 5% prefirió no responder.
- En la pregunta número 50 se muestra que un 87% de la población encuestada si conoce cuál es la forma más común de infectarse de VIH, un 10% no lo sabe y un 3% prefirió no responder.

3. VIH-SIDA

3.1 ¿Qué es la infección por el VIH?

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta las células del sistema inmunitario y las destruye o trastorna su funcionamiento, lo que acarrea el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria. Se habla de inmunodeficiencia cuando el sistema inmunitario ya no puede cumplir su función de combatir las infecciones y otras enfermedades. Las infecciones que acompañan a la inmunodeficiencia grave se denominan «oportunistas» porque los agentes patógenos causantes aprovechan la debilidad del sistema inmunitario.

¿Qué es el sida?

El sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) representa las etapas más avanzadas de la infección por el VIH. Se define por la aparición de alguna de más de veinte infecciones oportunistas o cánceres vinculados con el VIH.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (conocido por sus siglas SIDA, o AIDS en inglés), es causado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH, o HIV por sus siglas en inglés). El SIDA (referido en este documento de ahora en adelante como “sida”) es la etapa más avanzada de la infección con el VIH, el virus que causa que una persona desarrolle sida eventualmente.

Con el transcurso del tiempo, el virus ataca y destruye el sistema inmunológico del cuerpo (el sistema responsable de proteger al cuerpo contra las enfermedades; también referido como sistema inmunitario). Una persona que no tenga un sistema inmunológico completamente funcional corre el riesgo de contraer una variedad de

infecciones que no afectan con frecuencia a las personas sanas. A estas infecciones se les denomina *infecciones oportunistas*. Las personas con el VIH también están a un mayor riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer, como el sarcoma de Kaposi, linfoma y cáncer de cuello uterino, entre otros problemas de salud. Muchas de estas afecciones ponen la vida en peligro.

Más de un millón de personas en los Estados Unidos viven con la infección del VIH, y alrededor de 500,000 están viviendo con sida. Las mujeres representan alrededor de 1 de cada 4 casos de personas infectadas con el VIH en los Estados Unidos. Cada año, alrededor de 50,000 personas se infectan con el VIH en este país.

Mundialmente, alrededor de 35 millones de personas viven con VIH/SIDA. Más de la mitad de estas personas vive en la parte subsahariana de África y alrededor de la mitad son mujeres.

3.2 Historia del VIH

Los años 60 y 70s

Se saben éstos pues las décadas “silenciosas” pues es probable que el VIH originado alguna vez durante los años 60 pero sea desconocido o no denunciado. La extensión comenzó en 1970 cuando la comunidad médica era enterada.

El VIH se piensa para originar en África, en donde los seres humanos la cogieron de chimpancés. El virus que afecta a los monos es muy similar al VIH y se llama SIVcpz (virus de inmunodeficiencia simica). Esta extensión del virus a los seres humanos que siguen el contacto con sangre infectada del chimpancé durante la oscilación de chimpancés.

El tipo humano de VIH fue limitado durante muchos años a una parte alejada de África. Con las conexiones perfeccionadas el virus comenzó a extenderse por todo el mundo.

1981: Este año era importante puesto que se denunció atados o incidencias crecientes de dos condiciones, del sarcoma de Kaposi (un tipo de cáncer) y la pulmonía del *carinii de Pneumocystis* (ahora conocido como *jiroveci de Pneumocystis*) (PCP) en Nueva York y California.

Estas condiciones afectan generalmente a viejo o a éstos con el sistema inmune débil. En este caso varios jóvenes, si no los hombres jóvenes sanos desarrollaron

estas condiciones. Era inicialmente probablemente una enfermedad relacionada con la forma de vida gay pues los hombres eran gay.

Más especulaciones con respecto a asociaciones con el citomegalovirus o el uso de una droga recreativa llamada nitrato amílico ("tostadores de palomitas de maíz ") también fueron presentadas.

Los casos en consumidores de droga intravenosos lo mostraron para ser un problema no limitado a los hombres gay.

1982: Este año la enfermedad fue dada varios nombres tales como linfadenopatía (como ella causó la hinchazón de los ganglios del sistema linfático), síndrome gay del compromiso y para la prensa popular, "plaga gay". Sin embargo, muchos de los pacientes eran hemofílicos.

En julio este año la enfermedad internacionalmente fue nombrada "síndrome inmune defectuoso de la deficiencia" (SIDA) o en francés y español, SIDA.

Otros factores tales como transfusión de sangre se relacionaron o la transmisión relacionada embarazo fue observada. Los grupos de ayuda para los pacientes de SIDA como la confianza de Terrence Higgins comenzaron.

En 1983, había partes del VIH en las hembras que sugerían la transmisión sexual. La aplicación del SIDA fue tomada por la Organización Mundial de la Salud (WHO). Un virus asociado similar fue denunciado en Francia y llamado el virus linfadenopatía-asociado).

1985-87: El virus y HTLV-3 fueron mostrados para ser el mismo virus en 1985. En el mismo año una prueba del anticuerpo fue desarrollada para mostrar si alguien tiene el virus.

La conciencia pública continuada para subir y el primer caso de la transmisión de la leche materna fueron denunciados.

En 1986, la primera campaña de concienciación BRITÁNICA del SIDA del gobierno comenzó y fue llamada "no ayuda al SIDA". El virus fue llamado virus de inmunodeficiencia humana (HIV).

1986 también vieron el revelado de las primeras drogas anti-VIH llamadas el azidothymidine (AZT) o zidovudine. La droga fue aprobada en 1987. Princesa Diana disipó miedos de SIDA visitando y sacudiendo las manos con un paciente de SIDA.

1988 marcaron el 1 de diciembre, el primer Día Mundial del Sida y en 1989 la eficacia del zidovudine en juicios clínicas fue considerada. Dideoxyinosine (ddi) era la segunda droga desarrollada.

En 1991 tercera droga para reducir la progresión del SIDA, dideoxycytidine (ddC) desarrollado.

1993 vieron la primera resistencia al Zidovudine al lado del VIH.

En 1994 fue observado que el Zidovudine podría reducir el riesgo de transmisión del virus del molde-madre seropositivo al bebé.

En 1995 el total del mundo de 1 millón denunció cajas de SIDA y las estimaba que denunciaron el total de 18 millones de adultos de HIV+ y 1,5 millones de niños de HIV+ y el SIDA se convirtieron en la causa de la muerte principal en categoría de edad 25-44 en los E.E.U.U. En 1995 un nuevo tipo de droga es saquinivir llamado aprobado, un inhibidor enzimático de la proteasa. El presupuesto del número de víctimas mortales global del SIDA era 9 millones.

En 1996 el Nevirapine era aprobado para el VIH. En 1997 era estimado que 40 millones de personas de serían mundiales seropositivo en 2000. En 1998 efectos secundarios de la superficie de la terapia de la combinación. El SIDA era 4ta causa de la muerte global más grande declarada en 1999.

En 2000, 34,3 millones de casos de VIH por todo el mundo, con el número más grande en Suráfrica, eran estimados. Los juicios vaccíneos del VIH comenzaron en Oxford en 2000.

En 2003 en Swazilandia y Botswana en África meridional, el casi 40% de la vacuna del SIDA de los adultos HIV+ fallaron. Enfuviride una nueva droga llamada inhibidor de la fusión fue aprobado en los E.E.U.U.

En 2005 las empresas farmacéuticas y los fabricantes acordaron hacer las drogas antiviral genéricas más baratas disponibles.

3.3 Transmisión del VIH

El VIH puede transmitirse de una persona a otra cuando la sangre o algún fluido corporal (semen, secreciones vaginales o leche materna) de una persona infectada ingresa al organismo de una persona no infectada. Entre las vías de transmisión se incluye:

- Sexo vaginal, anal u oral sin protección con una persona infectada.
- Compartir jeringas y otros utensilios en el consumo de drogas con personas que tienen el VIH.
- Exposición prenatal (antes del nacimiento) y perinatal (durante y justo después del nacimiento) de recién nacidos por sus madres con el VIH.
- Lactancia de madres infectadas con VIH
- Productos de transfusión sanguínea que contienen el virus.
- Trasplante de órganos de donantes infectados con el VIH.
- Heridas profundas o accidentes que los profesionales médicos (por lo general, piquetes con agujas que fueron usadas en personas infectadas) mientras atendían o manipulaban la sangre de pacientes con el VIH.

El VIH *no* se transmite a través de los mosquitos, garrapatas ni otros insectos. Tampoco se transmite por el contacto casual como las conversaciones, saludar de mano, estornudos, compartir platos (trastes), compartir baños, teléfonos o computadoras, ni a través del agua. No se transmite a través de la saliva, las lágrimas ni el sudor.

Las transfusiones de sangre y los productos sanguíneos causaron algunas infecciones con el VIH a principios de la década de 1980. Gracias a las nuevas precauciones y a las pruebas detalladas en los bancos de sangre, este riesgo ha sido casi completamente eliminado.

3.4 La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida) son un espectro de enfermedades causadas por la infección causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Tras la infección inicial, una persona puede no notar síntoma alguno o bien puede experimentar un periodo breve de cuadro tipo influenza. Típicamente, le sigue un periodo prolongado sin síntomas. A medida que la infección progresa,

interfiere más con el sistema inmunitario, aumentando el riesgo de infecciones comunes como la tuberculosis, además de otras infecciones oportunistas y tumores que raramente afectan a las personas con un sistema inmunitario indemne. Estos síntomas tardíos de infección se conocen como sida, etapa que a menudo también está asociada con pérdida de peso.

El VIH se contagia principalmente por sexo desprotegido (incluido sexo anal y oral), transfusiones de sangre contaminada, agujas hipodérmicas y de la madre al niño durante el embarazo, parto o lactancia. Algunos fluidos corporales, como la saliva y las lágrimas, no transmiten el VIH. Entre los métodos de prevención se encuentran el sexo seguro, los programas de intercambio de agujas, el tratamiento a los infectados y la circuncisión. La infección del bebé a menudo puede prevenirse al dar medicación antirretroviral tanto a la madre como el niño.⁷ No hay ninguna cura o vacuna; no obstante, el tratamiento antirretroviral puede retrasar el curso de la enfermedad y puede llevar a una expectativa de vida cercana a la normal. Se recomienda iniciar el tratamiento apenas se haga el diagnóstico. Sin tratamiento, el tiempo de vida promedio después de la infección es 11 años.

En 2014 aproximadamente 36,9 millones de personas vivían con VIH y causó 1,2 millones de muertes. La mayoría de los infectados viven en el África subsahariana. Entre su descubrimiento y el 2014 el sida ha causado un estimado de 39 millones muertes en todo el mundo. El VIH/sida se considera una pandemia: un brote de enfermedad presente en un área grande y con propagación activa. Sobre la base de estudios genéticos, se ha determinado que el VIH es una mutación del VIS que se transmitió a los humanos entre 1910 y 1930, en el centro-oeste de África. El sida fue reconocido por primera vez por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos en 1981 y su causa (la infección por VIH) se identificó a principios de dicha década.

El VIH/sida ha tenido un gran impacto en la sociedad, como enfermedad y como fuente de discriminación. La enfermedad también tiene fuertes impactos económicos. Hay muchas ideas equivocadas sobre el VIH/sida como la creencia de que puede transmitirse por contacto casual no sexual. La enfermedad ha sido centro de muchas controversias relacionadas con la religión, incluida la decisión de la Iglesia católica de no apoyar el uso de preservativo como prevención. El VIH/sida ha atraído la atención internacional médica y política así como financiación masiva desde su identificación en los años 1980.

¿Cuántas personas están infectadas por el VIH?

Según cálculos de la OMS y el ONUSIDA, a finales de 2016 había en el mundo unos 36,7 millones de personas infectadas por el VIH. Ese mismo año, contrajeron la infección unos 1,8 millones de personas, y 1 millón murieron por causas relacionadas con el VIH.

¿Cuánto tiempo tarda en aparecer el sida en las personas infectadas con el VIH?

Este periodo puede variar mucho de una persona a otra. Si no se da tratamiento, la mayoría de los infectados por el VIH presentan signos de enfermedad al cabo de 5 a 10 años, aunque el periodo puede ser más breve. El tiempo que transcurre entre la infección por el VIH y el diagnóstico de sida puede variar entre 10 y 15 años, a veces más. El tratamiento con antirretrovíricos puede hacer más lenta la evolución porque evita la multiplicación del virus y, en consecuencia, disminuye la cantidad de virus presente en la sangre del individuo infectado (la llamada «carga vírica»).

3.5 ¿Cuál es la infección oportunista que afecta con más frecuencia a las personas infectadas con el VIH y puede causarles la muerte?

La tuberculosis se cobró la vida de 400 000 personas infectadas con el VIH en 2016. En África, es la causa principal de muerte de las personas infectadas por el VIH; a escala mundial, es una de las causas principales en este grupo. Hay varias estrategias básicas de atención sanitaria que son fundamentales para prevenir y tratar la TB en personas infectadas por el VIH:

- el examen sistemático en busca de síntomas de TB en cada consulta;
- el tratamiento de la TB latente (por ejemplo, la profilaxis con isoniazida);
- el control de la infección tuberculosa;
- el inicio temprano del tratamiento con antirretrovíricos.

¿Cómo puedo limitar el riesgo de infectarme por el VIH por medio de las relaciones sexuales?

- Cada vez que tenga relaciones sexuales, utilice correctamente el preservativo masculino o femenino.
- Tome antirretrovíricos como medida profiláctica antes de la exposición.
- Absténgase de practicar las relaciones sexuales con penetración.

- Sea fiel a una pareja sexual que no esté infectada, sea igualmente fiel y no tenga ningún otro comportamiento de riesgo.

3. 6 La circuncisión masculina, ¿previene la transmisión del VIH?

La circuncisión masculina reduce en un 60% el riesgo de transmisión sexual de las mujeres a los hombres. La circuncisión masculina por razones médicas es una intervención que brinda protección parcial para toda la vida contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.

Siempre ha de considerarse como parte de un conjunto completo de medidas preventivas y nunca debe remplazar a otros métodos conocidos, como el uso del preservativo femenino o masculino.

EFICACIA DEL PRESERVATIVO PARA PREVENIR LA INFECCIÓN POR EL VIH

Si se utiliza correctamente en cada coito, el preservativo es un método de eficacia comprobada para prevenir la infección por el VIH en hombres y mujeres. Sin embargo, al margen de la abstinencia, ningún método protector es totalmente eficaz.

BENEFICIOS REPORTADOS DE LA PRUEBA DEL VIH

Conocer su estado con respecto al VIH puede tener dos efectos importantes:

- Si se entera de que está infectado por el virus, puede tomar medidas antes de que aparezcan los síntomas para recibir tratamiento, asistencia y apoyo, con lo cual puede prolongar la vida y evitar complicaciones médicas por muchos años.
- Si resulta que está infectado, puede tomar precauciones para evitar la transmisión del VIH a otras personas.

3.7 Fases de la infección por VIH

En lo siguiente se contemplan los diferentes estados de la infección por VIH.

Categoría A: pacientes con infección primaria o asintomática.

Categoría B: pacientes que presentan o hayan presentado síntomas que no pertenecen a la categoría C, pero que están relacionados con la infección de VIH:

- Angiomatosis bacilar.
- Candidiasis vulvo-vaginal, o candidiasis oral resistente al tratamiento.
- Displasia de cérvix uterino o carcinoma de cérvix no invasivo.
- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Fiebre menor a 38,5 °C o diarrea, de más de un mes de duración.
- Herpes zóster (más de un episodio, o un episodio con afección de más de un dermatomo).
- Leucoplasia oral vellosa.
- Neuropatía periférica.
- Púrpura trombocitopenia idiopática (PTI).

Categoría C: pacientes que presentan o hayan presentado algunas complicaciones incluidas en la definición de sida de 1987 de la OMS:

Infecciones oportunistas:

- Infecciones bacterianas:
- Septicemia por *Salmonella* recurrente (diferente a *Salmonella entérica* sub. *entérica* serotipo Typhi).
- Tuberculosis.
- Infección por el complejo *Mycobacterium avium* (MAI).
- Infecciones por mico bacterias atípicas.

Infecciones víricas:

- Infección por citomegalovirus (retinitis o diseminada).
- Infección por el virus del herpes simple (VHS tipos 1 y 2), puede ser crónica o en forma de bronquitis, neumonitis o esofagitis.

Infecciones fúngicas:

- Aspergilosis.
- Candidiasis, tanto diseminada como del esófago, tráquea o pulmones.
- Coccidioidomicosis, extra pulmonar o diseminada.
- Criptococosis extra pulmonar.
- Histoplasmosis, ya sea diseminada o Extra pulmonar.

Infecciones por protozoos:

- Neumonía por *Pneumocystis jiroveci*.
- Toxoplasmosis neurológica.

- Criptosporidiosis intestinal crónica.
- Isosporiasis intestinal crónica.
- Procesos cronificados: bronquitis y neumonía.

Procesos asociados directamente con el VIH:

- Demencia relacionada con el VIH (encefalopatía por VIH).
- Leuco encefalopatía multifocal progresiva.
- Síndrome de desgaste o *wasting syndrome*.

Procesos tumorales:

- Sarcoma de Kaposi.
- Linfoma de Burkitt.
- Otros linfomas no-Hodgkin, especialmente linfoma inmunoblástico, linfoma cerebral primario o linfoma de células B.
- Carcinoma invasivo de cérvix.

El VIH se multiplica, después de la fase aguda primaria de la infección, en los órganos linfoides, sobrecargándolos con un esfuerzo que termina por provocar una reducción severa de la producción de linfocitos. El debilitamiento de las defensas abre la puerta al desarrollo de infecciones oportunistas por bacterias, hongos, protistas y virus. En muchos casos los microorganismos responsables están presentes desde antes, pero desarrollan una enfermedad solo cuando dejan de ser contenidos por los mecanismos de inmunidad celular que el VIH destruye. Ninguna de estas enfermedades agrede solo a los VIH positivos, pero algunas eran casi desconocidas antes de la epidemia de VIH y en muchos casos las variantes que acompañan o definen al sida son diferentes por su desarrollo o su epidemiología.

3.8 Personas con mayor riesgo a contraer VIH-SIDA

El VIH puede infectar a cualquier persona cuya sangre tenga contacto con la sangre, la leche o los fluidos sexuales de una persona infectada. Algunas personas tienen conductas que las hacen correr un riesgo mayor que el normal. Por ejemplo:

- Las conductas sexuales riesgosas, sin protección, como tener sexo sin condón y tener múltiples parejas sexuales, puede aumentar las

probabilidades de que una persona se infecte. Las conductas sexuales de riesgo son comunes en los adolescentes y los adultos jóvenes, que tienen tasas muy altas de infección por el VIH en comparación con otros estadounidenses.

- Además, los hombres que tienen sexo con hombres y las personas que tienen sexo anal corren más riesgo de infectarse.
- La exposición del feto o el bebé al virus, antes del nacimiento, durante el parto o a través del amamantamiento de una madre VIH positivo.
- Las personas con otras infecciones de transmisión sexual como la clamidia, la gonorrea, la sífilis, la vaginosis bacteriana y el herpes tienen un riesgo más alto de infectarse si están expuestas al virus por el sexo o el contacto con sangre infectada.
- Usar drogas puede aumentar el riesgo. Compartir agujas o jeringas para inyectarse drogas o esteroides puede transmitir el virus. Las drogas también pueden hacer que las personas corran riesgos que normalmente no correrían, como tener sexo sin protección.
- Las personas que recibieron productos sanguíneos en los Estados Unidos entre 1978 y 1985, antes de que se analizara toda la sangre, podrían haber estado expuestas al virus.
- Los bebés que reciben comida masticada previamente por una persona infectada por el VIH también podrían correr más riesgo. El VIH en la sangre de la boca de esta persona puede mezclarse con los alimentos al masticarlos; es un caso raro que solo se ha detectado en bebés. (Comunicaciones, 2016)

4. VULNERABILIDAD

4.1 Cualquier persona es vulnerable a contraer el VIH.

Mientras que los usuarios de drogas inyectables (UDI) se exponen a un riesgo particularmente alto de contraer el VIH/SIDA, cualquier persona bajo la influencia de drogas o de alcohol tiene más probabilidad de contraerlo. Esto incluye a los UDI que comparten sus jeringuillas o accesorios para el abuso de drogas, así como cualquier persona que tenga relaciones sexuales arriesgadas (Ej., con una variedad de parejas o sin protección) o como parte de una "transacción" sexual que les pueda exponer a la infección (Ej., intercambio del sexo por drogas o dinero).

Una persona infectada con el VIH tiene un virus que vive y se multiplica primordialmente en las células sanguíneas blancas, que forman parte del sistema

inmunológico. Una persona infectada puede verse y sentirse bien por muchos años y es posible que no tenga idea de que está infectada. Sin embargo, al debilitarse el sistema inmunológico, la persona se hace más vulnerable a enfermedades e infecciones comunes. Con el transcurso del tiempo, un paciente infectado con el VIH, que no ha recibido tratamiento, tiene más probabilidad de sucumbir a diversas enfermedades concurrentes y desarrollar el SIDA. Hallazgos recientes han llevado a mejores tratamientos para la infección por VIH, el más eficaz siendo una estrategia conocida como Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA, o HAART, por sus siglas en inglés). (U.S. Department of Health and Human Services, 2012)

4.2 reducir las nuevas infecciones por VIH

En esas directrices se describen las medidas que pueden adoptar los países para reducir las nuevas infecciones por VIH y aumentar el acceso de esos cinco grupos de población claves* a la detección, tratamiento y atención de la infección. Contienen una serie completa de recomendaciones clínicas, pero para que estas sean eficaces, la OMS también recomienda que los países eliminen los obstáculos legales y sociales que impiden que muchas personas accedan a los servicios.

Por vez primera, la OMS recomienda vivamente que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres tomen antirretrovíricos como método de prevención de la infección (profilaxis antes de la exposición) añadido al uso del preservativo. Las tasas de infección por VIH en estos hombres siguen siendo elevadas en casi todas partes, y se necesitan con urgencia nuevas opciones preventivas.

Las estimaciones obtenidas mediante modelización indican que la profilaxis antes de la exposición podría lograr una reducción del 20-25% en la incidencia mundial del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, evitando así 1 millón de nuevas infecciones en este grupo de población a lo largo de 10 años. Los estudios indican que la probabilidad de contraer la infección por VIH es 14 veces mayor en las trabajadoras del sexo que en otras mujeres, 19 veces mayor en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que en la población general, y 50 veces mayor en las mujeres transexuales que en otros adultos. Para los consumidores de drogas inyectables, el riesgo de infección por VIH también puede llegar a ser 50 veces mayor que en la población general.

«Ninguna de estas personas vive aislada», ha dicho el Dr. Gottfried Hirnschall, Director del Departamento de VIH de la OMS. «Los trabajadores del sexo y sus clientes tienen maridos, mujeres y parejas. Algunos se inyectan drogas. Muchos tienen hijos. El hecho de que no se presten servicios a las personas con más riesgo de contraer la infección por VIH pone en peligro los progresos en la lucha contra la epidemia mundial y la salud y el bienestar de las personas, sus familias, y la comunidad en general.» (Thomas, 2020)

4.3 Mantener los progresos mundiales en la lucha contra el VIH

La publicación de las directrices coincide con la aparición de nuevas cifras que destacan la necesidad de mantener los progresos mundiales en la lucha contra el VIH. A finales de 2013, estaban tomando tratamientos antirretrovíricos unos 13 millones de personas, de los cuales 11,7 millones residían en países de ingresos bajos y medios. Esto ha reducido en un 20% las muertes relacionadas con el VIH entre 2009 y 2012.

Pero aunque el número de fallecidos por sida está disminuyendo rápidamente, las medidas preventivas van muy a la zaga, sobre todo entre los grupos de población claves.

Los planes nacionales sobre el VIH todavía tienen deficiencias importantes con respecto a la atención de sus necesidades. A nivel mundial, solo el 70% de los países encuestados abordan explícitamente las necesidades de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los trabajadores del sexo; con respecto a los consumidores de drogas inyectables, la cifra cae al 40%. En esos planes raramente se mencionan las personas transexuales, a quienes resulta difícil acceder a servicios que las pueden ayudar, aunque sobre el papel existan políticas al respecto.

Los grupos de población claves tienen menos probabilidades de acceso equitativo al tratamiento del VIH. Por ejemplo, en algunos entornos de Europa Oriental, los consumidores de drogas inyectables representan más de la mitad de los infectados por el VIH, pero solo un tercio de ellos tienen acceso a los tratamientos antirretrovirales que les pueden salvar la vida.

En muchos países la discriminación se ve reforzada por leyes que criminalizan ciertos comportamientos sexuales, el consumo de drogas, la expresión del género o la orientación sexual. No obstante, allí donde las leyes y las políticas apoyan el acceso de todos los grupos de población claves a los servicios relacionados con el

VIH, la morbilidad y la mortalidad han disminuido en dichos grupos y las tasas de nuevas infecciones siguen siendo bajas o han disminuido, sobre todo entre los trabajadores del sexo y los consumidores de drogas inyectables.

«Las políticas audaces pueden proporcionar grandes resultados», ha dicho la Dra. Rachel Baggaley, del Departamento de VIH de la OMS. «Tailandia fue uno de los países pioneros de los programas que reconocen la necesidad de mantener saludables a los trabajadores del sexo y reducir las nuevas infecciones por VIH. España, Malasia y la República Unida de Tanzania han hecho grandes avances en la oferta de tratamiento de sustitución con opioides y la distribución de jeringuillas y agujas a los consumidores de drogas inyectables. Los datos muestran que la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables es mínima cuando se dispone de una combinación de servicios eficaces de prevención y tratamiento para esas personas.»

En estas nuevas directrices se describen ‘paquetes integrales’ de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por VIH para los cinco grupos de población claves, y se abordan cuestiones y necesidades específicas de los adolescentes de estos grupos, tales como medidas para gestionar mejor la salud sexual y reproductiva, la salud mental o co-infecciones como la tuberculosis y las hepatitis. Las directrices destacan la necesidad de programas de distribución de jeringuillas y agujas y de tratamiento de sustitución con opioides, e incluyen recomendaciones sobre el tratamiento de las sobredosis en la comunidad.

En la Conferencia Internacional sobre el Sida de 2014, en Melbourne, la OMS pedirá a los gobiernos que refuercen los programas de VIH, de modo que todos los grupos de población claves se beneficien de los avances continuos en el tratamiento y la expansión de los programas.

* Los grupos de población claves son aquellos que, debido a determinados comportamientos de alto riesgo, corren un mayor riesgo de contraer la infección por VIH, independientemente del tipo de epidemia y del contexto local. A menudo también existen cuestiones legales y sociales relacionadas con esos comportamientos que aumentan su vulnerabilidad al VIH. Estas directrices se centran en cinco de esos grupos de población claves.

* La profilaxis anterior a la exposición es una forma de que las personas que no están infectadas por el VIH, pero que corren el riesgo de serlo, eviten contraer la enfermedad tomando un solo comprimido (generalmente una combinación de dos antirretrovíricos) cada día. Cuando se toma de forma sistemática, dicha profilaxis

reduce hasta un 92% el riesgo de infección por VIH en personas con alto riesgo. Su efectividad disminuye mucho si no se toma de forma sistemática.(Thomas, 2020)

4.4 Datos del VIH-SIDA

- El VIH, que continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya casi 33 millones de vidas. Sin embargo, habida cuenta del acceso creciente a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención eficaces del VIH, incluidas las infecciones oportunistas, la infección por el VIH se ha convertido en un problema de salud crónico llevadero que permite a las personas que viven con el virus llevar una vida larga y saludable.
- Se estima que, a finales de 2019, había 38 millones de personas con el VIH.
- Como resultado de los esfuerzos internacionales concertados para responder al VIH, la cobertura de los servicios ha ido aumentando constantemente. En 2019, el 68%% de los adultos y el 53% de los niños con el VIH estaban en tratamiento antirretrovírico (TAR) de por vida.
- Una gran mayoría (85%) de las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia con el VIH también estaban en tratamiento con antirretrovíricos, lo que no solo protege su salud, sino que también previene que transmitan el virus a sus hijos.
- Sin embargo, no todas las personas pueden acceder a las pruebas de detección del VIH, al tratamiento y a la atención. En particular, las metas aceleradas de 2018 para reducir a 40 000 las nuevas infecciones pediátricas por el VIH no se cumplieron. Las metas mundiales para 2020 corren el riesgo de no alcanzarse si no se toman medidas rápidas.
- Debido a las deficiencias en los servicios relacionados con el VIH, en 2019 murieron 690 000 personas por causas relacionadas con el VIH y 1,7 millones de personas se infectaron.
- En 2019, los grupos de población clave y sus parejas sexuales representaron más del 60% de todas las nuevas infecciones por el VIH en el grupo etario de 15 a 49 años (se estima que un 62%). En cada una de las siguientes regiones: Europa (oriental, central y occidental) y Asia central, Asia y el Pacífico, América del Norte, Oriente Medio y el Norte de África, estos grupos representaban más del 95% de las nuevas infecciones por el VIH.

- La OMS define como poblaciones clave aquellas personas de determinados grupos de población que corren un mayor riesgo de adquirir el VIH en todos los países y regiones. Los grupos de población clave son: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; personas que se inyectan drogas; personas recluidas en cárceles y otros entornos cerrados; trabajadores del sexo y sus clientes; y personas transgénero.
- Además, dadas sus circunstancias de vida, otros grupos poblacionales pueden ser particularmente vulnerables y correr un mayor riesgo de infección por el VIH, como las adolescentes y las mujeres jóvenes de África meridional y oriental y los pueblos indígenas de algunas comunidades.
- El aumento de la vulnerabilidad al VIH suele estar asociado a factores legales y sociales, lo que aumenta la exposición a situaciones de riesgo y crea obstáculos para acceder a servicios de prevención, detección y tratamientos del VIH eficaces, de calidad y asequibles.
- Más de dos tercios de todas las personas con el VIH viven en la Región de África de la OMS (25,7 millones). Si bien el VIH es prevalente entre la población en general en esta Región, un número cada vez mayor de nuevas infecciones se produce entre los grupos de población clave.
- El VIH se puede diagnosticar mediante pruebas de diagnóstico rápido que pueden proporcionar resultados el mismo día. Cada vez se dispone de más auto pruebas de detección del VIH, que constituyen una alternativa eficaz y aceptable de incrementar el acceso a las personas a las que no llegan los servicios de los centros de salud de realización de pruebas de detección del VIH. Las pruebas rápidas y las auto pruebas de detección del VIH han facilitado el diagnóstico y la vinculación con el tratamiento y la atención.
- Aunque no existe cura para la infección por el VIH, el tratamiento con antirretrovíricos eficaces permite mantener controlado el virus y prevenir la transmisión a otras personas.
- A finales de 2019, se estima que el 81% de las personas con el VIH conocían su estado serológico. El 67% del total estaba en tratamiento antirretrovírico y el 59% había logrado suprimir el virus y, por tanto, el riesgo de infectar a otros.
- A finales de 2019, el número de personas con acceso al tratamiento antirretrovírico era de 25,4 millones.

- Entre 2000 y 2019, las nuevas infecciones por el VIH disminuyeron en un 39% y las muertes relacionadas con el VIH en un 51%, y se salvaron 15,3 millones de vidas salvadas gracias al TAR. Este logro fue el resultado de los grandes esfuerzos realizados por los programas nacionales sobre el VIH con el apoyo de la sociedad civil y los asociados internacionales en favor del desarrollo.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita la defensa contra muchas infecciones y contra determinados tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias e impide el normal funcionamiento de la inmunidad, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de linfocitos CD4.

La fase más avanzada de la infección por el VIH es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), que en función de la persona puede tardar muchos años en manifestarse si no se trata. Las personas con sida pueden contraer ciertos tipos de cáncer e infecciones o presentar otras manifestaciones clínicas crónicas de gravedad. (OMS, 2016-2021)

4.5 Factores de riesgo

Hay algunos comportamientos que aumentan el riesgo de que una persona contraiga el VIH:

- tener relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo;
- padecer otra infección de transmisión sexual (ITS) como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana.
- compartir agujas, jeringuillas, soluciones de droga u otro material infeccioso contaminado para consumir drogas inyectables.
- recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas o trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos médicos que entrañen cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado.
- pincharse accidentalmente con una aguja, algo que afecta en particular al personal de salud. (OMS, 2016-2021)

El VIH se puede diagnosticar mediante pruebas de diagnóstico rápido que pueden proporcionar resultados el mismo día. Esto facilita enormemente el diagnóstico precoz y la vinculación con el tratamiento y la atención. Las personas también pueden realizarse auto pruebas de detección del VIH. Sin embargo, ninguna prueba puede proporcionar por sí sola un diagnóstico completo de la infección por el VIH; se requiere una prueba confirmatoria, realizada por un trabajador sanitario o agente de salud cualificado y capacitado en un centro comunitario o clínica. La infección por el VIH se puede detectar con gran exactitud mediante pruebas precalificadas por la OMS en el marco de una estrategia de pruebas aprobada a nivel nacional.

Las pruebas de diagnóstico del VIH de uso más generalizado detectan los anticuerpos que se generan como parte de la respuesta inmunitaria para luchar contra el virus. En la mayoría de las personas, los anticuerpos contra el VIH aparecen dentro de los 28 días posteriores a la infección. Durante este tiempo, las personas experimentan el llamado periodo de seroconversión, cuando todavía no se han generado anticuerpos en un número suficiente para su detección en pruebas estándar, y pueden no haber tenido signos de infección por el VIH, pero pueden transmitir el VIH a otras personas. Después de la infección, una persona puede transmitir el VIH a una pareja sexual o a otra persona con la que comparte drogas y las embarazadas pueden transmitir el virus durante el embarazo o durante la lactancia.

A quienes hayan dado positivo en una primera prueba diagnóstica se les debe realizar una nueva prueba antes de atenderlos y tratarlos, con el fin de descartar que los resultados sean incorrectos o se haya proporcionado una información equivocada. Sin embargo, una vez se ha diagnosticado la infección y se ha empezado el tratamiento no se deben realizar nuevas pruebas diagnósticas.

Si bien se dispone de pruebas simples y eficaces para los adolescentes y adultos, este no es el caso de los bebés nacidos de madres VIH-positivas. Las pruebas serológicas no bastan para detectar la infección en los niños menores de 18 meses de edad, por lo que se deben realizar pruebas virológicas en el momento del nacimiento o a las seis semanas de edad. Están apareciendo nuevas tecnologías que permiten hacer la prueba en el lugar donde se presta la asistencia y obtener un resultado en el mismo día, lo cual permite también atender al paciente e iniciar el tratamiento con mayor rapidez. (U.S. Department of Health and Human Services, 2012)

SERVICIOS DE DETECCIÓN DEL VIH

Las pruebas de detección han de ser voluntarias: se debe reconocer el derecho de las personas a declinar someterse a ellas. La realización obligatoria o bajo coacción de estas pruebas, ya sea por parte de un profesional sanitario, una autoridad, la pareja sexual o un familiar es inaceptable pues es contraria a la buena práctica de la salud pública y constituye una violación de los derechos humanos.

Muchos países han introducido como alternativa nuevas técnicas que permiten a los usuarios realizarse las pruebas ellos mismos para promover el diagnóstico del VIH. La auto prueba del VIH es un proceso por el cual la persona que quiere conocer su estado serológico respecto del VIH recoge una muestra, realiza la prueba e interpreta los resultados en privado o con alguien en quien confíe. Estas auto pruebas no proporcionan un diagnóstico definitivo, sino que son un primer análisis después del cual se debe acudir a un profesional sanitario para que realice una prueba de confirmación. Muchos países están utilizando en estos momentos enfoques alternativos para fomentar y apoyar la auto prueba del VIH mediante plataformas digitales y apoyo en línea para facilitar el procedimiento de prueba y el establecimiento de vínculos con los servicios.

Las parejas sexuales de las personas a las que se ha diagnosticado la infección por el VIH y todo aquel que consuma drogas inyectables con una persona infectada por este virus tienen una mayor probabilidad de ser VIH-positivos. La OMS recomienda ofrecer servicios de notificación voluntaria asistida a las parejas o los compañeros de consumo de drogas inyectables, ya que es una manera sencilla y eficaz de llegar hasta ellos. Muchas de estas parejas o compañeros no han sido diagnosticadas y desconocen que han estado expuestos al virus, y seguramente agradecerán el apoyo y la oportunidad de hacerse la prueba del VIH. Los servicios prestados a las parejas o los compañeros de consumo de drogas inyectables pueden ser muy aceptables y eficaces, pero deben ofrecerse siempre desde el respecto a las decisiones de las personas a quienes se ofrecen. Los servicios deben ser siempre voluntarios y apoyar todas las opciones que se ofrecen con el fin de evitar posibles daños sociales. (OMS, 2016-2021)

Todos los servicios de detección de la infección por el VIH deben regirse por los cinco principios fundamentales recomendados a este respecto por la OMS:

- Consentimiento informado.
- Confidencialidad.
- Asesoramiento.
- Garantía de que los resultados de la prueba son correctos.
- Vinculación con la asistencia, el tratamiento y otros servicios.

Prevención

Una persona puede reducir el riesgo de infección por el VIH limitando su exposición a los factores de riesgo. A continuación se explican los principales métodos para prevenir el contagio, que se suelen usar conjuntamente.

Uso de preservativos masculinos y femeninos

El uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos durante la penetración vaginal o anal puede proteger contra la propagación de las ITS, incluida la infección por el VIH. Los datos demuestran que los preservativos masculinos de látex, si se utilizan de forma sistemática, tienen un efecto protector del 85% o más contra la infección por el VIH y otras ITS.

4.6 Pruebas de detección del VIH y las ITS y asesoramiento al respecto

Se aconseja vivamente a toda persona expuesta a cualquiera de los factores de riesgo que se someta a pruebas de detección del VIH y otras ITS. Ello les permitirá conocer su estado serológico respecto del VIH y acceder sin demora a los servicios de prevención y tratamiento necesarios. La OMS recomienda también que se ofrezca realizarse la prueba a las parejas de los infectados. Asimismo recomienda los servicios de notificación voluntaria asistida a las parejas, con arreglo a los cuales las personas con el VIH reciben apoyo para informar de ello a sus parejas, ya sea solas o con la ayuda de prestadores de atención sanitaria. Los programas que ofrecen apoyo en las redes sociales para realizarse la prueba también pueden constituir un enfoque eficaz y aceptable para algunos grupos de población.

4.7 Reducción de daños en los consumidores de drogas inyectables

Las personas que consumen drogas inyectables pueden protegerse de la infección por el VIH utilizando en cada inyección material estéril, en particular la aguja y la jeringuilla, y no compartiendo el material utilizado al consumir la droga ni soluciones de droga. El tratamiento de la dependencia, en especial el tratamiento sustitutivo con opioides para los dependientes de estas sustancias, también ayuda a reducir el

riesgo de transmisión del VIH y a que el paciente cumpla la pauta terapéutica prescrita. A continuación se enumera el conjunto exhaustivo de intervenciones de prevención y tratamiento del VIH en las personas que se inyectan drogas:

- Programas de distribución de agujas y jeringas.
- Tratamiento sustitutivo con opioides para los dependientes de estas sustancias, y otros tratamientos de la drogodependencia cuya eficacia se haya demostrado mediante pruebas científicas.
- Asesoramiento y pruebas de detección del VIH.
- Tratamiento contra el VIH y atención a los infectados.
- Información y educación sobre la reducción del riesgo, y suministro de naloxona para prevenir la sobredosis de opioides.
- Acceso a preservativos.
- Atención clínica de las ITS, la tuberculosis y las hepatitis víricas.

Eliminación de la transmisión del VIH de la madre al niño

La transmisión del VIH de una madre VIH-positiva a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia se denomina transmisión vertical o materno infantil. Si no se interviene de ninguna forma durante estos periodos, las tasas de transmisión materna infantil del VIH pueden ser del 15% al 45%. Es posible eliminar casi totalmente el riesgo de transmisión materno infantil administrando antirretrovíricos tanto a la madre como al niño tan pronto como sea posible durante la gestación y el periodo de lactancia.

La OMS recomienda el tratamiento antirretrovírico de por vida para todas las personas con VIH, independientemente de su recuento de CD4 y de la etapa clínica de la enfermedad; esto incluye a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia. En 2019, el 85% de las aproximadamente 1,3 millones de embarazadas infectadas por el VIH en todo el mundo recibieron antirretrovíricos para prevenir la transmisión a sus hijos. Un número cada vez mayor de países y territorios están alcanzando tasas muy bajas de transmisión materno infantil del VIH, y la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH como problema de salud pública ha sido validada en algunos de ellos (Anguila, Antigua y Barbuda, Armenia, Belarús,

Bermudas, Cuba, Islas Caimán, Malasia, Maldivas, Montserrat, Saint Kitts y Nevis y Tailandia). Por otro lado, varios países con tasas elevadas de infección por este virus están logrando grandes progresos en su camino hacia la eliminación. (OMS, 2016-2021)

4.8 Solamente se puede contraer o transmitir el VIH a través de determinadas actividades.

Lo más común es que las personas lo contraigan o transmitan a través de sus comportamientos sexuales o el uso de jeringas o agujas.

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

En los Estados Unidos, el VIH se transmite principalmente mediante lo siguiente:

- Tener relaciones sexuales anales o vaginales con una persona que tiene el VIH sin usar condones y no tomar medicamentos para prevenir o tratar el VIH.
- Para el integrante de la pareja VIH negativo, el sexo anal receptivo (pasivo) es el comportamiento sexual de más alto riesgo, pero también puede obtener el VIH a través del sexo anal insertivo (activo).
- Tanto el integrante masculino como el femenino de una pareja puede contraer el VIH a través del sexo vaginal, aunque es menos riesgoso para contraer el VIH que el sexo anal receptivo.
- Compartir con una persona VIH positiva las agujas o jeringas, el agua de enjuague o los otros implementos que se usan para preparar las drogas inyectables. El VIH puede vivir en una aguja usada por hasta 42 días, según la temperatura y otros factores.

Con menor frecuencia, el VIH se puede transmitir:

- De madre a hijo durante el embarazo, en el parto o a través de la lactancia materna. El riesgo puede ser elevado si la madre tiene el VIH y no está tomando medicamentos; sin embargo, las recomendaciones de hacerles la prueba a todas las mujeres embarazadas y de iniciar el tratamiento contra el VIH inmediatamente han reducido la cantidad de bebés que nacen con esta infección.
- Pincharse con una aguja o con otro objeto corto punzante contaminado con el VIH. Este es un riesgo principalmente para los trabajadores de la salud.

4.9 En casos extremadamente raros, el VIH se ha transmitido de las siguientes maneras:

- El sexo oral, o sea, poner la boca en el pene (felación), la vagina (cunnilingus) o el ano (anilingus). Por lo general, el riesgo de contraer el VIH a través del sexo oral es muy bajo o nulo. Pero aunque sea extremadamente raro, en teoría es posible transmitir el VIH durante el sexo oral si un hombre VIH positivo eyacula dentro de la boca de su pareja.
- Recibir transfusiones de sangre, productos de sangre o trasplantes de tejidos u órganos que estén contaminados con el VIH. Esto era más común cuando primero apareció el VIH, pero ahora el riesgo es extremadamente pequeño debido al riguroso análisis que se le hace en los Estados Unidos a la sangre, los órganos y los tejidos donados.
- Comer alimentos que fueron pre masticados por una persona infectada por el VIH. La contaminación ocurre cuando la sangre en la boca de la persona infectada se mezcla con la comida al pre masticarla. Los únicos casos de este tipo de contaminación que se conocen son en bebés.
- La mordedura de una persona con el VIH. Cada uno de los muy escasos casos documentados involucra traumatismo grave con daño extenso de los tejidos y la presencia de sangre. No existe riesgo de transmisión si no se rompe la piel.
- El contacto entre sangre infectada por el VIH o líquidos corporales con sangre infectada y piel abierta, heridas o membranas mucosas.
- Los besos profundos de boca abierta si las dos personas tienen llagas o encías sangrantes y la sangre de la persona VIH positiva entra al torrente

sanguíneo de la persona VIH negativa. El VIH no se transmite a través de la saliva. (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2019)

Tan bien puede sobrevivir el VIH fuera del cuerpo

El VIH no sobrevive mucho fuera del cuerpo humano (por ejemplo, en las superficies) y no se puede reproducir fuera de un anfitrión humano. **No** se transmite a través de lo siguiente:

- Los mosquitos, las garrapatas u otros insectos.
- La saliva, las lágrimas o el sudor que no esté mezclado con la sangre de una persona VIH positiva.
- Darle un abrazo, darle la mano, compartir el inodoro, compartir platos, o darle un beso de boca cerrada o un “beso social” a una persona VIH positiva.
- Otras prácticas sexuales que no incluyan el intercambio de líquidos corporales (por ejemplo, tocarse).

El VIH se puede encontrar en ciertos líquidos corporales la sangre, el semen, el líquido pre seminal o las secreciones rectales de las personas que tienen el VIH. Aunque el sexo anal receptivo (pasivo) es mucho más riesgoso para contraer el VIH que el sexo anal insertivo (activo), es posible que cualquiera de las personas en la pareja (la activa o la pasiva) contraiga el VIH. El riesgo para la *pasiva* es muy alto porque el recubrimiento del recto es delgado y puede permitir que el VIH entre al cuerpo durante las relaciones sexuales anales. La *activa* también está en riesgo porque el VIH puede entrar al cuerpo por el orificio que se encuentra en la punta del pene (uretra), el prepucio (si el pene no está circuncidado) o los pequeños cortes y rasguños, o las llagas abiertas que tenga en cualquier parte del pene. Consulte las preguntas y respuestas sobre la prevención para obtener información sobre cómo reducir su riesgo de contraer el VIH por las relaciones sexuales anales. (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2019)

5. TRANSMICION DEL VIH SIDA

Persisten algunos mitos sobre cómo se transmite el VIH. Esta sección proporciona información sobre el riesgo de transmisión del VIH por diferentes tipos de relaciones sexuales, consumo de drogas inyectables y otras prácticas.

El VIH vive en la sangre, los tejidos, los órganos y ciertos fluidos corporales (como el semen, el fluido vaginal y la mucosa anal) de una persona infectada. Las madres infectadas que amamantan también tienen el VIH en su leche. El VIH se transmite de persona a persona, a través de la sangre y los fluidos corporales.

Hay varias formas comunes de transmitir el VIH de una persona a otra, como por ejemplo:

- **Sexo sin protección con una persona infectada.** En todo el mundo, la mayoría de las nuevas infecciones por el VIH se dan a través del sexo.³ Las mujeres en especial corren riesgo de infectarse mediante el sexo. Es mucho más fácil contraer el VIH (o transmitírselo a alguien) si una persona tiene una enfermedad de transmisión sexual (ETS).
- **Transmisión de madre a hijo.** Sin un tratamiento contra el VIH, una madre infectada podría transmitir el virus a su hijo durante el embarazo, el parto o el amamantamiento. Si bien la transmisión de madre a hijo es prevenible y poco frecuente en los Estados Unidos, en todo el mundo más de 300.000 bebés contraen el virus de sus madres cada año. La mayoría de estas infecciones se dan en el África subsahariana.
- **Uso de agujas o jeringas que fueron utilizadas por una persona infectada.**
- **Masticar previamente la comida de los bebés.** En unos pocos casos, se transmitió el VIH cuando una persona infectada masticó la comida (o la entibió en su boca) y luego se la dio a un bebé. Esta práctica puede exponer al bebé al VIH si la persona tiene una lesión o un corte en la boca. Los CDC recomiendan que las personas infectadas por el VIH no mastiquen la comida antes de dársela a los bebés.
- **Recibir productos sanguíneos u órganos trasplantados infectados.** Desde 1985, en los Estados Unidos se analizan toda la sangre y todos los órganos donados a fin de detectar el VIH; por lo tanto, el riesgo de contraer el VIH de este modo en los Estados Unidos actualmente es muy bajo y también está disminuyendo en otros países, a medida que mejoran sus métodos de análisis.

El VIH no se transmite a través del aire o del agua, tampoco mediante la saliva, el sudor, las lágrimas o los besos con la boca cerrada, no se transmite por insectos o por las mascotas, y tampoco al compartir el inodoro, los alimentos o las bebidas.

(enfermedades, 2019)

5.1 Como se transmite el VIH de una persona a otra

Solamente se puede contraer o transmitir el VIH a través de determinadas actividades. Lo más común es que las personas lo contraigan o transmitan a través de sus comportamientos sexuales o el uso de jeringas o agujas.

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

En los Estados Unidos, el VIH se transmite principalmente mediante lo siguiente:

- Tener relaciones sexuales anales o vaginales con una persona que tiene el VIH sin usar condones y no tomar medicamentos para prevenir o tratar el VIH.
 - Para el integrante de la pareja VIH negativo, el sexo anal receptivo (pasivo) es el comportamiento sexual de más alto riesgo, pero también puede obtener el VIH a través del sexo anal insertivo (activo).
 - Tanto el integrante masculino como el femenino de una pareja puede contraer el VIH a través del sexo vaginal, aunque es menos riesgoso para contraer el VIH que el sexo anal receptivo.
- Compartir con una persona VIH positiva las agujas o jeringas, el agua de enjuague o los otros implementos que se usan para preparar las drogas inyectables. El VIH puede vivir en una aguja usada por hasta 42 días, según la temperatura y otros factores.

Con menor frecuencia, el VIH se puede transmitir:

- De madre a hijo durante el embarazo, en el parto o a través de la lactancia materna. El riesgo puede ser elevado si la madre tiene el VIH y no está tomando medicamentos; sin embargo, las recomendaciones de hacerles la prueba a todas las mujeres embarazadas y de iniciar el tratamiento contra el VIH inmediatamente han reducido la cantidad de bebés que nacen con esta infección.
- Pincharse con una aguja o con otro objeto corto punzante contaminado con el VIH. Este es un riesgo principalmente para los trabajadores de la salud.

En casos extremadamente raros, el VIH se ha transmitido de las siguientes maneras:

- El sexo oral, o sea, poner la boca en el pene (felación), la vagina (cunnilingus) o el ano (anilingus). Por lo general, el riesgo de contraer el VIH a través del sexo oral es muy bajo o nulo. Pero aunque sea extremadamente raro, en teoría es posible transmitir el VIH durante el sexo oral si un hombre VIH positivo eyacula dentro de la boca de su pareja.
- Recibir transfusiones de sangre, productos de sangre o trasplantes de tejidos u órganos que estén contaminados con el VIH. Esto era más común cuando primero apareció el VIH, pero ahora el riesgo es extremadamente pequeño debido al riguroso análisis que se le hace en los Estados Unidos a la sangre, los órganos y los tejidos donados.
- Comer alimentos que fueron pre masticados por una persona infectada por el VIH. La contaminación ocurre cuando la sangre en la boca de la persona infectada se mezcla con la comida al pre masticarla. Los únicos casos de este tipo de contaminación que se conocen son en bebés.
- La mordedura de una persona con el VIH. Cada uno de los muy escasos casos documentados involucra traumatismo grave con daño extenso de los tejidos y la presencia de sangre. No existe riesgo de transmisión si no se rompe la piel.
- El contacto entre sangre infectada por el VIH o líquidos corporales con sangre infectada y piel abierta, heridas o membranas mucosas.
- Los besos profundos de boca abierta si las dos personas tienen llagas o encías sangrantes y la sangre de la persona VIH positiva entra al torrente

sanguíneo de la persona VIH negativa. El VIH no se transmite a través de la saliva. (enfermedades, 2019)

5.2 Se puede contraer el VIH mediante relaciones sexuales anales de hecho, el sexo anal es el tipo de sexo más riesgoso para el contagio o la transmisión del VIH.

El VIH se puede encontrar en ciertos líquidos corporales —la sangre, el semen, el líquido pre seminal o las secreciones rectales— de las personas que tienen el VIH. Aunque el sexo anal receptivo (pasivo) es mucho más riesgoso para contraer el VIH que el sexo anal insertivo (activo), es posible que cualquiera de las personas en la pareja (la activa o la pasiva) contraiga el VIH. El riesgo para la *pasiva* es muy alto porque el recubrimiento del recto es delgado y puede permitir que el VIH entre al cuerpo durante las relaciones sexuales anales. La *activa* también está en riesgo porque el VIH puede entrar al cuerpo por el orificio que se encuentra en la punta del pene (uretra), el prepucio (si el pene no está circuncidado) o los pequeños cortes y rasguños, o las llagas abiertas que tenga en cualquier parte del pene.

Se puede contraer el VIH mediante relaciones sexuales vaginales

Tanto el integrante masculino como el femenino de una pareja pueden contraer el VIH a través del sexo vaginal, aunque es menos riesgoso para contraer el VIH que el sexo anal receptivo.

Cuando una mujer tiene relaciones sexuales vaginales con una persona VIH positiva, el VIH le puede entrar al cuerpo a través de las membranas mucosas que recubren la vagina y el cuello uterino. La mayoría de las mujeres que contraen el VIH, lo contraen a través de las relaciones sexuales vaginales.

Los hombres también pueden contraer el VIH al tener relaciones sexuales vaginales con una mujer VIH positiva. Esto se debe a que las secreciones vaginales y la sangre son portadores del VIH. Los hombres contraen el VIH a través del orificio que se encuentra en la punta del pene (uretra), el prepucio (si no están circuncidados) o los pequeños cortes y rasguños, o las llagas abiertas que tengan en cualquier parte del pene.

Se puede contraer el VIH mediante las relaciones sexuales orales

Para las personas VIH negativas, las probabilidades de contraer el VIH a través de las relaciones sexuales orales con una persona VIH positiva son extremadamente bajas.

El sexo oral implica poner la boca en el pene (felación), la vagina (cunnilingus) o el ano (anilingus). Por lo general, el riesgo de contraer o transmitir el VIH a través del sexo oral es muy bajo o nulo.

Los factores que podrían aumentar el riesgo de transmitir el VIH a través del sexo oral son eyacular en la boca con úlceras orales, encías sangrantes, llagas genitales, y la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) que podrían ser visibles o no.

Puede contraer otras enfermedades de transmisión sexual a través de las relaciones sexuales orales. Además, puede contraer hepatitis A y B, parásitos como la Giardia, y bacterias como las de Shigella, Salmonella, Campylobacter y E. coli., si le entran heces en la boca durante el anilingus.

5.3 Existe alguna relación entre el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual tener otra enfermedad de transmisión sexual (ETS) puede aumentar el riesgo de contraer o transmitir el VIH.

Si usted tiene otra ETS, tiene más probabilidades de contraer o transmitir el VIH. Algunas de las ETS más comunes son la gonorrea, la clamidia, la sífilis, la tricomoniasis, el virus del papiloma humano (VPH), el herpes genital y la hepatitis. La única manera de saber con certeza si tiene una ETS es hacerse una prueba. Si es sexualmente activo, usted y sus parejas deben hacerse una prueba de ETS regularmente (incluso la del VIH si es VIH negativo), aunque no tengan síntomas.

Si es VIH negativo, pero tiene una ETS, sus probabilidades de contraer el VIH a través de las relaciones sexuales sin protección con una persona VIH positiva son 3 veces más altas. Tener una ETS puede aumentar sus probabilidades de contraer el VIH de dos maneras. Si la ETS causa irritación en la piel (como lo hace la sífilis, el herpes o el virus del papiloma humano), estos cortes o llagas podrían facilitar la entrada del VIH al cuerpo durante el contacto sexual. Incluso las ETS que no producen cortes o llagas abiertas (como la clamidia, la gonorrea o la tricomoniasis) pueden aumentar el riesgo porque causan inflamación, lo cual aumenta la cantidad de células que pueden servir de objetivo para el VIH.

Si usted es VIH positivo y además está infectado con otra ETS, sus probabilidades de transmitir el VIH a través del contacto sexual son aproximadamente 3 veces más altas que si no tuviera la ETS. Esto parece suceder porque hay una concentración más alta de VIH en el semen y en las secreciones genitales de las personas VIH positivas que también están infectadas con otra ETS.

Se puede contraer el VIH por inyectarme drogas

Su riesgo de contraer el VIH es muy alto si usted usa las agujas u otros implementos (como los recipientes para mezclar las drogas, el algodón o el agua) que haya usado otra persona que tenga el VIH.

Las personas que se inyectan drogas, hormonas, esteroides o silicona pueden contraer el VIH por compartir agujas o jeringas y otros implementos para la inyección. Estas agujas e implementos pueden tener sangre de otra persona, y la sangre puede transmitir el VIH. De la misma manera, se pone en riesgo de contraer hepatitis B y C si comparte las agujas y los implementos porque estas infecciones también se transmiten a través de la sangre.

Otro motivo por el cual las personas que se inyectan drogas pueden contraer el VIH (y otras enfermedades de transmisión sexual) es que cuando las personas están drogadas, es más probable que tengan relaciones sexuales riesgosas.

Dejar de inyectarse o de consumir otras drogas puede reducir mucho sus probabilidades de contraer el VIH. Quizás necesite ayuda para dejar de consumir drogas o para consumir menos, pero hay muchos recursos disponibles.

Si se sigue inyectando drogas, puede reducir su riesgo de contraer el VIH si usa solamente agujas e implementos estériles nuevos cada vez que se inyecte. Nunca comparta las agujas ni los implementos.

Se puede contraer el VIH por usar otros tipos de drogas

Cuando usted está borracho o drogado, es más probable que tome decisiones que lo pongan en riesgo de contraer el VIH como, por ejemplo, tener relaciones sexuales sin condón.

Si toma alcohol, especialmente en atracón, y consume “drogas de diseño” como éxtasis, queta mina, GHB o inhalantes (o *poppers*), esto puede afectar su juicio, reducir sus inhibiciones y alterar las decisiones que tome con relación al sexo o al consumo de otras drogas. Hace que sea más probable que tenga relaciones sexuales no planificadas y sin protección, que tenga dificultad para usar los condones de la manera correcta en cada relación sexual, que tenga más parejas sexuales o que consuma otras drogas, como drogas inyectables o metanfetaminas. Esos comportamientos pueden aumentar su riesgo de exposición al VIH. Si usted tiene el VIH, también pueden aumentar el riesgo de transmitir el VIH a otras personas. Estar borracho o drogado afecta su capacidad de tomar decisiones seguras.

Si va a ir a una fiesta, o a otro lugar donde sabe que beberá o consumirá drogas, puede llevar un condón para reducir su riesgo en caso de que tenga relaciones sexuales vaginales o anales.

Hay terapias, medicamentos y otros métodos disponibles para ayudarlo a dejar de consumir alcohol o drogas, o a reducir la cantidad que consume. Consulte con un consejero, un médico u otro proveedor de atención médica sobre las opciones que podrían ser adecuadas para usted.

Si ya se tiene el VIH, se puede contraer otro tipo del VIH

A esto se lo llama súper infección por el VIH.

La súper infección por el VIH ocurre cuando una persona con el VIH se infecta con otra cepa del virus. La cepa nueva del VIH puede reemplazar la cepa original o permanecer a la par de la primera.

Los efectos de la súper infección varían de una persona a otra. La súper infección puede hacer que algunas personas se enfermen más rápido porque se infectan con una cepa nueva del virus que es resistente a los medicamentos (la terapia antirretroviral o TARV) que toman para tratar su infección inicial.

Las investigaciones indican que las súper infecciones difíciles de tratar son infrecuentes. Tomar medicamentos para tratar el VIH (o TARV) puede reducir las probabilidades de contraer una súper infección. (salud, 2015)

5.4 Los trabajadores de la salud, están en riesgo de contraer el VIH en su trabajo

Para los trabajadores de la salud, el riesgo de exposición al VIH en el trabajo (exposición ocupacional) es muy bajo, especialmente si toman medidas de protección y usan equipos de protección personal para prevenir tanto el VIH como las otras infecciones que se transmiten por la sangre. El principal riesgo de transmisión del VIH que tienen los trabajadores de la salud en el trabajo es pincharse con una aguja o con un objeto corto punzante contaminado con VIH. Sin embargo, incluso este riesgo es pequeño. Los científicos estiman que el riesgo de infección por el VIH por pincharse con una aguja que se usó en una persona infectada por el VIH es de menos de 1 %.

Se puede contraer el VIH por recibir atención médica

Aunque es posible que ocurra la transmisión del VIH en los entornos de atención médica, es extremadamente infrecuente.

La cuidadosa práctica de control de infecciones, que incluye precauciones universales (tomar medidas de protección y usar equipos de protección personal para prevenir el VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea), protege tanto a los pacientes como a los proveedores de atención médica contra la posible transmisión del VIH en los consultorios médicos y dentales y en los hospitales.

El riesgo de contraer el VIH por recibir una transfusión de sangre, productos de sangre o un trasplante de órganos o tejidos contaminados con el VIH es extremadamente pequeño debido al riguroso análisis que se le hace a la sangre, los órganos y los tejidos donados, en los Estados Unidos.

Es importante saber que **no se puede contraer el VIH por donar sangre**. Los procedimientos de extracción de sangre están altamente regulados y son muy seguros.

No se puede contraer el VIH por el contacto casual con una persona infectada (darle un “beso social”, la mano o un abrazo, usar el mismo inodoro, beber del mismo vaso) o por el estornudo o la tos de una persona infectada.

El VIH no se transmite de ninguna de estas maneras:

- Al darle un abrazo, darle la mano, usar el mismo inodoro, compartir platos o darle besos de boca cerrada (o “besos sociales”) a una persona que sea VIH positiva.
- A través de la saliva, las lágrimas o el sudor que no esté mezclado con la sangre de una persona VIH positiva.
- A través de los mosquitos, las garrapatas y otros insectos chupadores de sangre.
- A través del aire.

Solamente ciertos líquidos corporales la sangre, el semen, el líquido pre seminal, las secreciones rectales, las secreciones vaginales y la leche materna de una persona infectada por el VIH pueden transmitir el virus. Lo más común es que las personas lo contraigan o transmitan a través de sus comportamientos sexuales o del uso de jeringas o agujas. Los bebés también pueden contraer el virus de su madre VIH positiva durante el embarazo, el parto o a través de la lactancia materna.

Se puede contraer el VIH por hacerse un tatuaje o hacerse perforaciones en el cuerpo. No se conocen casos aun, sin embargo se puede contraer el VIH de las agujas u otros equipos para tatuajes o perforaciones que se vuelvan a usar o que no se esterilicen adecuadamente, o de la tinta contaminada.

Se puede contraer el VIH por hacerse tatuajes o perforaciones corporales si los equipos que se usan para estos procedimientos contienen sangre de otra persona o si se comparte la tinta. El riesgo de contraer el VIH de esta manera es muy bajo, pero aumenta cuando la persona que hace el procedimiento no cuenta con la autorización debida porque existe la posibilidad de que realice prácticas no higiénicas, como compartir las agujas o la tinta. Si se hace un tatuaje o una perforación corporal, asegúrese de que la persona que haga el procedimiento cuente con la autorización debida y que solamente use agujas, tinta y demás artículos nuevos o esterilizados.

No se puede contraer el VIH de los alimentos

No puede contraer el VIH por consumir los alimentos que haya tocado una persona infectada por el VIH. Aunque los alimentos contuvieran pequeñas cantidades de

sangre o semen infectado con el VIH, la exposición al aire, el calor de la cocción y los ácidos estomacales destruirían el virus.

Aunque es muy infrecuente, el VIH se puede propagar al comer alimentos que hayan sido pre masticados por una persona infectada por el VIH. La contaminación ocurre cuando la sangre en la boca de la persona infectada se mezcla con la comida al pre masticarla. Los únicos casos de este tipo de contaminación que se conocen son en bebés.

Están en riesgo de contraer el VIH las lesbianas o las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres

Los informes de casos de transmisión del VIH de mujer a mujer son muy infrecuentes. El riesgo bien documentado de transmisión de mujer a hombre muestra que las secreciones vaginales y la sangre menstrual pueden contener el virus y que la exposición a estos líquidos a través de las membranas mucosas (de la vagina o la boca) podría potencialmente causar la infección por el VIH. (salud, 2015)

5.5 El riesgo de contraer el VIH es diferente para las diferentes personas

Algunos grupos de personas tienen más probabilidades de contraer el VIH que otros debido a muchos factores, entre ellos, si sus parejas sexuales tienen el VIH, sus comportamientos de riesgo y el lugar donde viven.

Cuando se vive en una comunidad en la que muchas personas tienen la infección por el VIH, las probabilidades de tener relaciones sexuales o de compartir agujas u otros implementos de inyección con una persona que tiene el VIH son más altas. Puede usar el atlas sobre VIH, ETS, hepatitis y tuberculosis de los CDC para ver el porcentaje de personas que tienen el VIH (prevalencia) en diferentes comunidades de los Estados Unidos. Dentro de una comunidad, la prevalencia del VIH puede variar entre sus diferentes poblaciones.

Los hombres homosexuales y bisexuales tienen la mayor cantidad de diagnósticos nuevos en los Estados Unidos. Los negros o afroamericanos y los hispanos o latinos son afectados de manera desproporcionada por el VIH comparado con otros grupos raciales o étnicos. Asimismo, las mujeres transexuales que tienen relaciones sexuales con hombres están entre los grupos de mayor riesgo de infección por el VIH, y las personas que se inyectan drogas permanecen en riesgo significativo.

Los comportamientos riesgosos, como tener relaciones sexuales anales o vaginales sin usar condón y no tomar medicamentos para prevenir o tratar el VIH, y compartir agujas o jeringas, tienen un rol importante en la transmisión del VIH. El sexo anal es el comportamiento sexual de más alto riesgo. Si usted no tiene el VIH, ser el integrante de la pareja receptivo (pasivo) en las relaciones sexuales anales es la actividad sexual de más alto riesgo en cuanto al contagio del VIH. Si usted sí tiene el VIH, ser el integrante de la pareja insertivo (activo) en las relaciones sexuales anales es la actividad sexual de más alto riesgo en cuanto a la transmisión del VIH.

Sin embargo, en la actualidad existen más herramientas que nunca para prevenir el VIH. Elegir comportamientos sexuales menos riesgosos, tomar medicamentos para prevenir y tratar el VIH, y usar condones con lubricante son todas maneras altamente eficaces de reducir el riesgo de contraer o transmitir el VIH.

5.6 Prevención del VIH

En la actualidad, existen más herramientas que nunca para prevenir el VIH. Además de limitar la cantidad de parejas sexuales, no compartir nunca jeringas y usar condones de la manera correcta cada vez que tenga relaciones sexuales, también podría aprovechar los medicamentos más nuevos, como la profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis pos exposición (PEP).

Previenen los condones el VIH

Si los utiliza de la manera correcta cada vez que tiene relaciones sexuales, los condones son altamente eficaces para prevenir la infección por el VIH. Pero es importante educarse acerca de cómo usarlos de la manera correcta.

Los condones también pueden ayudar a prevenir otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) que se contagian mediante los líquidos corporales, como la gonorrea y la clamidia. Sin embargo, proporcionan menos protección contra las ETS que se propagan a través del contacto con la piel, como el virus del papiloma humano o VPH (verrugas genitales), el herpes genital y la sífilis.

Hay dos tipos principales de condones: los masculinos y los femeninos.

Los condones masculinos

- Los condones masculinos son fundas delgadas de látex, poliuretano, poliisopreno o de una membrana natural, que cubren el pene durante las relaciones sexuales.

- Los condones de látex son los que proporcionan la mejor protección contra el VIH. Para las personas con alergia al látex, los condones de poliuretano (plástico) o poliisopreno (caucho sintético) son buenas opciones; sin embargo, los condones de plástico se rompen más frecuentemente que los de látex. Los condones de membranas naturales (como los de piel de cordero) tienen pequeños agujeritos y, por lo tanto, no bloquean el VIH ni otras ETS.
- Use lubricantes a base de agua o silicona para reducir las probabilidades de que el condón se rompa o se salga durante la relación sexual. No use lubricantes a base de aceite (como la vaselina, la grasa vegetal, el aceite mineral, los aceites para masajes, las cremas para el cuerpo o el aceite de cocina) con los condones de látex porque pueden debilitarlo y hacer que se rompa. No use lubricantes que contengan nonoxinol-9, ya que causa irritación en el recubrimiento de la vagina y el ano, y aumenta el riesgo de contraer el VIH.

Los condones femeninos

- Los condones femeninos son fundas delgadas hechas de un producto de látex sintético llamado nitrilo. Están diseñados para que los use la mujer en la vagina durante las relaciones sexuales.
- Cuando se usan en la vagina, los condones femeninos son comparables con los condones masculinos en cuanto a la prevención del VIH, otras ETS y el embarazo. Algunas personas usan condones femeninos para las relaciones sexuales anales. En la actualidad no sabemos qué tan bien funcionan los condones femeninos para prevenir el VIH y otras ETS cuando son usados por hombres o mujeres en las relaciones sexuales anales. Lo que sí sabemos es que el VIH no puede atravesar la barrera de nitrilo.
- Es seguro usar cualquier tipo de lubricante con los condones femeninos de nitrilo.

Aunque use condones de la manera correcta cada vez que tenga relaciones sexuales, todavía existe la posibilidad de que contraiga el VIH. Para algunas personas que están en alto riesgo de contraer o transmitir el VIH, usar métodos adicionales de prevención, como tomar medicamentos para prevenir y tratar el VIH, puede reducir aún más su riesgo. (CDC, 2019)

5.7 Usar un lubricante puede ayudar a reducir el riesgo de VIH

Los lubricantes pueden ayudar a prevenir que los condones se rompan o se salgan.

Los lubricantes a base de agua o silicona son seguros para usar con todos los condones. Los lubricantes a base de aceite y los productos que contienen aceite, como las cremas para las manos, la vaselina o el Crisco, no se deben usar con condones de látex debido a que pueden debilitar el condón y hacer que se rompa. Es seguro usar cualquier tipo de lubricante con los condones femeninos de nitrilo. Pero no se deben usar los lubricantes que contienen nonoxinol-9 porque esta sustancia irrita el recubrimiento de la vagina y el ano, y aumenta el riesgo de contraer el VIH.

La circuncisión masculina puede prevenir el VIH

Los hombres circuncidados tienen menos probabilidades que los no circuncidados de contraer el VIH de una pareja femenina VIH positiva, pero la circuncisión no reduce su riesgo tanto como otras opciones de prevención. No hay evidencia de que la circuncisión masculina reduzca el riesgo de contraer el VIH para las mujeres y la evidencia sobre los beneficios de la circuncisión entre los hombres homosexuales y bisexuales no es concluyente.

Los hombres circuncidados deben tomar otras medidas, como usar condones de manera correcta cada vez que tienen relaciones sexuales o tomar medicamentos para prevenir o tratar el VIH, a fin de reducir más su riesgo de contraer el VIH o para proteger a sus parejas.

Se pueden tomar medicamentos para prevenir contraer el VIH

Si usted está en muy alto riesgo de contraer el VIH a través de las relaciones sexuales o la inyección de drogas, tomar los medicamentos diarios para el VIH, llamados profilaxis preexposición (o PrEP), puede reducir mucho su riesgo de infección por el VIH. Para reducir aún más su riesgo, puede combinar el uso de la PrEP con estrategias adicionales.

Las directrices federales recomiendan que se considere la PrEP para las personas que sean VIH negativas y estén en muy alto riesgo de contraer el VIH. Esto incluye a las personas que estén en una relación sexual continua con una persona VIH positiva. También incluye a cualquier persona que:

1) esté en una relación que no sea mutuamente monógama* con una persona que haya recibido un resultado negativo a la prueba del VIH recientemente, y *además*

2) sea:

- un hombre homosexual o bisexual que ha tenido relaciones sexuales anales sin condón o que ha recibido un diagnóstico de una ETS en los últimos 6 meses;
- un hombre que ha tenido relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres; o
- un hombre o una mujer heterosexual que no usa condones regularmente cuando tiene relaciones sexuales con una persona que está en riesgo sustancial de infección por el VIH y no sabe si lo tiene (p. ej., las personas que se inyectan drogas o las mujeres que tienen parejas masculinas bisexuales).

La PrEP también se recomienda para las personas que se han inyectado drogas en los últimos 6 meses y han compartido las agujas o los implementos, o que han estado en tratamiento contra la drogadicción en los últimos 6 meses.

Si tiene una pareja que es VIH positiva y está considerando quedar embarazada, hable con el médico acerca de la PrEP. Podría ser una opción para ayudarla a protegerse y proteger al bebé.

La PrEP implica tomar medicamentos todos los días y visitar regularmente a un proveedor de atención médica. (CDC, 2019)

5.8 Se puede prevenir contraer el VIH al consumir drogas

Dejar de inyectarse o de consumir otras drogas puede reducir mucho sus probabilidades de contraer o transmitir el VIH. Si se sigue inyectando drogas, use solamente agujas e implementos estériles. Nunca comparta las agujas ni los implementos.

Si usa una aguja o los implementos que usó una persona que tiene el VIH, se pone en riesgo muy alto de contraerlo. Además, cuando las personas están drogadas, tienen más probabilidades de tener relaciones sexuales riesgosas, lo cual aumenta sus probabilidades de contraer o el transmitir el VIH.

La mejor manera de reducir su riesgo de contraer el VIH es dejar de consumir drogas. Quizás necesite ayuda para dejar de consumir drogas o para consumir menos; hay muchos recursos disponibles. Hable con un consejero, un médico u otro proveedor de atención médica sobre el tratamiento para el abuso de sustancias.

Si se sigue inyectando drogas, estas son algunas cosas que puede hacer para reducir el riesgo de contraer el VIH y otras infecciones:

- Use únicamente agujas e implementos nuevos estériles cada vez que se inyecte. En muchas comunidades hay programas de intercambio de agujas donde puede obtener agujas e implementos nuevos, y algunas farmacias pueden vender las agujas sin receta.
- Nunca comparta las agujas ni los implementos.
- Limpie las agujas usadas con cloro solamente cuando no pueda conseguir nuevas. Limpiarlas con cloro puede reducir el riesgo de infección por el VIH, pero no lo elimina.
- Use agua esterilizada para preparar las drogas.
- Límpiense la piel con una gaza nueva mojada en alcohol antes de inyectarse.
- Tenga cuidado de no ensuciarse las manos, ni de ensuciar la aguja o los implementos con la sangre de otra persona.
- Deseche las agujas de manera segura después de un solo uso. Use un recipiente para objetos corto punzante o mantenga las agujas usadas lejos de las demás personas.
- Hágase la prueba del VIH por lo menos una vez al año.
- Pregúntele al médico acerca de tomar un medicamento diario para prevenir el VIH (llamado profilaxis preexposición o PrEP).
- No tenga relaciones sexuales si está drogado. Pero si tiene relaciones sexuales, use un condón de la manera correcta cada vez. (CDC, 2019)

6. ESTIGMATIZACIÓN RELACIONADO AL VIH-SIDA

6.1 El VIH/SIDA es estigmatizado.

Ya que primero es una condición incurable y progresiva, segundo se entiende que las personas afectadas son responsables de su condición debido a sus actividades de riesgo, y tercero la condición física de las personas en las etapas más avanzadas del síndrome afecta de manera adversa la interacción social.

El estigma hacia el VIH-SIDA no está solo en las mentes de las personas, sino esto es un producto social, lo que a su vez llega a ser un problema social, el cual debe ser intervenido de manera adecuada, para así enfrentar el estigma y a su vez la discriminación. Para ello se debe trabajar en ciertos factores que influyen para que se produzca esto, como son: escaso conocimiento sobre la enfermedad, mitos sobre la transmisión, la relación de la infección con grupos socialmente marginados (homosexuales, trabajadoras sexuales y personas de bajos recursos económicos), la imagen de incurabilidad difundida por los medios y el temor a la muerte y al contagio.

La estigmatización a personas con VIH-SIDA también está vinculada con la "percepción de que los hombres que tienen sexo con otros hombres y las personas que realizan trabajo sexual deciden sus prácticas sexuales estableciendo una división entre víctimas inocentes y culpables" Los grupos de riesgo para contraer el VIH-SIDA no se definen por la orientación sexual de las personas, sin embargo la discriminación hacia estos grupos influye en el trato a las personas infectadas creyendo que solo este grupo de personas puede contraer VIH-SIDA.

6.2 Atención del personal de enfermería hacia los pacientes con VIH-SIDA

Según estudios realizados en Cuba se comprobó que "existe una discriminación latente por el personal de enfermería hacia los portadores de VIH y enfermos de SIDA, esto a pesar de tener los conocimientos necesarios sobre la transmisión. Dicha discriminación es más frecuente en la atención secundaria". La atención secundaria es de mayor complejidad al igual que el tratamiento y la atención que

deben recibir los pacientes con VIH-SIDA, es en este sector donde existe mayor contacto entre el personal de enfermería y el paciente. Todo el personal de salud tiene la responsabilidad de brindar una atención de calidad y calidez, sin ningún tipo de discriminación, en especial hacia las personas que padecen enfermedades crónicas o infecto-contagiosas, como es el caso de pacientes diagnosticados con VIH-SIDA o con sospecha de dicha enfermedad. Sin embargo, en ciertos países se ha documentado que los comportamientos y actitudes del personal médico están más cercanos a mitos, creencias, emociones y pautas culturales y sociales que al "conocimiento científico" existente.

Además un estudio realizado por Walusimbi y Okonsky demostró que casi la mitad de enfermeros manifestaron un alto nivel de miedo a contraer VIH-SIDA en la práctica clínica. También, se vio que la edad de los profesionales influye en sus actitudes, es decir, mientras más edad tenga el profesional menos actitud positiva tiene hacia el VIH-SIDA. Esto puede ser por influencia de la sociedad y por la falta de compromiso para cambiar este tipo de actitudes.

Cuando el personal de enfermería no ha sido sensibilizado y educado para comprender y tener un adecuado manejo de esta realidad, no están exentos de experimentar los miedos, tabúes y prejuicios que tiene el resto de la sociedad frente al VIH. Siendo estos los elementos para que el VIH sea no sólo una enfermedad sino además un problema social. Gran parte de este problema se asocia a carencias educativas de los grupos sociales y a los mitos que se han creado en torno a su propagación.”

En la actualidad, se sigue viendo que todavía existen estigmas relacionados a la aplicación de cuidados de enfermería hacia una persona con VIH-SIDA, ya que al estar en contacto continuo con un paciente seropositivo, aumentan las probabilidades de infectarse de esta enfermedad. Debido a que se está en contacto directo con secreciones corporales de riesgo, como es la sangre, y también porque se realizan procedimientos invasivos. Por lo cual es de gran importancia siempre tener presente las normas de bioseguridad para así disminuir el riesgo de contagio y evitar la falsa seguridad por habitualidad, lo cual reducen las medidas de

protección. Además de esto, también trae consigo efectos negativos hacia el paciente, ya que no van a tener la seguridad y la confianza de ir oportunamente a las casas de salud, por el temor de ser rechazados o criticados por su situación. Debido a esto, los pacientes no acuden a realizarse los exámenes para confirmar la enfermedad y recibir a tiempo el tratamiento.

6.3 Actitud de estudiantes de enfermería al tratar a pacientes con VIH-SIDA

“Algunos estudios sugieren que las personas con altos grados de escolaridad tienen un mejor conocimiento sobre VIH/SIDA y son menos propensas a estigmatizar a quienes padecen la enfermedad”. Además otros estudios indican que estudiantes de ciclos iniciales de la carrera demuestran mayor temor al momento de atender a pacientes con VIH-SIDA, por no tener suficiente conocimiento científico sobre la transmisión de la enfermedad. Sin embargo, estudiantes que cursan ciclos superiores y poseen conocimientos científicos sobre esta enfermedad, todavía sienten temor al momento de tratar a pacientes con VIH-SIDA, y esto se puede dar por que durante todos sus años de formación no han estado en contacto con este tipo de pacientes o no han recibido la suficiente educación de cómo tratarlos. En investigaciones realizadas evidencian que las actitudes que tienen ciertos estudiantes son un obstáculo para una instrucción efectiva.

En estudios realizados se ha comprobado que los estudiantes de enfermería que realizan sus prácticas en unidades donde hay pacientes con SIDA presentan posteriormente una mejora en su actitud hacia el SIDA en general y en la intención de trabajar con pacientes seropositivos. Pero en estudiantes que no han tenido la posibilidad de atender a esta clase de pacientes, se ha visto que se niegan a atenderlos e inclusive algunos dicen que: “debían tener el derecho a no atender a un paciente con VIH”. Otros estudios indican que los estudiantes de enfermería demuestran un mayor grado de incomodidad al realizar procedimientos clínicos, sobre todo los invasivos. Por lo cual, es importante crear conciencia desde las aulas,

tener presente cuales son las maneras de transmisión y sobre todo estar más en contacto con pacientes seropositivos para así cambiar los mitos, creencias y estigmas que se han ido creando en la sociedad. Esto ayudará a que los estudiantes puedan vencer sus temores y tratar a pacientes con VIH-SIDA de una manera equitativa y más humana.

Las actitudes en relación al SIDA requieren acciones multidireccionales con una formación previa, que no solo esté enfocada en el modelo educativo tradicional, sino que aplique metodologías que sean activas y reflexivas, en las que no solo estén involucradas los conocimientos adquiridos, sino también las actitudes de los estudiantes. La formación en las actitudes de los estudiantes es un proceso complejo, en el que entran las subjetividades y valores personales, para así modificar las creencias erróneas creadas. Por lo cual, estudios indican que la formación actitudinal en enfermería no debe posponerse a la adquisición de experiencia profesional, sino que debe enfatizarse durante el período de formación, utilizando una metodología adecuada para así facilitar el cambio actitudinal.

Por ello es importante que durante los años de formación no solo se enfatice en lo teórico sino también que se trabaje en las actitudes y en lo que sienten los estudiantes al atender a un paciente seropositivo, para que así en un futuro no tengan dificultad al atender a uno y sobre todo que sus cuidados sean de calidad y sin prejuicios. Al no ser abordado correctamente las creencias sobre el VIH-SIDA, los estudiantes de enfermería en un futuro pueden realizar cuidados poco profesionales en relación a las necesidades físicas y afectivas de los pacientes.

6.4 Impacto psicológico en pacientes con vih-sida a causa de la estigmatización por parte de la sociedad.

El VIH-SIDA al ser una enfermedad infecto-contagiosa no solo ataca al sistema inmunitario, sino también afecta emocionalmente y psicológicamente a la persona enferma. Esto se da por el rechazo o el estigma que perciben del medio que les rodea, ya sea por parte de la familia, amigos, compañeros de trabajo e inclusive del personal de salud. Por lo cual, estas personas van a manifestar niveles muy bajos de autoestima, sintomatología depresiva y falta de apoyo social.

Todo esto en conjunto va a afectar aún más al estado de salud de la persona, provocando una disminución mayor de la función del sistema inmunitario, volviéndole a la persona todavía más propensa a adquirir enfermedades oportunistas. Por lo cual, es importante brindar apoyo moral a este tipo de personas, para que así no se sientan solas y estén motivadas a continuar con su tratamiento farmacológico, logrando así eliminar los estigmas que se han ido creando a lo largo del tiempo en la sociedad y sobre todo a que las personas seropositivas tengan una buena calidad de vida.

Dentro del ámbito sociocultural la mayoría de los casos de infección se desarrollan en un ambiente moral y religioso que lleva al rechazo, abandono, discriminación, estigma incluso a la alteración de la funcionalidad de la familia de los infectados afectando de manera significativa la salud de los enfermos a causa de las reacciones negativas que se generan a su alrededor.

La sociedad en la que nos encontramos crea un tabú sobre la enfermedad haciéndola ver como un castigo, o algo inmoral cuando en la realidad es un problema de salud pública que nos puede afectar a cualquiera ya sea por falta de información, por descuido, o por accidente. Las reacciones negativas hacia el enfermo le pueden causar ira, frustración, ansiedad, tristeza, desesperanza, impotencia, culpabilidad, miedo incluso ideas suicidas Según estudios existen

factores como el contexto familiar de pobreza, tradición migratoria y las condicionantes diferenciales de género que fundamentan el apoyo y el rechazo en las relaciones familiares de las personas enfermas.

A la primera sociedad a la que se enfrentan las personas con VIH-SIDA es a su familia, ellos son los primeros en señalarlos, rechazarlos o en el mejor de los casos apoyarlos y brindarles su solidaridad. El tipo de reacción familiar también depende de las condiciones de cada familia, sus valores, religión, nivel económico, educación y cultura.

6.5 El VIH-SIDA desde su descubrimiento ha ido generado miedo, temor y discriminación.

Estos factores a su vez han determinado las percepciones, mitos o creencias que se tienen de dicha infección, incluso en el personal de salud, en especial en los estudiantes de enfermería, lo cual se evidenció en esta investigación. Las percepciones y temores de los estudiantes de enfermería hacia pacientes con VIH-SIDA son una problemática evidente en el grupo de estudio, en relación a las categorías planteadas: conocimientos sobre VIH-SIDA, formas de transmisión, educación, relación con los pacientes con VIH-SIDA, relaciones interpersonales, empatía, comportamientos, sentimientos, estereotipos, religión, inclinación sexual, consecuencias, personalidad y autopercepción del paciente.

Los estudiantes de enfermería entrevistados muestran tener un conocimiento general de la enfermedad, pero sin embargo aún existen algunos vacíos a pesar de toda la información adquirida durante su vida estudiantil.

Debido a que este tema no es y no ha sido estudiado a profundidad, abarcando todo lo que le compete a la misma, coincidiendo con un estudio realizado en México por Hernández (2013), titulado "Percepción de los adolescentes sobre el VIH/SIDA" en donde indica que los jóvenes no son ignorantes de la patología y que la información proporcionada es bastante general por lo que no profundizan en el tema ,

considerando que esta deficiencia es debido a la ausencia de conferencias y cursos de actualización respecto al VIH/SIDA.

Mediante nuestro estudio se evidenció que los estudiantes consideran que los profesionales de la salud son quienes están propensos a infectarse del virus por estar en continuo contacto con fluidos corporales y material contaminado. Aunque los resultados del estudio de Uribe, Orcasita (2011) no son iguales a nuestro estudio, muestran similitud ya que en un 61,8% de los profesionales evaluados consideran que pueden infectarse por el virus, pero una minoría del 23,5% afirma lo contrario. De igual forma, a un 82,4% les preocupa contraer el virus, lo cual se le puede considerar como un factor de protección frente a la enfermedad.

En un estudio realizado en España por Arroyo (2014) los enfermeros mencionaron que la edad elevada, la falta de información, el deterioro de las infraestructuras, el equipo médico insuficiente, la falta de personal, la sobrecarga de trabajo y el escaso o ningún apoyo de los administradores del servicio pueden originar una repercusión negativa en la actitud del profesional a la hora de realizar los cuidados a estos pacientes. Estas actitudes negativas están sustentadas por conocimientos, mitos y creencias erróneas que conllevan a la discriminación.

Mientras que en nuestro estudio los estudiantes mencionan que ciertos profesionales de la salud toman medidas innecesarias al realizar procedimientos que no representan un riesgo de contagio, siendo notorias estas actitudes negativas ante el paciente y consideran a la discriminación como una consecuencia de la falta de información, que es algo ilógico y desagradable, más que todo si es por parte del personal de salud.

También los estudiantes entrevistados mencionan que los pacientes con VIH-SIDA se sienten mal ante ciertas actitudes que toman algunos profesionales de salud hacia ellos, lo cual afecta aún más su estado psicológico, diciendo lo contrario en un estudio realizado en Colombia por Guardia, Lenis, Toro, Marín, Higueta (2015) en donde los pacientes recalcan la cordialidad con la que son atendidos por parte del equipo de salud.

6.6 Estigmatización e ignorancia, los retos pendientes en el VIH/SIDA

Hace 35 años, contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) era una sentencia de muerte. Hoy, los mayores obstáculos para los portadores no son médicos, sino los estigmas que la sociedad todavía no supera.

VIH: estas tres letras significaban una sentencia de muerte hace 35 años, cuando Star Wars era sólo una trilogía, cuando la primera computadora personal estaba revolucionando la sociedad tal como la conocíamos y cuando el virus se vinculó por primera vez al sida.

El 23 de enero de 1983, el científico Luc Montagnier, del Instituto Pasteur de París, identificó por primera vez el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como la causa del sida, una enfermedad entonces considerada rara y detectada en hombres homosexuales, que pronto se convertiría en una de las peores epidemias en la historia humana.

Sin embargo, esas tres letras han llegado a significar algo muy diferente en los últimos 35 años. Ahora las personas pueden vivir con VIH, el conocimiento de la enfermedad ha mejorado sustancialmente y un niño hijo de madre VIH positiva puede nacer libre del virus.

Para el año 2020, la aspiración es que el mundo haya logrado el llamado objetivo 90-90-90 propuesto por Onusida, lo que implica que 90 % de las personas infectadas por el VIH/Sida conozcan su estado, que 90 % de ellas reciban tratamiento antirretroviral y que 90 % de quienes estén en tratamiento tengan niveles indetectables del virus en la sangre.

No obstante, en América Latina, el Caribe y África las regiones donde vive la mayoría de las personas con VIH todavía hay un largo camino por recorrer para alcanzar estos objetivos, según señala Onusida en su informe de estado de 2017 “Ending AIDS: progress towards the 90-90-90 targets”.

Sólo un país africano, Botswana, se encuentra entre los siete que ya alcanzaron el objetivo 90-90-90, uniéndose a Camboya, Dinamarca, Islandia, Reino Unido, Singapur y Suecia.

En América Latina y el Caribe, sólo cuatro países han logrado al menos uno de los objetivos: Brasil, Chile, Ecuador y Haití. Eso ocurre después de que algunos países de la región avanzaran a pasos agigantados en su lucha contra la enfermedad, en especial Cuba, que se convirtió en 2015 en el primer país del mundo en eliminar la transmisión del VIH de madre a hijo.

Según el informe de Onusida, pese a los desafíos que aún restan, América Latina ha hecho importantes progresos.

La cantidad de personas en tratamiento casi se duplicó en seis años, pasando de 32 % en 2010 a 58 % en 2016. No obstante, la situación no es la misma en toda la región, y hay países como Bolivia, Guatemala, Jamaica, Paraguay, República Dominicana y Surinam que aún intentan superar el tercio de seropositivos en tratamiento. En Colombia, según cifras del Ministerio de Salud, de las 73.465 personas que fueron diagnosticadas con infección para 2016, 65.044 reciben tratamiento con medicamentos antirretrovirales.

Asimismo, entre 2000 y 2016, el aumento de la cobertura de tratamiento redujo en 12 % la mortalidad en América Latina y 45 % en el Caribe.

En los niños (0-14 años) uno de los grupos más vulnerables, los esfuerzos en la región ayudaron a bajar las infecciones en 66 % desde 2000, y aumentar de 17 a 53 % la cobertura de tratamiento en esa población.

6.7 Estigma como freno

El problema es que, a pesar del progreso, el estigma y la ignorancia siguen obstaculizando los esfuerzos para combatir la enfermedad en los dos continentes donde reside la mayor población con VIH. Muchos países aún deben trabajar para revertir la estigmatización de ciertos segmentos de la población, como los homosexuales y los usuarios de drogas.

En Togo, por ejemplo, una encuesta del Centro Nacional de Lucha contra el Sida (CNLS) muestra que la tasa de infección es de casi una de cada cinco personas entre los hombres homosexuales, en comparación con 2,4 % a nivel nacional.

En Ruanda, la prevalencia entre las trabajadoras sexuales se estima en 45 por ciento en todo el país, y 51 por ciento en la capital, Kigali, según una encuesta demográfica y de salud liderada por el gobierno en 2015.

“La discriminación que a menudo sufren estos grupos les impide acceder a las pruebas de detección y el tratamiento antirretroviral”, dijo Claver Dagnra, coordinador de CNLS en Togo, a Scidev.net.

Pero no es sólo en África donde este estigma es devastador. Gracia Violeta Ross, presidenta de la Red Nacional de Personas que Viven con VIH y Sida en Bolivia, cree, por ejemplo, que “el estigma es el problema más grave”. “En Bolivia”, dijo a Scidev.net, “hay muy poca información sobre el VIH. El (prejuicio) actual es que se trata de una enfermedad que sólo debería preocupar a los grupos de riesgo, como los hombres que tienen sexo con hombres o las mujeres transgénero”.

El problema más serio

En los últimos años, el enfoque de la gestión contra el VIH/Sida se ha desplazado hacia la necesidad de que todos los enfermos accedan al tratamiento con medicamentos antirretrovirales, que ya han demostrado su éxito como tratamiento. Sin embargo, como resultado, muchos observadores señalan que la prevención debe colocarse una vez más en el corazón de la campaña contra el VIH/Sida para detener su progreso.

“Desde que el acceso a los retrovirales es universal, el enfoque de prevención se perdió y el foco está sólo en la atención”, dijo a Scidev.bet Felipe Varela Ojeda, investigador del Centro de Análisis e Investigación de Fundar en México.

En Colombia, por ejemplo, las campañas sobre el uso del condón parecen haberse evaporado. Las consecuencias son las cifras dispares en el uso del condón: se estima que su uso en la población general varía entre 9 % en jóvenes en ciertas ciudades medianas, entre 20 y 30 % en hombres y mujeres no infectados, y hasta 96 % en las trabajadoras sexuales seropositivas.

El director de la Liga Colombiana para la Lucha contra el Sida, Jorge Pacheco, asegura que la falta de prevención es uno de los grandes lunares en la lucha contra la infección en el país. “El Ministerio de Salud como que se desentendió un poco de esta labor”, dice.

Las cifras lo respaldan. De acuerdo con el Panorama de VIH/Sida 1983 -2010, si bien el 98 % de las personas reportaron en 2010 haber escuchado sobre el tema, el porcentaje de quienes saben cómo prevenirlo se desploma a números entre el 53,8 y el 79,5 %, dependiendo de la encuesta.

El principal desafío todavía es luchar contra la propagación de la enfermedad en áreas remotas. Allí la población es más vulnerable, con acceso limitado a los servicios de salud y a la información, menores ingresos, menos educación y menos capacidad de las mujeres para exigir el uso del condón, además de más casos de prostitución infantil.

6.8 Estigma e ignorancia alimentan discriminación contra personas con VIH/SIDA

Eliminar la marginación es fundamental para combatir la epidemia del VIH/sida; sin embargo, los datos que tiene el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred) sobre el estigma de la población con esta enfermedad son aterradores.

Durante el conversatorio Escenario global del estigma y la discriminación por VIH, realizado en la sede de la cancillería, Julia Suárez Cabrera, directora de Análisis Legislativo y Asuntos Internacionales de Conapred, expuso que datos verdaderamente aterradores.

Según la Encuesta Nacional sobre Discriminación (Enadis) 2017 una de cada tres personas, es decir, 35.2 por ciento de los participantes en el estudio piensa que convivir con personas con VIH es siempre un riesgo. También 35.9 por ciento de la población de 18 años y más respondió que no le rentaría un cuarto a una persona con el virus del sida. Mientras, la mitad de los encuestados dijo no estar de acuerdo con que su hija o su hijo se casaran con una persona con este padecimiento.

“Esto nos habla de un tremendo estigma e ignorancia (...) en cuanto al desarrollo que desde el ámbito médico ha existido (...) Los datos del rechazo siguen siendo verdaderamente altos”.

La funcionaria del Conapred advirtió que el estigma y la discriminación tienen un efecto inmediato sobre todo en el acceso a los derechos. En este sentido, 42.2 por ciento de la población de la Enadis refirió que uno de los principales derechos negados es el acceso a la salud.

Destacó que en México tenemos una epidemia concentrada, es decir, el VIH se ha propagado rápidamente por una o más poblaciones pero aún no se ha generalizado. En este contexto, resulta relevante el tema de la discriminación, pues la prevalencia se encuentra también en los principales grupos discriminados.

El estigma es tan antiguo como la historia. El concepto es universal, aunque la palabra es de origen griego y se refiere a la marca física que se deja con fuego o con navaja en los individuos considerados extraños o inferiores. En la actualidad, las marcas físicas han desaparecido, pero el estigma permanece, basado en uno o más factores, como edad, casta, clase, color, grupo étnico, creencias religiosas, sexo y sexualidad.

El estigma, que se define en el estudio de Erving Goffman (1963) como un atributo que “desprestigia profundamente”, lo aplica la sociedad y lo sobrellevan o poseen los grupos y las personas. El estigma puede estar relacionado con acciones específicas, como el adulterio o el comportamiento delincuente, con características innatas, como el sexo o el color de la piel, o casi innatas, como la religión o la nacionalidad. Con frecuencia algunas enfermedades y otras condiciones de salud inducen estigma afectando especialmente a las personas que sufren enfermedades mentales y discapacidad.

Asimismo, en ciertas ocasiones el estigma se asocia con estereotipos sociales positivos o negativos, calificaciones que todos usamos para identificar desconocidos y que determinan nuestra reacción hacia ellos.

El estigma es un medio de control social, que define las normas sociales y castiga a quienes se apartan de éstas. El meollo del estigma es el miedo de que los estigmatizados amenacen a la sociedad. La base de ese miedo suele ser la ignorancia, por ejemplo en el caso del VIH/SIDA, acerca de la forma de vida de los grupos estigmatizados o de las realidades del comportamiento sexual o de la manera en la cual se propagan las enfermedades. Los profesionales de las ciencias sociales usan la palabra estigma más que el público general.

En español, en el lenguaje corriente, se ha reemplazado la palabra con otras como sexismo y racismo, que tienen significados afines, pero diferentes. Y aunque en algunas sociedades se han debilitado ciertos estigmas por ejemplo, es mucho más fácil ahora ser abiertamente homosexual en una sociedad urbana en el Occidente que hace cincuenta años en otras sociedades el estigma persiste. La casta inferior sigue siendo un indicador del estigma en la cultura india, muchas sociedades estigmatizan a la mujer, y los hombres homosexuales siguen siendo objeto de ridiculez y violencia en muchas partes del mundo. Asimismo, los estigmas pueden

sumarse; ser una mujer pobre y analfabeta, por ejemplo, es más estigmatizador que si fuera solamente pobre o analfabeta.

Aunque el concepto es peyorativo, el estigma puede tener consecuencias positivas. Puede crear un sentido de comunidad entre los estigmatizados, motivándolos a apoyarse y a cambiar para mejorar sus vidas. El estigma y la persecución han sido el origen de la migración de muchos grupos, como los judíos a los Estados Unidos a fines del siglo XIX y principios del XX. En años más recientes, los dalits (“intocables”) en la India y los hombres homosexuales en muchas partes del mundo han respondido al estigma exigiendo el derecho a vivir como ciudadanos con plenos derechos e igualdad en sus propias sociedades.

Aunque el estigma parezca constante, es más preciso describirlo como un proceso (Parker y Aggleton, 2001). Surgen estigmas nuevos, y otros desaparecen a medida que los conocimientos y las estructuras del poder cambian y producen jerarquías y normas sociales nuevas. Las relaciones sexuales entre los hombres y los niños en otras épocas fueron aceptables en muchas sociedades del mundo, pero ahora se condenan en casi todo el mundo. El estigma contra los judíos en muchas sociedades occidentales es considerablemente más débil de lo que fue hace cien o mil años. Y la manifestación y la magnitud del estigma por el VIH/SIDA se siguen transformando.

6.9 Discriminación a personas con VIH

Por mucho tiempo se ha reconocido la relación entre estigma, discriminación y VIH/SIDA. La Declaración de Londres, que adoptó en 1988 la Cumbre Mundial de los Ministros de Salud sobre los Programas para la Prevención del VIH, fue una de las primeras declaraciones internacionales en reconocer que “la discriminación contra las personas infectadas por el VIH y las personas que tienen SIDA y determinados grupos de población y su estigmatización mina la salud pública y debe evitarse”.

Este principio ha sido reiterado por muchos organismos internacionales desde entonces, incluidas la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS y la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y confirmado por la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, celebrada en 2001.

El estigma se ha vinculado por mucho tiempo con enfermedades que provocan reacciones emocionales intensas por su relación con la desfiguración, como es el caso de la lepra y la poliomielitis y la muerte, como es el caso con cólera. Como causa de desfiguración (síndrome de emaciación, sarcoma de Kaposi, etc.) y muerte, el VIH/SIDA es campo fértil para que el estigma se arraigue.

El estigma aumenta cuando se ignora el mecanismo de transmisión del VIH, y aumenta el miedo de las personas y las comunidades al contagio por contacto ordinario en acciones tales como dar la mano, toser y compartir comedores y retretes. El estigma relacionado con las enfermedades⁵ se puede reducir mediante la educación. Un hallazgo uniforme de los estudios es que las personas mal informadas o desinformadas acerca de la transmisión del VIH tienen probabilidades mucho más altas de tener actitudes discriminatorias que las que están bien informadas.

En otras palabras, las personas que están conscientes de que el contagio por contacto social es imposible suelen tener menos actitudes negativas hacia las personas con VIH/SIDA (CDC 2000; Herek et al., 2002).

Si se debilita la relación entre el VIH/SIDA y la muerte también se reduce el estigma. Los casos de los que se tiene conocimiento en varias comunidades demuestran que la discriminación se reduce cuando las personas con el VIH tienen acceso a medicamentos antirretrovirales, entre otros, que prolongan la vida y disminuyen las probabilidades de desfiguración.

Sin embargo, aunque algunas fuentes de prejuicio van desapareciendo, otras permanecen. El VIH/SIDA también está vinculado a estigmas duraderos de faltas sexuales graves y, en algunas comunidades, al consumo de drogas ilícitas.

“A menudo se cree que las personas con VIH/SIDA se merecen lo que les ha sucedido por haber hecho algo malo. Los hombres que contraen el virus pueden verse como homosexuales, bisexuales o como individuos que han tenido relaciones sexuales con prostitutas. A las mujeres con VIH/SIDA se las tilda de ‘promiscuas’ o de haber sido profesionales del sexo” (ONUSIDA, 2002a).

Dichos estigmas persisten, al margen de la realidad. En los Estados Unidos, donde las relaciones sexuales entre hombres representaban menos de 40% de casos nuevos de transmisión del VIH en 1997, 67% de la muestra de una encuesta pública admitió que se relacionaba la enfermedad principalmente con los homosexuales.

La desaprobación a los hombres heterosexuales que contrajeron el virus fue menor que la a los homosexuales en las mismas condiciones (Herek y Capitano 1999). Estos dos componentes del estigma por el VIH/SIDA -enfermedad y estigma preexistente- han llevado a la distinción entre el estigma determinante del SIDA y el estigma simbólico del SIDA. El primero refleja el miedo al VIH/SIDA cómo enfermedad transmisible y mortal; el segundo es producto de la vinculación que tiene la enfermedad con grupos ya estigmatizados (Herek, 1999).

El estigma por el VIH/SIDA afecta a hombres y mujeres, jóvenes y viejos, ricos y pobres. Involucra a las personas que se sabe que han contraído el virus, a las personas que se presume que lo han contraído o que son vulnerables al virus, como los profesionales del sexo y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, a las familias de los enfermos y a quienes los cuidan.

Existe en cualquier país, sin que importen ni la magnitud ni las consecuencias de la epidemia misma. “Uno de los elementos más sorprendentes del estigma del SIDA es su ubicuidad, incluso donde la epidemia se ha generalizado y afecta a muchas personas, como en África, al sur del Sahara” (Brown et al., 2003). Tal como lo muestran los ejemplos que aquí se presentan, el estigma y la discriminación afectan a diferentes grupos de diversas maneras y en distintas etapas de la enfermedad.

Personas con hemofilia En teoría, las personas con hemofilia, entre otras que contraen el virus de productos sanguíneos contaminados, padecen menos estigmatización que las personas infectadas por contacto sexual o inyección de drogas. No obstante, en realidad, los hemofílicos infectados por el VIH/SIDA informan de incidentes de discriminación igual de hirientes que los que experimentan otras personas con el virus.

Niños

Teóricamente, la estigmatización de los niños infectados por el VIH en el útero es menor que en los adultos. La realidad es que los niños infectados huérfanos o abandonados rara vez son adoptados en algunas comunidades, y los niños que se sabe o se presume que son VIH positivos han sido rechazados por las escuelas. **Pobres** La pobreza aumenta la vulnerabilidad al VIH. La falta de medios económicos puede llevar a relaciones sexuales por dinero o por intercambio y la carencia de educación obstaculiza las actividades de prevención. Con frecuencia, la compra de condones no está al alcance de los medios de quienes quisieran adquirirlos.

Al mismo tiempo, se considera a las personas pobres con VIH irresponsables e incurables. Asimismo, generalmente se considera que los pobres “merecen” menos que el resto de la población.

Mujeres

Las mujeres que comercian con el sexo sufren estigmatización en casi todas las sociedades si han contraído el VIH. Ese estigma a menudo se extiende a muchas mujeres que contraen el VIH del esposo o pareja estable el VIH/SIDA guarda una correlación tan alta con la promiscuidad que se presume, con frecuencia, que las

mujeres con el virus son promiscuas, al margen de su historia sexual. Cuando se diagnostica el VIH, “es más probable que los hombres sean aceptados por la familia y la comunidad. Las mujeres tienen más probabilidades de ser culpadas, aun cuando hayan sido aceptadas por sus esposos en lo que para ellas han sido relaciones monógamas”(ONUSIDA,2001).

Sin embargo, aunque sufren más por el estigma, los casos de los que se tiene conocimiento demuestran que, en las comunidades en las que las relaciones sexuales entre hombres y mujeres son la forma primaria de transmisión del VIH, las mujeres con el virus tienen redes de apoyo más fuertes y tienden a sobrevivir el diagnóstico por más tiempo que los hombres. En las comunidades en las que las relaciones sexuales entre hombres es el medio primario de transmisión, los hombres tienden a tener redes de apoyo más eficaces (Foreman 1999).

Hombres homosexuales

La homofobia, que se define como temor, odio o desaprobación de las relaciones sexuales entre hombres y de los hombres homosexuales, es anterior al estigma y la discriminación al VIH/SIDA y, como se indica varias veces en este informe, sigue estando muy relacionada con la enfermedad. El estigma y la discriminación relacionados con las relaciones sexuales entre hombres afectan a estos de dos maneras: falta de servicios y renuencia a acudir a los servicios.

En muchas comunidades no se ofrecen servicios para el VIH/SIDA a los hombres, en particular en África y partes de Asia, o son insuficientes, como en América Latina, donde los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres representan menos de 10% de la población, pero equivalen a 35%-65% del total de los casos de VIH notificados. Cuando los servicios están disponibles, el estigma y la discriminación relacionados con las relaciones sexuales entre hombres impiden que muchos hombres tengan acceso a la orientación sobre el VIH/SIDA, a las pruebas y a los servicios asistenciales (Chakrapani, 2002; Vivo Positivo, 2002).

En algunas circunstancias, la homofobia afecta hasta a los hombres que tienen relaciones sexuales solo con mujeres. Los hombres heterosexuales informan, en particular en América Latina, que temen trabajar con personas con VIH/SIDA o contraer el virus en un establecimiento que no se relacione con el sexo (como la exposición ocupacional en un hospital) porque temen que los demás sospechen que son homosexuales.

Usuarios de drogas inyectables Hay numerosos casos de los que se tiene conocimiento y algunas estadísticas que subrayan hasta qué punto los usuarios de drogas inyectables son víctimas del estigma y la discriminación, aparte del VIH/SIDA. Los consumidores de drogas a menudo son incapaces de obtener acceso a la prevención del VIH/SIDA y a los servicios de atención apropiados.

“En uno de los pocos informes que ha examinado la discriminación contra los consumidores de drogas inyectables... se llegó a la conclusión de que cierta proporción de los 300 consumidores de drogas inyectables en Nueva Gales del Sur, Australia, habían sido “maltratada” por la policía (80%), el personal del hospital (60%), los médicos (57%), los farmacéuticos (57%), los empleadores (47%), los dentistas (33%), los proveedores de metadona (33%), los servicios de tratamiento de abuso de sustancias (33%) y los trabajadores de salud de la comunidad (7%). Según el informe: “Las experiencias de discriminación son tan comunes e implacables que muchos usuarios no se dan cuenta que los discriminan. Parece normal ser tratado mal y vilipendiado si se es usuario” (Burrows, 2003b).

6.9.1 Repercusiones del estigma y la discriminación

Se trate del resultado de determinadas leyes o políticas, o del acto espontáneo de ciertas personas que se mantienen dentro de la norma social, la discriminación contra las personas con VIH o que están relacionadas con éste está generalizada y adopta muchas formas. Además de la discriminación en los establecimientos de salud descrita en el capítulo 3, los actos de discriminación abarcan:

- Denegación de la educación
- Denegación o destitución del empleo
- Denegación del derecho a casarse
- Obligación a someterse a una prueba del VIH para trabajar, viajar u otras finalidades
- Falta de confidencialidad o la limitación de la misma
- Detención
- Deportación
- Condena en los medios de difusión
- Rechazo de la familia, los amigos y las comunidades
- Agresión física, incluido el asesinato

Actos semejantes tienen una connotación negativa en la salud de la comunidad y del individuo. En algunos casos pueden constituir un obstáculo al ejercicio de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. En otros instantes son de por sí una violación de los derechos y libertades del individuo.

Salud pública y el individuo En un mundo ideal, la prevención y la atención coexisten en un proceso continuo mediante el cual se alienta a las personas en riesgo a que se sometan a las pruebas para detectar el VIH, las que reciben resultados positivos cuentan con servicios apropiados de orientación, y la comunidad las acepta.

De este modo se crea un ambiente apropiado donde se estimula a las personas en riesgo a que se hagan las pruebas para detectar la infección.

Si bien es cierto, que muchas personas no se someten a las pruebas por miedo a enterarse que padecen una enfermedad mortal, especialmente cuando el tratamiento con antirretrovirales no está disponible, también influye el temor de sufrir estigma y discriminación. El temor de ser identificadas como VIH-positivas o como miembros de grupos estigmatizados, como el de hombres homosexuales, disuade a muchas personas que se saben en alto riesgo de hacerse las pruebas. Además, la relación entre el VIH/SIDA y el estigma lleva a muchas personas que están dentro

de la norma social a no considerarse afectados por la enfermedad y a seguir practicando comportamientos inseguros que los ponen en peligro.

En otras palabras, como disminuyen la motivación a hacerse las pruebas y a cuidar la salud propia, el estigma y la discriminación promueven la propagación del VIH, con consecuencias personales y sociales graves. Además, el estigma y la discriminación pueden tener consecuencias psicológicas profundas en las personas que son VIH-positivas, intensificando el aislamiento social y la depresión (Lichtenstein et al., 2002; ONUSIDA, 2002a)

Derechos humanos En general, hay muchas conexiones entre la salud y los derechos humanos. Las violaciones o la falta de atención a los derechos humanos puede tener graves consecuencias para la salud, y las políticas y programas de salud dependiendo de su concepción o ejecución pueden promover o violar los derechos humanos. En cambio, las medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos pueden reducir la vulnerabilidad y la mala salud como consecuencia (OMS, 2002).

El VIH/SIDA y los derechos humanos están íntimamente ligados. Por un lado, el abuso de los derechos humanos puede causar vulnerabilidad al VIH/SIDA, como cuando se niega a las personas en riesgo el derecho a la información y a la atención de salud debidas; por el otro, ser VIH positivo puede llevar a no ejercer y ni gozar de los derechos humanos, por ejemplo, cuando los que están viviendo con el virus sufren uno o más actos discriminatorios como los definidos anteriormente.

6.9.2 Alcance del estigma y la discriminación

Es sorprendente que, hasta hace poco, aunque se han hecho muchas encuestas sobre creencias, actitudes, comportamientos y experiencias de grupos pequeños, se habían realizado muy pocas investigaciones sobre la magnitud del estigma y la

discriminación en la sociedad. Además, no ha habido ninguna norma para facilitar la comparación del estigma y la discriminación en diferentes comunidades y períodos.

En la actualidad, se está tratando de estandarizar el análisis del estigma y la discriminación. ONUSIDA (ONUSIDA, 2002c) ha propuesto indicadores para medir la discriminación legislativa y comunitaria en una amplia variedad de medios sociales, incluidos la atención de salud, el empleo y el proceso legal. También se está intentando actualizar una encuesta normalizada de actitudes (ONUSIDA/ Measure, 2001). En África, en 2001, una consulta de tres días eligió los temas para un programa de investigaciones en ese continente (ONUSIDA / HDN/ SIDA, 2001).

Sin duda, el estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA son reales, están difundidos y con frecuencia ocasionan sufrimiento considerable a las personas que los padecen. Su manifestación extrema puede conducir a la violencia física y al asesinato. Perjudican la salud personal y pública al desalentar a los que están en riesgo, incluidos los que no lo saben, a buscar orientación, información y tratamiento. Sin embargo, no se conoce la magnitud del estigma y la discriminación.

Ni si son la norma hacia las personas con VIH/SIDA o si algunos grupos o personas se ven más afectados que otros, y en qué medida. Tampoco se sabe el grado en que está cambiando la situación. Tal información quizá no sea esencial las reacciones al estigma y la discriminación no deben depender de que si es una minoría o la mayoría la que se ve afectada o si son menos prevalentes que antes pero si no se comprende la magnitud real del fenómeno, es imposible medir la eficacia de los programas para reducirlos.

De las diferentes profesiones en el campo de la salud, las enfermeras han sido el personal más estudiado, seguido de los médicos, técnicos de laboratorio y dentistas. Parece que ha habido menos investigaciones sobre los conocimientos y las actitudes de otros profesionales vinculados a los servicios de salud, como los psicólogos, consejeros, asistentes sociales, terapeutas ocupacionales y personal administrativo. Los problemas que se plantean al comparar los estudios se

mencionaron en el capítulo anterior, en particular la falta de uniformidad en la metodología y el contenido de los artículos.

Los estudios no solo usan distintos mecanismos para obtener las respuestas, sino que cabe poner en tela de juicio la interpretación de esas respuestas. Los estudios a veces recalcan lo negativo o sacan conclusiones que otros quizá no compartan, por ejemplo, confunden la homofobia con el miedo al contagio (Bennett, 1995).

Sin embargo, hay suficiente información para proporcionar un resumen general. Éste va seguido, en el capítulo 5, por ejemplos de programas que han logrado reducir en alguna medida la discriminación a través de la capacitación de los trabajadores de salud para que comprendan el VIH/SIDA.

7. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Es la enfermedad que se desarrolla como consecuencia de la destrucción progresiva del sistema inmunitario (de las defensas del organismo), producida por un virus descubierto en 1983 y denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). La definen alguna de estas afecciones: ciertas infecciones, procesos tumorales, estados de desnutrición severa o una afectación importante de la inmunidad.

La palabra SIDA proviene de las iniciales de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, que consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos. El SIDA no es consecuencia de un trastorno hereditario, sino resultado de la exposición a una infección por el VIH, que facilita el desarrollo de nuevas infecciones oportunistas, tumores y otros procesos. Este virus permanece latente y destruye un cierto tipo de linfocitos, células encargadas de la defensa del sistema inmunitario del organismo.

Transmisión

Las tres vías principales de transmisión son: la parenteral (transfusiones de sangre, intercambio de jeringuillas entre drogadictos, intercambio de agujas intramusculares), la sexual (bien sea homosexual masculina o heterosexual) y la materno-filial (transparentaría, antes del nacimiento, en el momento del parto o por la lactancia después).

Con menor frecuencia se han descrito casos de transmisión del VIH en el medio sanitario (de pacientes a personal asistencial y viceversa), y en otras circunstancias en donde se puedan poner en contacto, a través de diversos fluidos corporales (sangre, semen u otros), una persona infectada y otra sana; pero la importancia de estos modos de transmisión del virus es escasa desde el punto de vista numérico.

7.1 Portadores y enfermos de SIDA

Se llama portador a la persona que, tras adquirir la infección por el VIH, no manifiesta síntomas de ninguna clase. Se llama enfermo de SIDA al que padece alguno de los procesos antedichos (infecciosos, tumorales, etc), con una precariedad inmunológica importante. Tanto el portador como el enfermo de SIDA se denominan seropositivos, porque tienen anticuerpos contra el virus que pueden reconocerse en la sangre con una prueba de laboratorio.

En líneas generales, desde que una persona se infecta con el VIH hasta que desarrolla SIDA, existe un período asintomático que suele durar unos 10 años. Durante este tiempo el sistema inmune sufre una destrucción progresiva, hasta que llega un momento crítico en que el paciente tiene un alto riesgo de padecer infecciones y tumores. Se estima que, por término medio, existen alrededor de 8 (de 5 a 12) portadores por cada enfermo de SIDA.

En ausencia de tratamiento la evolución natural de la enfermedad por el VIH aboca necesariamente al desarrollo de SIDA al cabo de unos años. Así ocurre

actualmente, por desgracia, en los países subdesarrollados. Sin embargo, con la aparición en el año 1996 de la nueva y potente terapia combinada anti-retroviral se consigue controlar el deterioro inmunológico producido por el virus y, como consecuencia, prevenir el desarrollo de SIDA. Actualmente no es posible predecir el futuro a largo plazo de estos pacientes que, sin embargo, han visto prolongada su supervivencia con los nuevos tratamientos. Estas terapias, a pesar de su eficacia, no están exentas de serios inconvenientes: toxicidad, difícil cumplimiento, disminución de su eficacia (el virus puede hacerse resistente) y elevado coste económico.

Todos estos factores hacen que, hoy por hoy, no sea posible pronosticar si un paciente concreto, actualmente en tratamiento, va a desarrollar SIDA en el futuro. El mayor número de casos de infecciones de VIH ocurren por la vía sexual, las personas con VIH y aquellos grupos catalogados como más expuestos están ligados a un fuerte componente de estigma y discriminación, por lo que el personal de enfermería debe comprender y dominar algunos conceptos claves que le ayuden a tener una actitud de aceptación, tolerancia, no estigmatización, no discriminación frente a la diversidad de personas, sus prácticas sexuales, las diferentes orientaciones e identidades sexuales y la interacción de las relaciones humanas.

7.2 Transmisión materno-infantil

La transmisión materno-infantil del virus de la inmunodeficiencia humana incluye la transmisión del virus de la madre al hijo durante el embarazo (en las etapas tardías principalmente), el parto o la lactancia. En ausencia de medidas preventivas, el riesgo de que un recién nacido contraiga el virus a través de una madre infectada oscila entre 15 y el 25 % en los países industrializados y entre el 25 y el 35% en los países en desarrollo.

7.3 Salud sexual y reproductiva

La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR).

Salud Sexual

Es un proceso permanente que fomenta el bienestar físico, psicológico, sociocultural, que se observa en las expresiones libres y responsables relacionado con la sexualidad, enriqueciendo la vida individual y social. No se trata solamente de la ausencia de malestar, dolencias o enfermedad; para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

Salud Reproductiva

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, con la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a obtener información y servicios de planificación de la familia de su elección, así como acceso a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

Sexualidad

Es la manera como se manifiestan los individuos en una sociedad y cultura determinada que incluye características biológicas, psicológicas y sociales. Se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad hay que entenderla como una construcción sociocultural sobre un impulso biofisiológico (adaptado de Begonia Pérez).

El hombre y la mujer son seres inconclusos y singulares, cuya personalidad y sexualidad no está predeterminada al nacer, sino que se configura en un proceso dinámico, donde desempeña un papel determinante la actividad desplegada por la persona en su entorno y los vínculos establecidos en la comunicación y la interacción con los demás.

Sexo

Es una característica netamente biológica que clasifica a los individuos en dos grupos (machos y hembras) portadores de espermatozoides u óvulos. Sin embargo, ser hombre no se circunscribe únicamente a la posibilidad de proveer un espermatozoide como tampoco el ser mujer es el ofrecer un ovulo.

7.4 Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)

La expresión HSH pretende definir categoría de persona según una opción de comportamiento y no la identidad cultural de un grupo social o de un individuo. Al mismo tiempo, la expresión pretende reconocer, roles sociales y experiencias sexuales con mujeres. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) utiliza la expresión HSH en el marco de la vigilancia epidemiológica, se refiere genéricamente a conductas sexuales con personas del mismo sexo entre varones, que pueden o no implicar identidad homosexual o atracción emocional.

“Los estudios epidemiológicos y sociales, tanto en América Latina como en otras regiones, muestran que no todas las personas que tienen deseos y prácticas sexuales con personas del mismo sexo se consideran a sí mismas como homosexuales (gays, lesbianas, bisexuales). Quienes consideran que su homosexualidad determina en forma importante la identidad personal, son los llamados homosexuales identitarios. Tal rasgo implica en principio un reconocimiento ante sí mismo, que puede darse a conocer públicamente (el coming out) según los espacios y los interlocutores” (Kornblit et al. 1998).

Comportamientos Sexuales Saludables

Se caracterizan por el vivir la sexualidad con autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento mutuo, protección, búsqueda de placer y bienestar. No pretende causar daño y se abstiene de la explotación, acoso, manipulación y discriminación.

7.5 Tratamiento

El VIH no tiene cura, pero existen tratamientos que ayudan a quienes los padecen a llevar vidas largas y saludables. El tratamiento antirretroviral (TARV) es una combinación de medicamentos que disminuye la concentración del VIH en la sangre, ayudándote a vivir saludable por muchos años. El TARV también puede disminuir e incluso detener el riesgo de que le transmitas VIH a otros.

En ocasiones el TARV disminuye la cantidad de VIH en tu cuerpo (conocido como carga viral) al punto de que el VIH no aparece en las pruebas estándares de sangre. Si tu carga viral es tan baja que algunas pruebas no pueden detectarla. Se llama "indetectable". Cuando alguien tiene una carga viral indetectable, no pueden transmitirle el virus a otros por vía sexual.

Es importante recordar que aun cuando tengas una carga viral indetectable, el virus sigue presente en tu cuerpo. Si detienes el tratamiento, tu carga viral puede subir, haciendo que sea posible que transmitas el virus del VIH a las personas con quienes tengas sexo. Tu doctor o enfermera te puede ayudar a encontrar el tratamiento más adecuado para ayudar a mantener tu carga viral baja y así puedas mantenerte saludable.

Prestar atención a tu estilo de vida, puede contribuir a que te mantengas sano. Esto implica alimentarse bien, dormir lo suficiente, hacer ejercicio, aprender a manejar el estrés y evitar el alcohol, el cigarrillo y las drogas.

La erradicación del VIH en el paciente infectado no parece posible con los tratamientos actuales. Propiamente hablando, hoy el SIDA es incurable. Sin embargo, muchos de los procesos oportunistas que comprometen la vida de los pacientes con SIDA tienen tratamiento eficaz. Además, la administración de fármacos anti-retrovirales ha permitido alargar considerablemente la supervivencia de los sujetos seropositivos, de manera que la enfermedad se ha convertido en un proceso crónico. A pesar del amplio desarrollo que ha alcanzado la investigación de esta enfermedad en los últimos años, no parece aún cercana la posibilidad de disponer de una vacuna eficaz.

Uso de Fármacos

En el momento actual hay alrededor de 15 fármacos que se están utilizando en el tratamiento de la infección por el VIH. El tratamiento incluye la combinación de varios fármacos antirretrovirales que evitan el deterioro inmunológico y suprimen la replicación viral. La terapia antirretroviral (TAR) es compleja, pues supone la administración de al menos tres fármacos (triple terapia) con un elevado número de tomas y de comprimidos por día, que producen efectos adversos, interaccionan con otros fármacos y que deben tomarse en presencia o ausencia de alimentos.

El nombre genérico -o principio activo- de los medicamentos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa son: la zidovudina, didanosina, zalcibatina, estavudina, lamivudina, abacavirzialgen, cuyos nombres comerciales son Retrovir, Videx, HIVID, Zerit, Epivir, Zialgen. De los medicamentos inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa son: nevirapina, delavirdina y efavirenz, y sus nombres comerciales son Viramune, Rescriptor y Sustivida. Los inhibidores de la proteasa son: 28 indinavir, ritonavir, saquinavir y nelfinavir, y sus nombres comerciales son: Crixizan, Norvir, InviraseyViracept.

Con estos fármacos se consigue una reducción del progreso de la enfermedad y de la aparición de infecciones oportunistas, con lo que se ha logrado una extraordinaria reducción de la mortalidad y de los ingresos hospitalarios de los

pacientes VIH positivos. Se comprende, por la complejidad de la medicación, la importancia de una exacta dosificación y administración. Tres días sin tomar correctamente la medicación pueden ser suficientes para hacer fracasar el tratamiento. Asimismo se ha de cuidar con esmero el estado nutricional del enfermo VIH (+), pues condiciona el curso de la enfermedad.

En efecto, una malnutrición aumenta la morbilidad por alterar el normal funcionamiento del organismo ya que empeora la tolerancia al tratamiento. Estos fármacos tienen un gran coste motivado por las prolijas y exhaustivas investigaciones que han desarrollado las grandes industrias farmacéuticas. Gracias a ellas, en los países desarrollados, se puede decir que el SIDA se ha convertido en una enfermedad crónica, y aunque en la actualidad incurable ha dejado de ser mortal. La tragedia es en los países pobres, especialmente de África, que no tienen medios económicos para sufragar unos gastos tan importantes.

La Convención sobre el SIDA que tuvo lugar en Sudáfrica, el año 2001, de los países afectados de África, auspiciada por la ONU, ha denunciado la situación que padecen: hoy por hoy el SIDA es la primera causa de mortalidad de dicho continente, dada la imposibilidad de obtener fármacos asequibles a su economía, pues el coste de la medicación está valorado en una media de un millón cien mil pesetas a millón y medio (6610 - 9000 euros), por persona y año. En consecuencia, se reclama el abaratamiento de dichos fármacos, así como la posibilidad de fabricación de medicamentos genéricos de dichos principios activos

7.6 El VIH es una infección que lleva al sida

VIH significa virus de inmunodeficiencia humana. Es un virus que destruye determinadas células del sistema inmunitario (la defensa del cuerpo contra las enfermedades que nos ayuda a mantenernos sanos). Cuando el VIH daña el

sistema inmunitario, es más fácil que te enfermes de gravedad e incluso que mueras a causa de infecciones que el cuerpo normalmente podría combatir.

En los Estados Unidos, alrededor de un millón de personas viven con VIH, y cada año se presentan más de 38,000 nuevos casos de infección. La mayoría de las personas con VIH no tienen síntomas durante años y se sienten totalmente bien, de modo que es posible que ni siquiera sepan que están infectadas.

Una vez contraído, el virus permanece en tu cuerpo de por vida. No existe cura para el VIH, pero hay medicamentos que ayudan a que te mantengas saludable durante más tiempo y que disminuyen las posibilidades de que contagies a otras personas. Los estudios demuestran que tomar los tratamientos contra el VIH de acuerdo a las instrucciones, puede bajar la cantidad de VIH en tu sangre tanto que puede no aparecer en una prueba, cuando esto sucede, no transmitirás el VIH por vía sexual.

7.7 Cuál es la diferencia entre VIH y SIDA

El VIH es el causante del SIDA. SIDA es una sigla que significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. VIH y SIDA no son lo mismo. La gente con VIH no siempre tiene SIDA.

El VIH es el virus que se transmite de persona a persona. Con el tiempo, el VIH destruye un tipo de células importante del sistema inmunitario (denominado células CD4 o células T) que nos protegen de las infecciones. Cuando no tienes suficientes células CD4, tu cuerpo no puede combatir las infecciones como lo haría normalmente. (parenthood, 2021)

El SIDA es la enfermedad causada por el daño que el VIH produce en el sistema inmunitario. Una persona tiene SIDA cuando contrae infecciones peligrosas o tiene un número extremadamente bajo de células CD4. El SIDA es la fase más grave de la infección por VIH y, con el tiempo, termina provocando la muerte.

Sin tratamiento, generalmente toma 10 años para que alguien con VIH desarrolle SIDA. El tratamiento desacelera el daño que causa el virus y ayuda a que los infectados se mantengan sanos durante varias décadas.

7.8 Cómo se contagia el VIH

El VIH es transportado en el semen, las secreciones vaginales, el moco anal, la sangre y la leche materna. El virus ingresa en el cuerpo a través de cortes o heridas en la piel y a través de las membranas mucosas (como el interior de la vagina, el recto y la abertura del pene). Puedes contraer VIH por:

- Tener sexo vaginal o anal
- Compartir agujas o jeringas para drogarse, hacerse perforaciones en el cuerpo, tatuajes, etc.
- Ser punzado con una aguja que tiene sangre infectada con el VIH
- Tener heridas o ampollas abiertas que entran en contacto con sangre, semen (esperma) o secreciones vaginales infectados con VIH

La forma más común de transmisión del VIH es el sexo sin protección. Puedes protegerte y proteger a tu pareja usando condones y/o barreras de látex bucales cada vez que tienen relaciones sexuales y evitando compartir agujas. Si tienes VIH, recibir tratamiento puede disminuir e incluso detener las posibilidades de contagiar a otros con el virus. Si no tienes VIH, también existe una medicina diaria, llamada PrEP que puede ayudar a protegerte del VIH.

Este virus también se puede transmitir al bebé durante el embarazo, el parto o al amamantar. Una embarazada con VIH puede tomar medicamentos que reducen considerablemente las posibilidades de que su bebé se contagie.

El VIH no se transmite por la saliva, de modo **NO PUEDES** contagiarte por dar un beso, compartir alimentos o bebidas, o usar el mismo tenedor o la misma cuchara.

El VIH tampoco se contagia por abrazarse, darse la mano, toser o estornudar. Tampoco puedes infectarte por sentarte en el inodoro.

Hace muchos años, algunas personas se contagiaron de VIH al recibir transfusiones de sangre infectada. En la actualidad, donar o recibir sangre en cualquier centro de salud es totalmente seguro. Los médicos, hospitales y bancos de sangre no usan las agujas más de una vez y la sangre que se dona se somete a análisis para verificar que no esté infectada con el VIH u otras infecciones.

Primeros síntomas del VIH

En general, las personas que contraen la infección lucen y se sienten sanas durante mucho tiempo. Pueden transcurrir 10 años o más hasta que la infección por VIH manifiesta síntomas, e incluso mucho más tiempo en el caso de quienes toman medicamentos antivirales. Por eso, es fundamental realizarse pruebas de VIH periódicas, en especial si has tenido sexo sin protección o compartido agujas. Los tratamientos para la infección por VIH pueden ayudar a mantenerte sano. Los tratamientos también pueden disminuir e incluso detener las probabilidades de contagiar a otras personas de VIH durante el sexo.

Las primeras 2 a 4 semanas después de contraer el VIH, puedes sentir algo de fiebre, dolor y malestar. Estos síntomas similares a los de la gripe son la primera reacción del cuerpo a la infección por el VIH. Durante esta etapa, hay una gran concentración del virus en tu organismo, de modo que es fácil transmitirlo a otras personas. Los síntomas desaparecen tras unas semanas y habitualmente no vuelves a tenerlos en años. Una vez tienes VIH, puedes transmitirlo a otros, bien sea que tengas síntomas o no. (parenthood, 2021)

Síntomas tardíos de la infección por VIH/SIDA

El VIH destruye las células del sistema inmunitario llamadas células CD4 o células T. Sin células CD4, a tu organismo se le hace muy difícil combatir las enfermedades.

Esto te hace más propenso a enfermarte gravemente por infecciones que generalmente no te harían daño. Con el pasar del tiempo, el daño que el VIH causa en tu sistema inmunitario provoca el SIDA.

Una persona tiene SIDA cuando sufre infecciones raras (denominadas oportunistas), ciertos tipos extraños de cáncer o tiene un recuento muy bajo de células CD4. En general, esto sucede alrededor de 10 años después de contraer el VIH y no recibir tratamiento. Con tratamiento, la aparición del SIDA puede tardar mucho más.

Las señales del SIDA incluyen:

- Aftas (un revestimiento espeso y blanco en la lengua o la boca)
- Dolor de garganta
- Infecciones graves por hongos
- Enfermedad pélvica inflamatoria crónica
- Infecciones graves recurrentes
- Cansancio persistente, mareos y aturdimiento
- Dolores de cabeza
- Pérdida repentina de peso
- Formación de hematomas con más frecuencia de lo normal
- Diarrea, fiebre, o sudores nocturnos durante mucho tiempo
- Glándulas inflamadas o duras en la garganta, las axilas o la ingle
- Episodios de tos seca y profunda
- Sensación de falta de aire
- Protuberancias violáceas en la piel o en la boca

- Sangrado de la boca, la nariz, el ano o la vagina
- Erupciones de la piel
- Adormecimiento de las manos o los pies, pérdida del control sobre los músculos y los reflejos, incapacidad de movimiento y pérdida de fuerza muscular.

La única manera de saber con seguridad si tienes VIH es hacerte una prueba. No puedes saber con certeza si tienes VIH solo por cómo te sientes, ya que la mayoría de las personas con VIH no presentan síntomas durante años.

Es recomendable que te hagas las pruebas si tuviste sexo sin protección o si la prueba de tu pareja da positiva. También debes realizarte una prueba si compartiste agujas con alguien (para inyectarte drogas, hacerte perforaciones en el cuerpo o tatuajes). Si estás embarazada, hazte las pruebas de VIH en la primera consulta prenatal.

Afortunadamente, la prueba de VIH es bastante sencilla e indolora. ¿Qué es lo mejor de hacerte la prueba de VIH? Pues que una vez superada, podrás descansar. En caso de que Sí tengas VIH, es mejor saberlo cuanto antes para tomar los medicamentos que te ayudarán a mantenerte saludable y disminuir las posibilidades de transmitir el VIH a otros.

¿Cómo funcionan los exámenes de detección del VIH?

Cuando contraes el VIH, el sistema inmunitario fabrica anticuerpos que tratan de combatir la infección. La prueba más común de VIH busca esos anticuerpos en la sangre o en las células de la mejilla.

Por lo general, el cuerpo tarda tres meses en fabricar suficiente cantidad de anticuerpos como para que puedan detectarse en la prueba, aunque puede demorarse un poco más. Este período durante el que no se detecta la infección a pesar de ya haberla contraído se denomina “periodo ventana”. Si te haces la prueba durante este periodo, es posible que de negativa, aun cuando tengas el virus. Durante este periodo también tienes la mayor probabilidad de transmitir el virus a otras personas.

¿Qué tipos de pruebas de VIH existen?

Las pruebas rápidas dan los resultados en 20 minutos. Otras demoran más porque deben enviarse a un laboratorio. En general, las pruebas de VIH son indoloras. Consisten simplemente en hacer un raspado suave en la parte interna de la mejilla con un hisopo. A veces se toma una muestra de sangre.

Puedes hacerte la prueba de HIV tú mismo con un kit de prueba doméstico. (parenthood, 2021)

7.9 Recomendaciones

- En atención a las conclusiones anteriormente expuestas, es pertinente hacer las siguientes recomendaciones:
- Dar a conocer los resultados de la investigación a las autoridades del Hospital de Infectología de la ciudad de Guayaquil.
- Desarrollar dentro del Hospital de Infectología las acciones dirigidas a consolidar un proceso de reflexión y sensibilización al personal de enfermería sobre lo que significa la práctica de enfermería respecto a la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes con VIH/SIDA a su cargo.

- Dar a conocer los resultados de la investigación a las es pertinente que a través del personal de supervisores y coordinadores de estas unidades se lleve a cabo la organización y ejecución de un programa de intervención que comprenda dos fases: una primera fase que sería la de capacitación, información y sensibilización al personal, que se realizaría a través de una serie de jornadas, donde se traten los aspectos teóricos y filosóficos relacionados con la relación enfermera-paciente con VIH/SIDA, y las actuaciones correspondientes al personal que labora con este tipo de pacientes.
- Facilitar una mayor cercanía entre enfermera(o), pacientes y sus familiares, a los efectos de que se logre conformar una atención que incorpore activamente a los familiares y allegados en el proceso de satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales de los pacientes.

El VIH se contagia a través del contacto con la sangre o con las secreciones sexuales (como el semen y los fluidos vaginales), normalmente durante el sexo vaginal y anal. Por eso, la única forma de estar 100% seguros de evitar el contagio es no tener sexo vaginal o anal.

Sin embargo, la mayoría de las personas tienen sexo en algún momento de su vida, por lo que es importante informarse sobre la prevención de VIH y el sexo seguro. El uso de condones REALMENTE disminuye el riesgo de contagio del VIH. Si vas a tener sexo, la mejor manera de protegerte es usar condón cada vez que lo hagas. También existe una píldora de uso diario que puedes tomar - llamada PrEP - que puede ayudarte a prevenir el VIH. Tú doctora o enfermero puede indicar si PrEP es adecuada para ti.

En lo que respecta al VIH, algunas actividades sexuales son más seguras que otras. Las siguientes actividades son de “riesgo nulo”, es decir, nunca se ha reportado un caso de VIH por hacerlas:

- Masturbarse
- Tocar los órganos genitales de tu pareja
- Frotarse el cuerpo mutuamente con la ropa puesta
- Besarse
- Tener sexo oral con un condón, barrera de látex bucal o envoltura plástica
- Usar juguetes sexuales limpios

Estas actividades son de “bajo riesgo”, es decir, sólo se han reportado algunos casos de VIH (entre millones) por hacerlas:

- Darse besos con lengua (si la persona con VIH tiene llagas o sangrado en la boca)
- Tener sexo vaginal con condón y/o PrEP
- Tener sexo anal con condón y/o PrEP
- Sexo oral sin condón ni barrera bucal

Estas actividades son de “alto riesgo”, es decir, millones de personas se contagian del VIH al hacerlas:

- Tener sexo vaginal sin condón o PrEP
- Tener sexo anal sin condón o PrEP

Es mucho más fácil que el VIH entre a tu cuerpo si tienes llagas, cortes o aberturas en la piel por los cuales puede penetrar el semen, las secreciones vaginales o la sangre. Por eso, no debes tener sexo si tienes una erupción de herpes u otras infecciones. Si sufres otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), tienes más probabilidades de contagiarte del VIH, por eso es recomendable que te hagas pruebas periódicas de ETS.

No existe ninguna vacuna que proteja contra el VIH, pero hay mucha gente está trabajando en ello. Existen medicamentos (llamados PEP y PrEP) que también ayudan a prevenir el VIH.

¿Quién puede utilizar PrEP?

PrEP no es adecuada para todo el mundo. PrEP es para personas que no tienen VIH, y que tienen un riesgo más alto de contagio de VIH. Sería conveniente conversar sobre PrEP con un médico o enfermero si tu:

- No usas condones frecuentemente.
- Tienes una pareja sexual con VIH (a veces llamado ser discordante, ser diferente, magnético, o parejas de estatus mixto).
- Tienes una pareja sexual con alto riesgo de contracción del VIH, (por ejemplo, si tienen sexo anal o vaginal con otras personas sin condón, o son usuarios de drogas inyectables).
- Mantienes sexo anal o vaginal con muchas parejas, especialmente si no utilizas condones regularmente.
- Tuviste recientemente otra ETS (como clamidia, gonorrea o sífilis).
- Realizas trabajos sexuales que incluyen sexo vaginal o anal.
- Te has inyectado drogas, compartido agujas, o has estado bajo tratamiento por uso de drogas en los últimos 6 meses.

Si estás en un grupo de alto riesgo de contracción de VIH y estás embarazada, tratando de quedar embarazada, o lactando, PrEP puede ayudarte a tí y a tu bebé a evitar el contagio de VIH.

Tu médico o enfermero hablará contigo sobre tu situación particular para evaluar si PrEP es adecuado para ti. Es importante ser honesto así podrás obtener los mejores cuidados - los médicos y enfermeros están allí para ayudarte, no juzgarte. Cuanta más precisa sea la información que compartas, mejor será la asistencia que recibas de su parte.

PrEP no es lo mismo que PEP (profilaxis pos exposición). PEP es un tratamiento de corto plazo para aquellas personas que han sido expuestas al VIH en las últimas 72 horas. PrEP es una píldora de uso diario para personas que puedan llegar a estar expuestas al VIH en un futuro.

Profilaxis de pre exposición (PrEP) y cómo previene el VIH

PrEP es la abreviatura en inglés de profilaxis pre exposición. Es una píldora que tomas una vez al día para prevenir el VIH. Tu médico o enfermero puede ayudarte a decidir si PrEP es o no adecuada para ti.

Profilaxis pos exposición (PEP) y cómo evita el VIH

PEP es la abreviatura en inglés de profilaxis pos exposición. Es una serie de píldoras que empiezas a tomar para reducir las probabilidades de contagio de VIH luego de la exposición al mismo. Debes comenzar a tomar PEP dentro de las primeras 72 horas (3 días) luego de la exposición al VIH para que funcione. Cuanto antes empieces, mejor. Cada hora cuenta, de manera que si crees haber estado expuesto al VIH, llama a tu enfermera o médico o acude a la sala de emergencias de inmediato. PEP es solo para emergencias - no reemplaza el uso de condones o PrEP.

¿Qué es la terapia antiretroviral (TARV) y cómo ayuda a prevenir el VIH?

La terapia antiretroviral (TARV) es una combinación de medicamentos que retarda los efectos del VIH en tu cuerpo y puede cuidar a que te mantengas saludable por muchos años. También puede disminuir o incluso detener las probabilidades de que le transmitas el virus a otra persona.

TARV disminuye la cantidad de VIH en tu cuerpo (conocido como carga viral), en algunas ocasiones al punto en que las pruebas de sangre estándar no detectarán el VIH. Si tu carga viral de VIH es tan baja que algunas pruebas no la ven, se llama “indetectable”. Cuando alguien tiene una carga viral indetectable, no pueden transmitir el VIH a otras personas por vía sexual.

Es importante recordar que aun cuando tengas una carga viral indetectable, el virus sigue presente en tu cuerpo. Si detienes el tratamiento, tu carga viral puede subir, haciendo que sea posible que transmitas el virus del VIH a las personas con quienes tengas sexo. Tu doctor o enfermera te puede ayudar a encontrar el tratamiento más adecuado para ayudar a mantener tu carga viral baja y así puedas mantenerte saludable. (parenthood, 2021)

Como evitar transmitir el VIH durante las relaciones sexuales

Si te enteras de que tienes VIH, no te asustes. Las personas que viven con VIH pueden tener una vida sexual y relaciones normales y saludables. Pero es importante tomar precauciones para ayudar a tu(s) pareja(s) a mantenerse libre(s) del VIH. Hay algunas maneras para no transmitirlo a otras personas:

- Usa siempre condón cuando tengas relaciones sexuales vaginales y anales.
- Comienza los tratamientos del VIH tan pronto sea posible y continua tomándolo la de manera consistente. Cuando se toma de manera correcta, el tratamiento para el VIH puede disminuir o incluso detener las probabilidades de transmitir el virus a tus parejas sexuales (y ayudar a mantener saludable).

- Hay una píldora de uso diario que tu pareja puede tomar para reducir el riesgo de contraer VIH llamada PrEP.
- No compartas agujas para inyectarte drogas, hacerte perforaciones en el cuerpo o tatuarte.
- Hazte pruebas periódicas y recibe tratamiento para otras ETS además del VIH. Tener otras ETS aumenta las probabilidades de transmitir el VIH a otros.

Algunas personas sienten que sus vidas amorosas terminan cuando descubren que tienen VIH, pero eso simplemente no es cierto. Las personas con VIH tienen relaciones románticas y sexuales entre ellas o con parejas que no tienen VIH (a veces llamadas “ser discordantes” o “magnéticas”). Hoy en día un tratamiento efectivo de VIH te ayuda a mantenerte sano y a evitar transmitir el virus a otra persona.

Es muy importante contarle a tus parejas sobre tu condición de VIH. De esta manera tus parejas y tú pueden tomar decisiones informadas sobre tener sexo más seguro, pruebas y tratamientos.

Es normal preocuparte por cómo va a reaccionar tu pareja y no hay manera de evitarlo. Algunas personas pueden asustarse, si esto sucede, trata de mantener la calma y háblales sobre tu plan para mantenerte saludable y de cómo pueden mantenerse seropositivos. Darle a tu pareja tiempo y espacio para procesar la información puede ser de ayuda. También puedes sugerirles que hablen con tu médico experto en VIH sobre las maneras de protegerse del mismo.

Si le cuentas a alguien que tienes VIH y te hacen daño, te avergüenzan o te hacen sentir mal, no lo aceptes. Mereces estar con alguien que te respete y se preocupe por ti, y existe mucha gente que lo hará.

Tener VIH afecta o no el embarazo

Los bebés pueden infectarse con VIH durante el embarazo, el parto o al ser amamantados. Por eso, se recomienda hacerse la prueba en las primeras semanas de embarazo. Si tienes VIH, los medicamentos antirretrovirales reducen en gran medida tus posibilidades de transmitirle el virus a tu bebé. Con tratamiento, menos de 2 de cada 100 bebés nacidos de madres con VIH resultan infectados. Sin tratamiento, aproximadamente 25 de cada 100 bebés resultan infectados. (parenthood, 2021)

8. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

8.1 la consulta de enfermería como principal herramienta para mejorar la adherencia en pacientes V.I.H.

En los últimos años los avances en la investigación en terapia antirretroviral han producido una auténtica revolución en la lucha de la infección por el V.I.H. permitiendo incrementar de forma significativa la supervivencia de los pacientes. Así se puede hablar ya de que la codificación de la infección es ya un hecho.

Los objetivos del tratamiento antirretroviral son mejorar la calidad de vida del paciente durante el máximo tiempo posible y la prevención de la transmisión de nuevos casos, pero esto solamente se consigue con una adecuada adherencia.

Se define la **adherencia terapéutica**, como las actitudes, estilo de vida y comportamientos propios de la persona que favorecen que el cumplimiento terapéutico se lleve a cabo y/o sea mejor (A. González Sánchez, 1999). La adherencia incorrecta incluye aspectos como la omisión de tomas, reducción de la dosis prescrita, no respetar los intervalos o frecuencias de administración correctas y no ajustarse a los requerimientos de administración en relación con las comidas u otras circunstancias.

La falta de adherencia conlleva:

- Empeoramiento del estado del/a paciente.
- Aparición rápida de resistencia a los fármacos. - Reducción de las posibilidades terapéuticas futuras. - Posibilidad de transmitir cepas resistentes.
- Aumento del coste social y económico.

Desde la época hipocrática, es conocido que no todos los pacientes cumplen con las recomendaciones de su médico, en épocas más recientes se observó que las tasas de cumplimiento correcto en enfermedades crónicas que requieren auto-administración de los fármacos varían del 10 al 90%, situándose la media en un 50%. En el caso de los T.A.R.V. se considera que una adherencia entre el 85 y el 95% sería necesaria para lograr los objetivos del tratamiento.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA:

- **EL INDIVIDUO**

En nuestro medio, contamos con unos individuos de características muy concretas, las cuales hacen que la adherencia al T.A.R.V. sea más dificultosa, como un bajo nivel de estudios, mala situación económica, el desempleo, marginación, alcoholismo, consumo de drogas, etc...

Los factores de carácter psicológico también influyen en el cumplimiento; la ansiedad y la depresión empeoran la adherencia así como las actitudes y creencias del paciente respecto a la medicación (su efectividad o no) y la enfermedad (la ausencia de manifestaciones clínicas agudas), por lo que hay que consensuar el tratamiento con el paciente, informando y educando a éste sobre el objetivo del tratamiento y los motivos de la adherencia.

En definitiva, la adherencia al tratamiento constituye una conducta compleja individual en la que intervienen numerosos factores concomitantes.

- **LA ENFERMEDAD**

Las enfermedades agudas que se manifiestan con signos y síntomas (sobre todo dolor), tienen mayores tasas de adherencia mientras que las crónicas y sobre todo las asintomáticas su tasa es menor. Actualmente el T.A.R.V. se introduce cuando el individuo no presenta todavía la clínica de alguna de las enfermedades oportunistas, y si nota sin embargo los posibles efectos secundarios al inicio del T.A.R.V., lo que dificulta en gran manera la adherencia. Para evitarla hay que dar a los internos una información detallada y sencilla de cual es la historia natural de la enfermedad y la necesidad de tomar el tratamiento antes de que aparezcan los signos y síntomas.

- **EL RÉGIMEN TERAPÉUTICO**

El hecho de que el T.A.R.V. sea para toda la vida y que actualmente no produce la curación completa del individuo, condiciona mucho una buena adherencia. Además la complejidad del tratamiento (actualmente se tiende a la simplificación de éste), los efectos secundarios y las molestias ocasionadas por éste, la interferencia con los hábitos de vida, las características de las pastillas (tamaño, sabor, características organolépticas...) así como el hecho de condicionar la toma a la presencia o ausencia de alimentos en el momento de ésta hace que la adherencia sea más dificultosa.

Para mejorar la adherencia hay que simplificar lo más posible la pauta, adaptándola de forma individualizada a cada paciente y adaptando la medicación lo más posible al ritmo de vida de éste y no al revés, los requisitos alimenticios deben de simplificarse y las interacciones farmacológicas deben de conocerse y evitarse.

- **EL EQUIPO ASISTENCIAL**

Nuestros pacientes presentan como característica peculiar el hecho de encontrarse privados de libertad, lo que modifica de alguna manera la relación con el personal

sanitario. Esta institucionalización de la relación sanitario-paciente puede condicionar negativamente la comunicación que se establece entre las dos partes, por lo tanto es esencial a la hora de prescribir el T.A.R.V. el hacerlo de forma consensuada con el paciente, ya que el sanitario no puede conocer o anticipar los valores del paciente (en nuestros pacientes el valor de la libertad puede prevalecer sobre el de la salud). Además la confianza, continuidad, accesibilidad, flexibilidad y confidencialidad son factores que hay que potenciar en la relación ya que influyen positivamente en ésta.

En definitiva, los factores más importantes en la relación sanitario-paciente son el suministro de una información detallada y sencilla y la toma de decisiones conjuntas en un marco de confianza mutua.

Utilización de recursos sanitarios

Las características clínicas y el tipo de atención médica demandada por las personas que viven con VIH han ido cambiando constantemente a lo largo de los años de epidemia de VIH/sida. Estos cambios motivan nuevas necesidades que deben abordarse continuamente. De una atención hospitalizada se pasó a la administración de tratamientos en hospitales de día y actualmente a un seguimiento básicamente ambulatorio y multidisciplinario de personas que, en la mayoría de casos, se encuentran asintomáticas.

El acceso al tratamiento antirretroviral (TAR) en el sistema sanitario público español es gratuito, así como la asistencia sanitaria integral, lo que deriva en uno de los mejores sistemas de atención integral a la salud de las personas con VIH, reconocido internacionalmente. No obstante, la reducción proporcional de la inversión económica en sanidad pública en España durante la última década está derivando ya en una caída en los indicadores de calidad del sistema sanitario, que ha visto retroceder su posición del 10.º Al 19.º Puesto en el último control.

El tratamiento antirretroviral supresor y eficaz ha transformado la infección por VIH en una enfermedad crónica de abordaje mayoritariamente ambulatorio, con una

importante reducción en los requerimientos de hospitalización y la utilización de recursos a nivel hospitalario.

Actualmente estamos viviendo una nueva transformación con el incremento paulatino de la media de edad de las personas con infección por VIH y la presencia creciente de comorbilidades asociadas con el envejecimiento, gracias a la equiparación de la esperanza media de vida de los individuos con infección por VIH a la de la población general. No hay datos suficientes en la actualidad para establecer si la infección por VIH se asocia con un envejecimiento acelerado o acentuado, pero parece claro que la media de edad de las personas con infección por VIH va a continuar incrementándose en el futuro. (PARDO, 2005)

8.2 Cuidado humanizado

Es el conjunto de acciones fundamentadas con la relación entre paciente – enfermera, Ernestina Wiedenbach se dedicó al aspecto de arte o ejercicio profesional que tiene la enfermería, centrándose en las necesidades del paciente. Ella dice que la gente puede diferir en cuanto al concepto de enfermería, pero pocos no estarán de acuerdo en que la enfermería es alimentar y cuidar a alguien de forma maternal.

Para términos de esta investigación, se define el cuidado humanizado de enfermería como el conjunto de acciones fundamentadas por conocimiento técnico – científico, al igual que la interacción permanente y continua que establece el equipo de enfermería con el paciente que asiste al servicio de hospitalización de urgencias de Gineco-obstetricia para lograr el bienestar y la recuperación para que se vincule a sus actividades cotidianas.

8.2.1 PERCEPCIÓN DEL CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA

Es el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado.

Se debe tener en cuenta que el proceso de la percepción es subjetivo, sin embargo, algunos comportamientos son frecuentes e importantes en la interacción del cuidador – ser cuidado, se categorizan en 9 comportamientos de cuidado humanizado: sentimientos del paciente, características de la enfermera, dar apoyo emocional, dar apoyo físico, cualidades del hacer de la enfermera, pro actividad, empatía, priorizar al ser cuidado y disponibilidad para la atención (Alvis y col. 2011); la percepción de estos comportamientos es primordial para nutrir la esencia de los momentos de cuidado, dignificar al ser humano y fortalecer su autonomía.

El personal de enfermería debe tener ciertas actitudes para brindar un cuidado humanizado; por medio de sus vivencias, logros e interacción con los pacientes, adquiere la capacidad de saber que el cuidado humanizado no solamente son procedimientos técnicos sino que involucra la capacidad de percibir al ser humano en sus diferentes dimensiones.

Jean Watson, autora de la “Teoría del Cuidado Humano”, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilidad de los profesionales hacia aspectos más humanos.

8.3 Categoría de sentimientos del paciente

Teniendo en cuenta los estudios revisados se puede concluir que el primer encuentro, o contacto enfermera – paciente, conforma una relación interpersonal en el que dos personas inician una comunicación, una relación, en donde se pone en marcha un determinado proceso, produciendo un intercambio comunicativo, reconociendo sus sentimientos así como su realidad, explorando el proceso de evolución del paciente.

De acuerdo a esto Alvis C. Tania y col definen esta categoría como “La relación de cuidado humanizado en la persona hospitalizada genera en él sentimientos positivos resultantes de la interacción enfermera – paciente tales como sentirse apoyado, acogido, atendido, cuidado, acompañado, informado, recibir calor humano. Sentimientos que se constituyen en la oportunidad de sanación y crecimiento tanto de la enfermera como del paciente”.

A su vez el estudio de “Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander” en la categoría “Conforta” plantea comportamientos que permiten dar ánimo, involucrar a familiares y brindar las mejores condiciones para que el paciente se sienta bien, satisfecho y atendido. En cuanto a la categoría de sentimientos, Richard. S. Lazarus, (1991), sugiere la teoría de incluir sentimientos en el marco de las emociones, ya que éstas se conciben en sentido muy amplio.

Considerando el sentimiento y la emoción como conceptos interrelacionados, en el cual la emoción englobaría al sentimiento. Por ello define sentimiento como el componente subjetivo o cognitivo de las emociones, como lo dice Watson en dos de los diez factores que ejerce el profesional de enfermería.

8.4 Categoría características de la Enfermera

El personal de enfermería debe poseer características que los haga diferentes a los demás profesionales de la salud, su trato hacia los pacientes debe ser cálido, respetuoso, debe brindar estímulos positivos para así establecer una relación terapéutica en donde el paciente se sienta atraído a interactuar para poder llevar a cabo un buen desempeño de roles y salir de cualquier crisis ya sea física o emocional por la que este atravesando, el personal de enfermería es además de un apoyo una guía para cada uno de los usuarios. De acuerdo a esto Alvis C. Tania y col definen esta categoría como “Son todos aquellos comportamientos de la

enfermera que durante la experiencia de cuidado el paciente reconoce y la caracteriza, siendo los más destacados: persona cálida, querida, especial, agradable, que demuestra su simpatía, amabilidad y cordialidad en la atención; además se destaca su diligencia, eficacia, flexibilidad y atención”.

En cuanto a la imagen la conocida teórica Virginia Henderson plantea: “La imagen del personal de enfermería para el futuro parece requerir una combinación especial del viejo y cálido espíritu de Florence Nightingale con las nuevas habilidades profesionales. Quizás la lámpara como símbolo de la enfermería pueda servir todavía a su propósito, si el personal puede lograr combinar la luz (habilidades profesionales), con la calidez que esta irradia”.

8.5 Categoría apoyo emocional

El apoyo emocional que se brinda a las personas, es el complemento indispensable para un adecuado tratamiento. El objetivo central del apoyo emocional es lograr que el paciente asuma una posición activa ante su estado y tratamiento, siendo similar a lo propuesto por Nightingale en donde “una enfermera debe ser una persona en la que se pueda confiar, en otras palabras, capaz de ser enfermera de confianza... no puede ser ligera habladora; nunca debe contestar preguntas sobre su enfermo; debe ser estrictamente moderada y honesta” y esto corresponde a la relación ayuda confianza propuesta por **Watson**.

Esta posición activa permite que el paciente se fortalezca internamente lo cual es un factor influyente en la recuperación de la vida cotidiana y por supuesto influirá en la recuperación y mejoría en la calidad de vida. De acuerdo a esto Alvis C. Tania y col definen esta categoría como “Es el apoyo percibido por el paciente en la interacción de cuidado con el personal de enfermería a través de un buen trato cordial y amistoso, con el calor humano en un ambiente tranquilo, cómodo y de

confianza, que deriva en sentimientos de bienestar para el paciente, aliento y le permite percibir un entorno familiar, alegre y entretenido.

En cuanto al estudio “Enfermería y apoyo emocional: La perspectiva de la parturienta” esta categoría describe una forma de asistencia a la parturienta, efectivamente marcada por el apoyo físico y emocional, evidenciando una profundización en la calidad de esta relación. En un primer momento, además de la presentación por los nombres y de un dialogo sobre el bebé, el equipo procuro que la mujer los informase sobre el parto con sus propias palabras, reconociendo de ese modo cómo estaba su estado físico y emocional.

8.6 Categoría apoyo físico

Se basa en hacer sentir bien al paciente, esto implica que cada enfermera al valorar a su paciente lo trate como una persona que merece respeto no como una enfermedad más, el mirarlo a la cara cuando se le habla, disminuir su dolor, atender sus necesidades y brindar comodidad tanto física como mental, es por esto que es de gran importancia brindar apoyo físico a cada uno de los pacientes que consultan diversos servicios.

De acuerdo a esto Alvis C. Tania y col definen esta categoría como “Es el componente que el paciente percibe del personal de enfermería cuando entra en contacto con ellos, en actividades sencillas pero significativas, como son el mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor”.

Dentro de la investigación “La comunicación con los pacientes” se encontró que la comunicación con los pacientes no solo se da con palabras. Las expresiones no verbales y el silencio también son formas de comunicación. Los futuros profesionales de enfermería, deben adquirir expresar, aun en ausencia de las palabras.

Para brindar un cuidado integral es importante establecer entre la enfermera y el paciente una relación de confianza y de ayuda, en la que haya disposición al diálogo y la escucha, utilizando una terminología clara y comprensible que facilite la comunicación y que permita identificar las necesidades del paciente de forma asertiva y oportuna.

8.7 Categoría cualidades del hacer de da enfermera

Hace referencia a la información y educación que requiere el paciente para atender la situación actual y el tratamiento, el ser honesto con el paciente sobre su condición médica, es el comportamiento más importantes para él. El personal de enfermería debe fortalecer el rol funcional de educar en el proceso de formación, en el cual se debe brindar los elementos necesarios que fortalecen la estabilidad.

De acuerdo a esto Alvis C. Tania y col definen esta categoría como “Hace referencia al optimo desempeño del personal de enfermería identificado por el paciente, en rasgos que describen una enfermera que se porta bien, que es atenta, que hace las cosas con sencillez, humildad y agrado, que explica con amabilidad y propicia el dialogo, además su desempeño es profesional en cuanto al conocimiento que refleja en su trabajo, cumple con el deber profesional reconoce sus debilidades, sigue la indicaciones del tratamiento, el apoyo que brinda a sus compañeras (os), el trabajo en equipo y la capacidad de liderazgo que tiene frente al grupo.

A su vez el estudio de “Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE francisco de Paula Santander” en la categoría “Explicar y facilitar” hace referencia a la información y educación que requiere el paciente para entender la situación actual de enfermedad y tratamiento. Dentro de la investigación “aspectos éticos vulnerables en situaciones de violencia: su importancia en la formación de enfermería” para enfermería, las auténticas y verdaderas cualidades de valor

representadas en el cuidado, están directamente vinculadas a las relaciones que surgen del respeto a las personas.

Las conductas de los profesionales de enfermería median inevitablemente en las relaciones que se establecen con el usuario, familia y el resto de profesionales. Constituyen estas conductas el eje fundamental sobre el que gira toda intervención terapeuta, asistencial y de cuidados.

A raíz de ellos y de la importancia que comparta el desarrollo de cualidades, destrezas y conocimientos, la empatía, la competencia profesional y el uso de un lenguaje adecuado son las cualidades más nombradas.

8.8 Categoría pro-actividad

Esta categoría es de vital importancia puesto que hace referencia a los comportamientos que se deben realizar para evitar posibles complicaciones, aquí es fundamental que el profesional de enfermería se identifique ante el paciente, le explique qué procesos se llevarán a cabo para que este pueda tomar decisiones, además de animarlo para que comunique todo lo que pasa y llame en caso de necesitarlo, mas no que sientan temor al expresar sus responsabilidades de promover la salud a través de actividades preventivas.

De acuerdo a esto Alvis C. Tania y col definen esta categoría como “Son todos aquellos comportamientos del enfermo (a), que denotan atención anticipada, al abogar por el paciente darle información precisa y oportuna a él y a su familia acerca de la hospitalización y evolución, respondiendo preguntas y explicándole sobre procedimientos. La pro actividad contribuye a una atención oportuna que va más allá de las necesidades del paciente, que le concientiza y le hace más participe en el proceso de recuperación”.

A su vez el estudio de “Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander” en la “Monitorea y hace seguimiento” está relacionada con los comportamientos que demuestran la capacidad científica, humana y técnica del personal. El psiquiatra judío Viktor Frankl, define la proactividad como “la libertad de elegir nuestra actitud frente a las circunstancias de nuestra propia vida”. Mientras que Steven Covey considera que la esencia de la persona proactiva es la capacidad para subordinar los impulsos a los valores. Para ello compara la actitud de las personas proactivas y las personas reactivas.

8.8.1 Categoría priorizar al ser cuidado

Cada paciente es único y por tanto sus pensamientos y actitudes también, es por esto que el profesional de enfermería debe tratar a los pacientes como seres únicos, priorizar cuidados, atender a cada uno de los llamados las veces que sea necesario, es de gran importancia llamar a cada paciente por su nombre puesto que esto los hace sentir que no son un paciente más.

De acuerdo a esto Alvis C. Tania y col definen esta categoría como “Hace referencia al cuidado de enfermería que está orientado a priorizar la persona, donde hay una preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad, donde su calidad de paciente y persona se conserva mediante la identificación por el nombre”. A su vez el estudio de “Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander” en la categoría “Anticiparse” hace referencia a los comportamientos que se deben realizar para proveer necesidades y complicaciones.

8.8.2 Categoría de la empatía

Es la capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona y responder adecuadamente a las necesidades del otro, a compartir sus sentimientos, e ideas de tal manera que logra que el otro se sienta muy bien con él y capaz de sostener una conversación o relación terapéutica, para que así sea más fácil

ponerse en su lugar y buscar respuestas adecuadas a sus necesidades, llegando a compartir sus sentimientos e ideas para llegar a tal fin.

De acuerdo a esto Alvis C. Tania y col definen esta categoría como “Dentro del cuidado humanizado, hace referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (transpersonal izar), estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana. El enfermero (a) genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática”.

Para Watson la empatía es la capacidad de experimentar y por lo tanto comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión. El afecto no posesivo se demuestra hablando en 17 un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones.

A su vez el estudio de “Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander” en la categoría “Mantiene la relación de confianza” comprende comportamientos que favorecen la relación terapéutica y demuestran el interés y la preocupación por el paciente. Carl Rogers habla de la empatía por primera vez en el contexto de una relación terapéutica, definiéndola como “la captación precisa de los sentimientos experimentados por el paciente y de los significados que estos tiene para él, y una vez captados, comunicárselo.

Este concepto de empatía va más allá, se enmarca dentro del concepto de comunicación humana (bidireccional) con dos aspectos a destacar: primero, comprensión de sentimientos y del significado de estos sentimientos para quien los padece, y segundo, comunicación verbal o no capaz de que le estoy comprendiendo (prima la no verbal). La empatía es ser capaz de entender lo que siente el otro, aunque no compartamos los mismos sentimientos. (PARDO, 2005)

8.8.3 Categoría disponibilidad para la atención

Un buen profesional de enfermería es aquel que busca brindar lo mejor de sí para lograr la estabilidad de su paciente, dedicándole tiempo a todo lo que lo rodea, como aplicar su medicamento a la hora exacta, identificar sus necesidades y respondiendo con rapidez a todos sus llamados.

De acuerdo a esto Alvis C. Tania y col definen esta categoría como “Es aquella actitud de disposición que tiene el enfermero(a) para identificar el momento de cuidado, al estar pendiente de su sentir, de su está de ánimo, de su dolor, de sus necesidades de cuidado, para actuar y acudir oportuna y eficazmente.

Cuando dispuso de tiempo para escucharlos, acudir al llamado, hacerlo con prontitud, cubrir sus necesidades y vigilar el tratamiento ordenado”. A su vez el estudio de “Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco 18 de Paula Santander” en la categoría “Es accesible” comprender los comportamientos relacionados con acercarse, responder a los llamados y realizar cuidados específicamente de manera oportuna.

La enfermería profesional debe incluir en su práctica el enfoque holista, se dice que no hay enfermedades sino enfermos donde el cuidado del paciente y sus necesidades son la base de la enfermería, entonces resulta incongruente el trato que pudieran recibir de estos profesionales. Además de los modelos y teorías que guían las acciones de la profesión, existe un código de ética donde se abordan los deberes de las enfermeras para con las personas y los encontramos en los siguientes artículos.

- Artículo 1. Norma la conducta de las enfermeras en sus relaciones con la ciudadanía y las instituciones.
- Artículo 2. Respetar la vida, los derechos humanos.
- Artículo 3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas en un ambiente de respeto mutuo, reconociéndose su dignidad, valores, costumbres y creencias.

- Artículo 4. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación ocasionada. Por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.
- Artículo 5. Mantener conducta honesta y leal.
- Artículo 6. Comunicar a las personas cuando estén en riesgo.
- Artículo 7. Fomentar una cultura de auto cuidado en la salud.
- Artículo 8. Otorgar cuidados libres de riesgos en sus tres esferas.

8.9 FISIOPATOLOGÍA

El VIH actúa sobre el sistema inmunitario, reduciendo la inmunidad celular específica, en especial la mediada por linfocitos T-CD4. Cronológicamente podemos diferenciar la enfermedad en tres estadios principales (A, B y C):

- En la etapa A, que incluye la infección subclínica y la primo infección, el sistema inmune controla la infección, permitiendo la regeneración de linfocitos T-CD₄ hasta que los mecanismos lesivos acentúan la inmunodeficiencia. Esta etapa cursa con adenopatías generalizadas y persistentes.
- La etapa B corresponde a la infección crónica de VIH. Se caracteriza por infecciones oportunistas, pérdida de peso patológica (superior a 10 kilogramos), púrpura trombocitopenia idiopática y poli neuropatías periféricas.
- La etapa C es la más avanzada, y supone la aparición del SIDA. Cursa con infecciones oportunistas severas y neoplasias como sarcoma de Kaposi. (Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2013).

Mecanismos de transmisión

La transmisión del VIH puede ser directa o indirecta. El virus se encuentra en tejidos y fluidos como sangre, fluidos vaginales y seminales, leche materna, líquido sinovial, pericárdico, pleural y peritoneal. Sudor, orina y heces, saliva y lágrimas sin sangre no son infectivos (Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas; Eloy et al, 1992; SESCOAM, 2011).

El VIH se puede transmitir por diferentes vías, siendo las relaciones sexuales de riesgo la más común. En este caso, el contagio se produce por contacto directo de los fluidos (vaginales, pre seminales y seminales) de un individuo infectado, con las mucosas de un individuo sano (especialmente la vaginal). Las relaciones sexuales de riesgo (múltiples parejas sexuales, sin preservativo) pueden ser orales, vaginales o anales, siendo este último tipo el de mayor riesgo (Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas).

Portadores y enfermos de SIDA Se llama portador a la persona que, tras adquirir la infección por el VIH, no manifiesta síntomas de ninguna clase. Se llama enfermo de SIDA al que padece alguno de los procesos antedichos (infecciosos, tumorales, etc), con una precariedad inmunológica importante.

Tanto el portador como el enfermo de SIDA se denominan seropositivos, porque tienen anticuerpos contra el virus que pueden reconocerse en la sangre con una prueba de laboratorio. En líneas generales, desde que una persona se infecta con el VIH hasta que desarrolla SIDA, existe un período asintomático que suele durar unos 10 años.

Durante este tiempo el sistema inmune sufre una destrucción progresiva, hasta que llega un momento crítico en que el paciente tiene un alto riesgo de padecer infecciones y tumores. Se estima que, por término medio, existen alrededor de 8 (de 5 a 12) portadores por cada enfermo de SIDA. En ausencia de tratamiento la evolución natural de la enfermedad por el VIH aboca necesariamente al desarrollo

de SIDA al cabo de unos años. Así ocurre actualmente, por desgracia, en los países subdesarrollados. Sin embargo, con la aparición en el año 1996 de la nueva y potente terapia combinada anti-retroviral se consigue controlar el deterioro inmunológico producido por el virus y, como consecuencia, prevenir el desarrollo de SIDA. Actualmente no es posible predecir el futuro a largo plazo de estos pacientes que, sin embargo, han visto prolongada su supervivencia con los nuevos tratamientos.

Estas terapias, a pesar de su eficacia, no están exentas de serios inconvenientes: toxicidad, difícil cumplimiento, disminución de su eficacia (el virus puede hacerse resistente) y elevado coste económico. Todos estos factores hacen que, hoy por hoy, no sea posible pronosticar si un paciente concreto, actualmente en tratamiento, va a desarrollar SIDA en el futuro.

El mayor número de casos de infecciones de VIH ocurren por la vía sexual, las personas con VIH y aquellos grupos catalogados como más expuestos están ligados a un fuerte componente de estigma y discriminación, por lo que el personal de enfermería debe comprender y dominar algunos conceptos claves que le ayuden a tener una actitud de aceptación, tolerancia, no estigmatización, no discriminación 21 frente a la diversidad de personas, sus prácticas sexuales, las diferentes orientaciones e identidades sexuales y la interacción de las relaciones humanas.(PARDO, 2005)

9. CONCLUSIÓN

Pude observar dentro de esta investigación que el VIH sigue siendo un importante problema de salud pública a nivel mundial, aunque actualmente no existe cura para la infección por el VIH, los fármacos antirretrovíricos eficaces aunados a la prevención y educación para la salud así como a un diagnóstico oportuno, han logrado controlar el virus y prevenir su transmisión, de modo que las personas con VIH puedan disfrutar de una vida saludable y productiva; y así lograr reducir el impacto de esta enfermedad en la población.

La enfermería siempre ha sido una profesión que se caracteriza por brindar servicios de salud en los tres niveles de atención; es por ello que la enfermera debe de tener los conocimientos y habilidades para tratar a esta población desde distintos enfoques: educación para la salud, valoración y seguimiento del paciente, atención psicosocial y sobre todo la aplicación de actividades específicas de la profesión que ayudaran al paciente con VIH a mantener o mejorar su estado de salud.

En el presente trabajo, se dejan pautas para seguir y llevar acabo como lo es la valoración de enfermería para pacientes con VIH, que está enfocada específicamente a población que presenta esta patología; que aunque bien es cierto que siempre se realiza una valoración por el personal de enfermería, cuando la información obtenida es más específica, es más fácil realizar todo el proceso de cuidado de enfermería.

La actitud del profesional de enfermería debe ser la misma que ante cualquier enfermo que presente cualquier otro tipo de patología, es por eso que se hace hincapié en los conocimientos no solo fisiológicos sino que también en todos aquellos aspectos psicosociales, que el especialista en cuidados debe comprender para brindar la mejor atención al paciente.

La enfermería debe actualizar sus conocimientos para mejorar la calidad de los cuidados en su práctica profesional. Esto apoya el ejercicio clínico con un nuevo enfoque; permite la construcción de protocolos y guías. Garantiza que los profesionales realicen el ejercicio clínico de manera rigurosa, apoyados en la literatura para estar al día, y promueve la utilización explícita y juiciosa de la mejor evidencia disponible. Es indudable que cualquier intervención invasiva en un paciente tiene un potencial riesgo de infección.

Actualmente la profesión de Enfermería utiliza como una herramienta de trabajo la Taxonomía NNN, (NANDA, NIC Y NOC) su finalidad es también dar continuidad a los cuidados implementados tras un diagnóstico enfermero, la Enfermera estructura procesos adecuados en tiempo real a las necesidades del paciente, por lo tanto la atención a un paciente con VIH deberá girar y centrarse en el momento en el que se encuentre el paciente en donde debe de ser capaz de brindar un cuidado holístico.

Hablamos sobre las FORMAS DE TRANSMISION DEL VIH, el virus que causa el SIDA se transmite solo a través de tres mecanismos: por las

relaciones sexuales desprotegidas, a través de la sangre y de la madre al hijo (antes, durante o después del nacimiento). Aunque son varios los factores que determinan que se produzca o no la infección, la explicación básica consiste en que el VIH se encuentra dentro de los linfocitos CD4. Esta clase de glóbulos blancos está presente en varios líquidos corporales, pero principalmente sangre y en las secreciones genitales humanas.

La forma más habitual de transmisión del VIH es a través del contacto sexual, estimándose que el 85% de las infecciones se produce por esta vía. La infección por VIH también puede producirse por un contacto directo entre la sangre de dos personas (que tiene lugar principalmente cuando los usuarios de drogas inyectables [UDI] comparten material de inyección) o por la transmisión de madre a hijo, bien durante el parto o a través de la leche durante la lactancia.

Los pacientes con VIH/SIDA presentan manifestaciones de ansiedad y depresión, principalmente en las primeras etapas de la enfermedad, pero sin diferencias significativas entre asintomáticas y sintomáticos. (AU) La enfermedad por VIH/SIDA ocasiona un fuerte impacto psicológico en el paciente afectado, principalmente cuando se entera de su diagnóstico y durante la etapa temprana de la enfermedad.

Los problemas de la piel, las uñas y el cabello son un asunto muy serio para las pacientes VIH/SIDA. Estos ocurren hasta en un 90% de las personas que viven con VIH y a menudo, dichas personas experimentan

dos o más problemas relacionados a la vez, por lo que consideramos de sumo interés.

La pérdida del apetito y una dieta deficiente son causas importantes de la pérdida de peso asociada a la infección por el VIH. Es necesario desarrollar maneras de mejorar la alimentación, y documentarlas. La Nutrición es importante para las personas que viven con el VIH ya que debilita el sistema inmunológico exponiendo el cuerpo a infecciones.

En este trabajo también se habló del estigma y la discriminación relacionados con el VIH/SIDA nos desafían a todos: al Estado, a las instituciones de salud, a los trabajadores de la salud, a sus organizaciones gremiales, a las personas infectadas, sus familias y la comunidad en general a identificar e intervenir las causas de esta situación, la cual sólo podrá vencerse con unas políticas gubernamentales específicas, de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y si nuestros cuidados y tratamientos conllevan respeto y dignidad.

El estigma y la discriminación impulsan la epidemia del VIH/SIDA, pues crean una cultura de secretismo, silencio, vergüenza y victimización. Esto aumenta el sufrimiento y tiene consecuencias sociales y económicas devastadoras para las personas que viven con la enfermedad, sus familias y las comunidades. La vergüenza que va unida al estigma sentido, disuade a las personas de buscar asesoramiento, pruebas y tratamiento, esto significa que algunas personas prefieren desconocer su propia situación, por temor a perder su secreto, a perder su puesto de trabajo, la ruptura de relaciones, el ostracismo social o, inclusive, ser objeto de violencia.

10. BIBLIOGRAFÍA

10.1 Básica

- Aponte, C; Montenegro, M y Otros (2001). Actitud del Profesional de Enfermería de Atención Directa en el Cuidado de los Usuarios Portadores de VIH/SIDA. Trabajo Especial de Grado. No publicado. Caracas - Venezuela. UCV.
- Aguirre, L. (2000). Enciclopedia de Enfermería. Editorial Océano. Barcelona.
Aguilar, Eloy (2000) Guía para enfermeras en la Atención del Paciente con HIV/SIDA. Conasida. Hospital infantil de México.
- Aguilera, A y Otros (2008). Conceptos Básicos del VIH/SIDA. Caracas - Venezuela.
- Barrios, M (1.994) Manual de Enfermería para la Atención al Enfermo con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Caracas Venezuela.
- Benítez, P; Bustillos, H; Gómez, Y, Romero, M (2001). Cuidado Humano ofrecido por el Personal de Enfermería al Enfermo con VIH/SIDA en su dimensión asistencia de Enfermería y Comunicación Eficaz. Porlamar. Nueva Esparta. Trabajo Especial de Grado. UCV.
- Benner, P. (2002) Coloquio Panamericano de Investigación en enfermería. Editorial Interamericano. Edición VIII. México.
- Betancourt, L., Jiménez, C., López, G. (2005). Investigación Aplicada al Área de Enfermería II. Modulo Instruccional.

Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela Experimental de Enfermería.

- Brunner, S. y Suddarth (2002) Enfermería Médico Quirúrgico. Séptima edición volumen 2. Interamericana Mc Graw-Hill- México.
- Cabreras, M. (2008) Guía Básica Examen Físico. Edición. Mc. Graw- Hill. Interamericana. México.
- Carbonell, T (2006) Terminología Relacionada con HIV. Revista Médica. Bogotá.
- Canales, F. (1.998) Metodología de la Investigación. Editorial LimUsa. México.
- Clemente, D. (2009). Manifestaciones Cutáneas - Mucosa en pacientes con HIV/SIDA. Editorial Comité. Revista médica.
- Collierie, MF. (1993) Promover la Vida. Editorial Mc Graw Interamericana. México.
- Consejo Internacional De enfermeras (2006). Declaración sobre cuidados a los Pacientes Moribundos y sus Familiares. Ginebra.
- Curriel, D. y Figuera, E., (2000). Relación existente entre la intervención de Enfermería y el Bienestar del Paciente con VIH/SIDA. Trabajo especial de grado. Caracas, Venezuela. UCV.
- Duarte, P., Hernández, A., Parra, D., y Zavala, S., (2002). Actitud del Profesional de Enfermería ante los Familiares del paciente con

Sida en el Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde". Trabajo Especial de Grado. Valencia, Venezuela. UCV.

- Dugas, B (2000) Tratado de Enfermería Práctica. Editorial Interamericana.
Cuarta –Edición. México.

10.2 Complementaria

- Duque, Y; Ruiz, A (2001) La Práctica de Enfermería y su relación con la calidad de atención que brindan los Profesionales de Enfermería al Paciente con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Trabajo Especial de Grado. UCV. San Cristóbal.
- Durham, J; (1990). Cuidados de Enfermería de Pacientes con SIDA. Editorial Manual Moderno. México.
- Figuera, E (1994) Administración de los Servicios de Enfermería. Modulo Instruccional. Escuela de Enfermería UCV. Caracas - Venezuela.
- Greene, W. (1998).Educación para la Salud. Editorial Interamericana. Mc. Graw- Hill. México.
- González, J. (1997). Recomendaciones sobre los tratamientos Antirretrovirales. Edición. Med.Clin. Ginebra.
- González, M y Fernández, O (1997) SIDA Un problema de Salud Pública. Edición. Mc. Graw- Hill. A.V. Interamericana. México.
- AGUILAR PALMA, Mara Carolina. Conocimientos de los estudiantes del V Semestre de Licenciatura en Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala, sobre las Medidas Universales de precaución en el Cuidado del Paciente con diagnóstico de VIH/Sida. Guatemala, 2,010. 62 p.

- DU GAS, Beverly. Tratado de Enfermería práctica. Editorial Interamericana. México. Cuarta edición. 1996. 792 p.
- GARCÍA-ALVARADO, E. y col. Medida de Bioseguridad, precauciones estándar y sistemas de aislamiento. México 2002. 29p.
- Grupo de Cuidado. Dimensiones del Cuidado. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. 1997. 253p.
- Historia de la Medicina. Enfermería: el arte y la ciencia del cuidado. "Revista Académica de Medicina" Colombia vol.25 número 3 (63). Diciembre 2003. Disponible en Word wide web: <http://anm. Encolombia.com>. Consultado noviembre 2010.
- LUCH, Brenda Marisol. Conocimientos del personal de enfermería del servicio de Medicina de Infantes del Hospital Roosevelt sobre el cuidado integral a niños y niñas con diagnóstico de VIH/Sida. Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala, 1998. 73p.
- MARRINER TOMEY, Ann. TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA. 4ª. Edición. Barcelona, España 1,999. 530p. 11. PINEDA E.B. de ALVARADO E.L. de CANALES F.H. Metodología de la Investigación, manual para el desarrollo de personal de salud. 2ª. Ed. Organización Panamericana de la Salud 1994. 225p.
- POLIT, Dennise Y Bernardette P. HUGLER. Investigación científica en ciencias de la salud. Sexta edición editorial. Mc Graw-Hill interamericana. México, 2000. 563p.
- SABINO, Carlos. El proceso de investigación. Lumen 1999. 110p.

- TEPEU JOLOMNA, Rigoberto “Conocimientos y Actitudes Personales y Profesionales del Personal Paramédico, en la Asistencia de Personas Infectadas por el VIH/SIDA” Universidad de San Carlos de Guatemala, 1,997.98p.
- WEITZEL WOLF, Zornow Zsohar. Curso de enfermería Moderna. 7ª. Edición. Editorial, México 1,988 p 5.
- Massur H, Michelis MA, Greene JB, Onorato I, Stouwe RA, Holzman RS, et al. An outbreak of community-acquired pneumocystis carinii Pneumonia: inicial manifestación celular inmune disfunción. N Engl J Med 1981; 305: 1431-8
- Beyrer C. HIV epidemiology update and transmission factors: risk and risk—16th International AIDS Conference epidemiology plenary. Clin Infect Dis 2007; 44:981-7
- Simon V, Ho DD, Abdool Karim Q. HIV/AIDS epidemiology, Pathogenesis, prevention and treatment. Lancet 2006; 368: 489-504
- Hammer SM. Management of Newly Diagnosed HIV Infection. N Engl J Med 2005; 353: 1702-1
- Wegbreit J, Bertozzi S, DeMaria L, Padian N. “Effectiveness of HIV Prevention strategies in resource-poor countries: tailoring the intervention to The contexto. AIDS 2006; 20:1217-35
- Clavel F, Hance A. Review article medical progress HIV Drug resistance. N Engl J Med 2004; 350:1023-35
- Powderly WG, Landay A, Lederman MM. Recovery of the immune System with antiretroviral therapy: the end of opportunism? JAMA 1998; 280:72-7

- Sethi AK, Celentano DD, Gange SJ, Moore RD, Gallant JE. Association Between adherence to antiretroviral therapy and human inmunodeficiencia Virus drug resistance. Clin Infect Dis 2003; 37:1112–18
- Murphy EL, Collier AC, Kalisz LA, Assmann SF, Para MF, Flanigan TP Et al. Highly active antiretroviral therapy decreases mortality and morbidity in Patients with advanced HIV disease. Ann Intern Med. 2001; 135:17-26
- Machado-Alba J, Álzate A. Patrones de prescripción de antirretrovirales en 997 pacientes colombianos. Biomédica 2008;28:78-86
- Ángeles Merino Godoy. (2004) Actitudes y Conocimientos de profesionales de Enfermería sobre el paciente VIH+/SIDA Unidad de Infecciosos del Hospital General de Huelva Juan Ramón Jiménez Nure Investigación, nº 6, Junio 2004.

10.3 ELECTRÓNICA

- UNICEF Ecuador - Salud y Nutrición - El VIH/SIDA empieza a revelarse. [Http://www.unicef.org/ecuador/health_nutrition.html](http://www.unicef.org/ecuador/health_nutrition.html)
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención y control de VIH-SIDA-ITS/<http://www.salud.gob.ec/programa-nacional-de-prevencion-ycontrol-de-vihsida-its/>)
- Hospital de Infectología, área de estadística, 2013.
- Gladys M. Relation of perception of patient and quality of the interaction according to the theory of Peplau: Hospital Dos de Mayo- 2006. <http://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v5n1/v5n1a04.pdf>

- Estrategia Nacional de Salud Pública para VIH/Sida-ITS | Ministerio de Salud Pública. 2011. <http://www.salud.gov.ec/programa-nacional-de-prevencion-y-control-de-VIHsida-its/>
- (MSP, Guía Nacional de Consejería en VIH- SIDA, 2011, Situación epidemiológica del Sida, pag 19-27.) <http://www.aciprensa.com/sida/definicion.htm>
- RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro. Percepción de comportamiento de cuidados humanizado de enfermería en la clínica Country; *av. Enferm.*, XXV (1): 56-68
- Marriner T. *Ann. Modelos y teorías en enfermería*. Ed 3p.60)
- Alvis C. Tania y Col. *Op col cit.* P 48. Citado por RIVERA ALVAREZ, Luz
- Nelly. TRIANA, Álvaro. Percepción de comportamientos de cuidados humanizados de enfermería en la clínica del Country; *av. Enferm.*, XXV (1); 56-68, 2007.)
- Watson J. Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería.
- Facultad de Enfermería y Nutriología. Universidad de Chihuahua. (internet) disponible en: http://fen.uach.mx/index.php?page/Semblanza_Jean-Watson.
- Marriner T. *Ann. Modelos y teorías en enfermería*. Ed 3p.62)
- Alvis C. Tania y Col. *Op col cit.* P 46. Citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro. Percepción de comportamientos de cuidados humanizados de enfermería en la clínica del Country; *av. Enferm.*, XXV (1); 56-68, 2007.)

- Bautista .R, Luz. M. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la
- ESE Francisco de Paula Santander, Aquichan, Vol. 08, N°1.
- Alvis C. Tania y Col. Op col cit. P 47. Citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro. Percepción de comportamientos de cuidados humanizados de enfermería en la clínica del Country; *av. Enferm.*, XXV (1); 56-68, 2007.
- Henderson V. La práctica de enfermería y la preparación de la enfermera. En: *Enfermería teórica y práctica. Papel de la atención del paciente* W.T México, DF: Ediciones Científicas de la Prensa Medica Mexicana; 1993.p. 37-40.
- Páez R. La ética de las virtudes y enfermería, *revista mexicana de enfermería cardiológica* 2000; 8(1-4): 62.
- Alvis C. Tania y Col. Op col cit. P 46. Citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro. Percepción de comportamientos de cuidados humanizados de enfermería en la clínica del Country; *av. Enferm.*, XXV (1); 56-68, 2007.
- Cibele C. Lima da M Ojeda O. Carmen L. Nursing staff and emocional support the parturient´s perspective.
- Alvis C. Tania y Col. Op col cit. P 47. Citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro. Percepción de comportamientos de cuidados humanizados de enfermería en la clínica del Country; *av. Enferm.*, XXV (1); 56-68, 2007.
- NARANJO BERMUDEZ, Isabel Cristina and RICAURTE GARCIA, Gloria Patrici. Communication with patients. *Invest. Educ. enferm*, Mar. 2006, Vol. 24, n° 1, p. 94-98. ISSN 0120-5307.

- Alvis C. Tania y Col. Op col cit. P 48. Citado por RIVERA ALVAREZ, Luz Nelly. TRIANA, Álvaro. Percepción de comportamientos de cuidados humanizados de enfermería en la clínica del Country; *av. Enferm.*, XXV (1); 56-68, 2007.
- OCÉANO MOSBY: "DICCIONARIO DE MEDICINA", BARCELONA -
- ESPAÑA. EDITORIAL OCÉANO. 2005.
- WWW.ENFERMERIA.MILENIUN
- 44. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Declaración Universal de los derechos Humanos [En línea] <http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/dudh.htm> [Consultado17/05/2009].
- Organización Mundial de la Salud. Preparación de los profesionales de la Atención de salud para el siglo XXI: el reto de las enfermedades crónicas. Ginebra: OMS, 2005. [En línea] http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562800_spa.pdf [Consultado06/06/2009].
- Secretaria de Salud. Código de ética para enfermeras y enfermeros. México: Secretaría de Salud, 2001. [En línea] http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/codigo_etica.pdf. [Consultado30/05/2009].

11. GLOSARIO

A

- **ADMINISTRACIÓN:** son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, en las cuales la enfermera (o) debe enfocarse a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al paciente, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción.
- **ACTITUD:** Manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar.
- **ADN:** es el nombre químico de la molécula que contiene la información genética en todos los seres vivos.
- **ADMINISTRAR:** su origen está en el verbo administro y se refiere a ejercer el control, el mando de algo específico.
- **ADHERENCIA:** estricto cumplimiento de una terapia basada en la prescripción de drogas con el propósito de evitar la resistencia a los medicamentos. Esto podría ser muy difícil si tomamos en cuenta el número de medicamentos involucrado, la frecuencia con que deben tomarse, los efectos secundarios y la prolongada duración del tratamiento.
- **ANTIRRETROVIRAL:** una droga que inhibe el mecanismo de replicación de ciertos retrovirus como el VIH.
- **AZT:** un medicamento que retarda el crecimiento del VIH (conocido como nucleótidos análogos de drogas antivirales).

- **AMBIENTE:** el ambiente es el entorno o fluido que rodea un cuerpo.
- **ANTICUERPO:** Sustancia segregada por los linfocitos de la sangre para combatir una infección de virus o bacterias que afecta al organismo.
- **ANSIEDAD:** es un sentimiento de miedo, temor e inquietud. Puede hacer que sude, se sienta inquieto y tenso, y tener palpitaciones.
- **APARICIÓN:** Acción de aparecer o aparecerse.
- **ARN:** El ácido ribonucleico (ARN o RNA) es un ácido nucleico formado por una cadena de ribo nucleótidos.
- **ASEXUAL:** Es la falta de orientación y deseo sexual.
- **AUMENTO:** incremento, agrandamiento, ampliación, acrecentamiento, crecimiento, desarrollo de algo.
- **AVANCES:** Progreso o mejora.

B

- **BIENESTAR:** Estado de la persona cuyas condiciones físicas y mentales le proporcionan un sentimiento de satisfacción y tranquilidad.
- **BISEXUAL:** Es la persona cuyas atracciones afectivo eróticas se orientan hacia personas de ambos sexos.
- **BRINDAR:** Expresar un bien deseado a alguien o algo a la vez que se levanta la copa con vino o licor antes de beber.

- **BOOSTER:** una dosis adicional de vacuna administrada con el fin de restaurar a la inmunidad a su pleno potencial y detener la enfermedad.

C

- **CARGA VIRAL:** la cantidad del VIH presente en la sangre o en el semen.
- **CALIDAD:** Conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite caracterizarla y valorarla con respecto a las restantes de su especie.
- **CAPACIDAD:** Circunstancia o conjunto de condiciones, cualidades o aptitudes, especialmente intelectuales, que permiten el desarrollo de algo, el cumplimiento de una función, el desempeño de un cargo, etc.
- **CATEGORÍA:** Posición de una persona o cosa dentro de una clasificación jerarquizada.
- **CÉLULA CD4** (linfocito): un glóbulo blanco también conocido como célula T- 4. Este tipo de células coordina las respuestas del sistema inmunológico ante episodios de infección. Las células T – 4 constituyen el principal blanco del VIH.
- **CÉLULA:** Unidad anatómica fundamental de todos los organismos vivos, generalmente microscópica, formada por citoplasma, uno o más núcleos y una membrana que la rodea.

- **CICLO:** Serie de fases o estados por las que pasa un acontecimiento o fenómeno y que se suceden en el mismo orden hasta llegar a una fase o estado a partir de los cuales vuelven a repetirse en el mismo orden.
- **CMV – (CITOMEGALO-VIRUS):** un virus que causa una enfermedad similar a la influenza y, en casos severos, inflamación de glándulas, neumonía, infecciones del ojo (retinitis) y defectos de nacimiento. (Es una de las „infecciones oportunistas“ que pueden causar serias molestias y/ o enfermedades en personas cuyos sistemas inmunológicos han sido dañados por el VIH)
- **CONDÓN:** una delgada funda protectora que cubre el pene durante el sexo vaginal, anal u oral con el fin de prevenir enfermedades de transmisión sexual o embarazos. También se dispone de condones femeninos que se colocan en el interior de la vagina.
- **CONFIDENCIALIDAD:** es la propiedad de la información, por la que se garantiza que está accesible únicamente a personal autorizado a acceder a dicha información.
- **CULEBRILLA:** una infección viral (herpes zoster) que causa dolorosas llagas en la piel. (Es una de las „infecciones oportunistas“ que pueden causar serias molestias y/ o enfermedades en personas cuyos sistemas inmunológicos han sido dañados por el VIH)
- **CULPABILIDAD:** Una acción u omisión antijurídica debe ser culpable.

- **CUALIDADES:** son todas aquellas características definitorias de algo o de alguien. Es la forma en plural de la palabra cualidad.
- **CUIDADO:** Modo de actuar de la persona que pone interés y atención en lo que hace para que salga lo mejor posible.

D

- **DIALOGO:** Conversación entre dos o más personas que exponen sus ideas y comentarios de forma alternativa.
- **DIAGNÓSTICO:** se denomina la acción y efecto de diagnosticar. Como tal, es el proceso de reconocimiento, análisis y evaluación de una cosa o situación para determinar sus tendencias, solucionar un problema o remediar un mal.
- **DILIGENCIA:** Trámite o gestión, generalmente administrativa, que se tiene que realizar para resolver un asunto.
- **DISCRIMINACIÓN:** Discriminar es dañar los derechos de alguien simplemente por ser quien es o por creer en lo que cree. La discriminación es nociva y perpetúa la desigualdad.
- **DISPONIBILIDAD:** Situación de estar disponible alguien o algo.
- **DOLOR:** es una señal del sistema nervioso de que algo no anda bien. Es una sensación desagradable, como un pinchazo, hormigueo, picadura, ardor o molestia.
- **DIFICULTAD:** Situación, circunstancia u obstáculo difíciles de resolver o superar.

E

- **EROTISMO:** Es la capacidad humana de experimentar las respuestas subjetivas que evocan los fenómenos físicos percibidos como deseo sexual, excitación sexual y orgasmo, que por lo general se identifican con placer sexual.
- **ENFERMEDAD TRANSMISIBLE:** una enfermedad causada por un agente infeccioso específico, - o por sus productos tóxicos - que tiene su origen en la transmisión de ese agente o de sus productos tóxicos desde una persona infectada a un huésped susceptible.
- **ENFERMEDAD INFECCIOSA:** una enfermedad causada por un germen (bacteria, virus, hongo, parásito).
- **ESTUDIOS:** Se denomina estudio al esfuerzo que una persona dedica a entender o aprender algo.
- **ESTIGMATIZACIÓN:** consiste en atribuir un rasgo de este tipo a una persona o a un grupo social.
- **ESTEREOTIPOS:** Idea, expresión o modelo estereotipados de cualidades o de conducta.
- **EPIDEMIA:** una enfermedad que ataca a un gran número de integrantes de la comunidad en forma simultánea.
- **EPIDEMIOLOGÍA:** el estudio de la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este conocimiento al control de problemas de salud global.

F

- **FASE:** Estado, diferenciado de otro, por el que pasa una cosa o una persona que cambia o se desarrolla.
- **FLEXIBILIDAD:** Capacidad para adaptarse con facilidad a las diversas circunstancias o para acomodar las normas a las distintas situaciones o necesidades.
- **FLUIDOS:** es todo cuerpo que tiene la propiedad de fluir, y carece de rigidez y elasticidad, y en consecuencia cede inmediatamente a cualquier fuerza tendente a alterar su forma y adoptando así la forma del recipiente que lo contiene.
- **FRUSTRACIÓN:** Sentimiento de tristeza, decepción y desilusión que esta imposibilidad provoca.

G

- **GENES:** son las unidades de almacenamiento de información genética, segmentos de ADN que contienen la información sobre cómo deben funcionar las células del organismo.
- **GÉNERO:** se refiere a la identidad sexual de los seres vivos, la distinción que se hace entre Femenino y Masculino, este concepto ha evolucionado a tal punto de representar cualquier referencia a ideales sociológicos, creencias y condiciones de vida.

H

- **HETEROSEXUAL:** Se considera quien tiene atracción afectiva erótica hacia sujetos del otro sexo.

- **HOMOSEXUAL:** Se entiende a la persona cuyas atracciones primarias afectivo eróticas se dirigen hacia personas de su mismo sexo.
- **HAART:** Sigla en inglés que equivale a “Terapia Antirretroviral Altamente Activa”.
- **HEMOFILIA:** una condición hereditaria que causa que la sangre no coagule normalmente, de modo que cortaduras o llagas sangran más de lo habitual.
- **HEPATITIS:** una enfermedad viral infecciosa que inflama el hígado causada por uno de una serie de virus (hepatitis A, B, C, D, E o G).
- **HOMBRE ‘GAY’:** un homosexual activo que se identifica como „gay” o que se ha integrado a la comunidad gay, o ambas cosas. Los programas de educación hacen una distinción entre hombres gay y otros hombres con tendencia homosexual.
- **HOMBRE HOMOSEXUALMENTE ACTIVO:** un hombre que practica actividades sexuales con individuos de su propio sexo, independientemente que se identifique como „gay”, heterosexual o bisexual.
- **HOSPICIO:** servicios prestados a las personas en sus últimos momentos de vida.

I

- **ICTERICIA:** una condición a veces provocada por una infección (hepatitis) que causa que los ojos, la piel y la orina adquieran un color amarillo intenso. Puede provocar daño hepático.

- **IMPÉTIGO:** una enfermedad bacterial, infecciosa caracterizada por erupciones de la piel acompañadas con ampollas llenas de pus. (Es una de las „infecciones oportunistas“ que pueden causar serias molestias y/ o enfermedades en personas cuyos sistemas inmunológicos han sido dañados por el VIH).
- **INCIDENCIA:** el número de casos nuevos de una enfermedad en una población definida a lo largo de un período de tiempo también definido (generalmente, se mide anualmente).
- **INFECCIÓN:** gérmenes (bacterias, virus, o parásitos) presentes en el cuerpo. Una infección no siempre producirá una enfermedad.
- **INFECCIÓN OPORTUNISTA:** una infección que rara vez causaría una enfermedad en personas cuyos sistemas inmunológicos estuviesen intactos, pero puede tener peligro de muerte para alguien que padezca del VIH.
- **INHIBIDOR DE PROTEASA:** una droga antiviral que inhibe la proteasa (una enzima que el VIH necesita para replicarse).
- **INHIBIDOR DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (O REVERSA):** una droga que inhibe la transcriptasa inversa, una enzima importante para el funcionamiento del VIH.
- **INMUNIZACIÓN:** una inyección u otro tratamiento médico destinado a proteger a una persona contra una enfermedad infecciosa específica.
- **INTERVENCIÓN TEMPRANA:** un tipo de tratamiento administrado a una persona que padece el VIH caracterizado por

atacar las etapas iniciales de la enfermedad con el fin de evitar su avance.

- **INFLAMACIÓN:** es la respuesta del sistema inmunológico a invasores extraños tales como virus y bacterias.
- **INMUNE:** es un proceso fisiológico muy complejo de percepción de los cambios que tienen lugar dentro del organismo y de sus interacciones con otros organismos y sustancias externas encaminadas a colaborar de forma primordial en su desarrollo embrionario, en el mantenimiento de su homeostasis, en el establecimiento de su identidad individual y en su integración en el ecosistema.
- **INMUNOLOGÍA:** Parte de la medicina que estudia los mecanismos fisiológicos de respuesta del organismo frente a la presencia de microorganismos, toxinas o antígenos.

L

- **LINFOCITOS:** Un linfocito es un tipo de glóbulo blanco que es parte del sistema inmune. Hay dos tipos principales de linfocitos: las células B y las células T. Las células B elaboran los anticuerpos para luchar contra bacterias, virus y toxinas invasoras.

M

- **MECANISMOS:** son elementos destinados a transmitir y/o transformar fuerzas y/o movimientos desde un elemento motriz (motor) a un elemento conducido (receptor), con la misión de

permitir al ser humano realizar determinados trabajos con mayor comodidad y menor esfuerzo.

- **MICROORGANISMO:** Organismo microscópico animal o vegetal.
- **MIEDO:** Sensación de angustia provocada por la presencia de un peligro real o imaginario.

O

- **ORGANISMO:** Conjunto de los órganos que constituyen un ser vivo.

P

- **PAN SEXUALIDAD U OMNISEXUALIDAD:** Es una orientación sexual caracterizada por la atracción estética, Romántica o sexual por otras personas, independientemente del sexo y género de las mismas.
- **PERCEPCIÓN:** Primer conocimiento de una cosa por medio de las impresiones que comunican los sentidos.
- **PROCEDIMIENTO:** Método o modo de tramitar o ejecutar una cosa.
- **PROLONGAR:** Hacer que una cosa dure más tiempo.
- **PRODUCIR:** Se usa hablando más propiamente de las obras de la naturaleza, y, por ext., de las del entendimiento.

R

- **RECHAZO:** Enfrentamiento u oposición a una idea, acción o situación.
- **REPLICACIÓN:** es el mecanismo que permite al ADN duplicarse (es decir, sintetizar una copia idéntica).
- **RELIGIÓN:** Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses).

S

- **SALIVA:** el líquido producido por las glándulas salivales de la boca.
- **SANIDAD:** al conjunto de servicios, personal e instalaciones del Estado que se encuentran destinados y abocados a la preservación de la salud pública de los habitantes del mencionado estado.
- **SEMEN:** líquido viscoso y blanquecino que contienen espermatozoides y que es excretado por el pene durante el orgasmo.
- **SENSIBILIDAD:** es la facultad de los seres vivos de percibir estímulos, tanto internos como externos, a través de los sentidos.
- **SEROPOSITIVO:** Una persona es seropositivo cuando, tras hacerle un análisis, se le detectan muy pocos CD4, por lo que se

determina que hay un virus (el VIH) que las está atacando. Es decir, nos hemos infectado de VIH.

- **SEROCONVERSIÓN:** el desarrollo de un nivel detectable de anticuerpos en una persona que ocurre con posterioridad a un episodio de exposición o infección a un virus como el VIH.
- **SEXO:** Condición orgánica que distingue a los machos de las hembras.
- **SEXO ANAL:** práctica sexual que involucra la penetración del pene en el ano (recto) de la pareja.
- **SEXO ORAL:** práctica sexual durante la cual la boca de una persona entra en contacto con los genitales o el ano de otra persona.
- **SEXO SEGURO,** práctica sexual segura: actividad sexual que no implica el intercambio de secreciones corporales como semen, líquido pre-eyaculatorio, fluidos vaginales o sangre.
- **SEXO VAGINAL:** práctica sexual que involucra la penetración del pene en la vagina.
- **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: un síndrome caracterizado por el desarrollo de una infección oportunista producto de daño al sistema inmunológico provocado por un virus llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- **SISTEMA INMUNOLÓGICO:** el conjunto de elementos del cuerpo humano que combate las agresiones de los agentes patógenos (causantes de enfermedades) a fin de mantener la salud.

- **SEXUALIDAD:** Conjunto de actividades y comportamientos relacionados con el placer sexual.
- **SÍNTOMAS:** Alteración del organismo que pone de manifiesto la existencia de una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.
- **SISTEMA:** Conjunto ordenado de normas y procedimientos que regulan el funcionamiento de un grupo o colectividad.
- **SISTEMA INMUNE:** está conformado por una serie de órganos, tejidos y células esparcidas de manera amplia por todo el cuerpo.
- **SOCIEDAD:** Conjunto de personas que se relacionan entre sí, de acuerdo a unas determinadas reglas de organización jurídicas y consuetudinarias, y que comparten una misma cultura o civilización en un espacio o un tiempo determinados.

T

- **TABÚ:** Prohibición de hacer o decir algo determinado, impuesta por ciertos respetos o prejuicios de carácter social o psicológico.
- **TRANSEXUAL:** Es la persona, hombre o mujer, que presenta una falta de correspondencia entre su identidad sexual y su sexo biológico, los genitales y características sexuales secundarias y su apariencia física están en contradicción con lo que emocionalmente es.

- **TRANSGÉNICO:** Se refiere a las personas que nacen con un determinado sexo y asumen comportamientos de género asignados al sexo opuesto.
- **TRANSMISIÓN:** Se entiende por transmisión al acto de transmitir. Una transmisión es el traspaso de energía, ondas o información desde un punto de inicio hacia un punto de llegada diferente, pudiendo alterarse o no aquello que es transmitido en el recorrido.
- **TRANSFUSIÓN:** la transferencia de sangre, o de un componente sanguíneo, de una o varias personas (donantes) a otra (receptor).
- **TERAPIA COMBINADA:** el uso de dos o más tipos de tratamiento combinados para obtener resultados óptimos en términos de supresión del VIH/ SIDA y reducción de la toxicidad del virus.
- **TOXOPLASMOSIS:** una infección que puede dañar los ojos, el sistema nervioso central y, en ocasiones, algunos órganos internos. (Es una de las „infecciones oportunistas“ que pueden causar serias molestias y/ o enfermedades en personas cuyos sistemas inmunológicos han sido dañados por el VIH).
- **TB:** una enfermedad (tuberculosis) que normalmente afecta los pulmones.

V

- **VACUNA:** una inyección de gérmenes inactivados (muertos) o atenuados (debilitados) que tiene como fin activar al sistema inmunológico del cuerpo a producir anticuerpos de un germen específico.

- **VALORES:** son los principios por los que se rige una persona, un grupo o una sociedad.
- **VARICELA:** una enfermedad viral altamente contagiosa y muy común en niños, que provoca erupciones en la piel llamadas vesículas. (Es una de las „infecciones oportunistas“ que pueden causar serias molestias y/ o enfermedades en personas cuyos sistemas inmunológicos han sido dañados por el VIH).
- **VIRAL:** Que se propaga como si fuera un virus.
- **VIRUS:** daña o mata a la célula huésped en el proceso de multiplicación.
- **VIGILANCIA:** el permanente seguimiento de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de una enfermedad.
- **VIH:** virus de inmunodeficiencia humano, el virus que causa el SIDA.