



XXIV

Jornadas de Formación
ViiV para ONG

Los retos de vivir con el VIH en el 2020

Miércoles, 2 de diciembre de 2020
Sesión online

CRÉDITOS

Edición:

Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH): Juanse Hernández – Miguel Vázquez

Grafismo

mires estudi de comunicación, SL

Descargo de responsabilidad

La información contenida en este informe no pretende sustituir la recibida por el médico. Las decisiones referentes a la salud siempre deberían tomarse tras consultar con los profesionales sanitarios.

La información médica puede quedar desactualizada con rapidez. Si te surge alguna pregunta tras leer este informe, te aconsejamos que hables con tu médico o llames a gTt-VIH, al 93 458 26 41, para comprobar si existe alguna novedad relevante al respecto. Nuestro servicio multicanal ofrece la posibilidad de que podamos atender tus preguntas de manera presencial en nuestras sedes en Barcelona y Madrid, por correo electrónico, por medio de videollamadas (Zoom, Skype) y por mensajería instantánea a través de teléfonos móviles (WhastApp y Telegram).

Con la colaboración de ViiV Healthcare

Enero de 2021

Disponible como archivo electrónico

**Los retos de vivir
con el VIH en el 2020**

Jornadas de Formación ViiV

SUMARIO

01

Pág. 4

INTRODUCCIÓN

02

Pág. 7

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD
DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

03

Pág. 23

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL VIH

04

Pág. 37

LA PRUEBA DEL VIH EN EL ENTORNO COMUNITARIO:
¿QUÉ POBLACIONES Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN NO ESTAMOS ALCANZANDO?

05

Pág. 52

PREGUNTAS A LOS EXPERTOS

**Los retos de vivir
con el VIH en el 2020**

Jornadas de Formación ViiV

INTRODUCCIÓN

El 2 de diciembre de 2020 se celebró la XXIV edición de las Jornadas de Formación ViiV para ONG que, por primera vez en su historia, tuvieron que realizarse de forma virtual debido al distanciamiento y las restricciones a la movilidad establecidas como consecuencia de la pandemia de la COVID-19.

El título de las jornadas –‘Los retos de vivir con el VIH en el 2020’– nos recuerda que, a pesar de los grandes avances científicos que han permitido aumentar la supervivencia de las personas con el VIH, muchas de ellas siguen haciendo frente a problemas de salud –sobre todo a medida que se hacen mayores– o a actitudes discriminatorias que deterioran su bienestar y calidad de vida. Además, la pandemia de COVID-19 ha puesto a prueba la capacidad de las unidades del VIH y de los centros hospitalarios, en general, para poder seguir ofreciendo la atención y el tratamiento incluso durante el confinamiento más duro, y la capacidad de los pacientes para seguir en contacto con sus especialistas en VIH y no interrumpir la medicación antirretroviral.

Las jornadas ofrecieron una actualización en tres temas de interés comunitario sobre la infección por el VIH en un año clave para la respuesta a esta infección y en el que todos los países tenían que rendir cuentas de los progresos alcanzados. En el año 2014, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) propuso una acción acelerada que –basada en un enfoque de diez objetivos intermedios a alcanzar para el año 2020 en los ámbitos de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la discriminación– permitiera poner fin a la epidemia del

VIH/sida como una amenaza para la salud global para el año 2030.

En el ámbito del diagnóstico y el tratamiento del VIH, la estrategia se propuso para el 2020 el objetivo 90-90-90, es decir, que el 90% de las personas con el VIH estuviesen diagnosticadas; que el 90% de las personas diagnosticadas recibiesen tratamiento antirretroviral; y que el 90% de las personas en tratamiento tuviesen la carga viral suprimida. En el ámbito de la prevención, ONUSIDA fijó como objetivo para el año 2020 reducir el número de nuevas infecciones en un 75% con respecto a los casos registrados en 2010. Años más tarde se propuso añadir un cuarto 90 reconociendo así que la supresión viral no podía ser el objetivo final de la respuesta al VIH, sino que este debería ser que las personas afectadas consiguiesen una buena calidad de vida relacionada con la salud.

En el año 2020 y haciendo balance de los logros conseguidos, se puede afirmar que España no superaría la consecución de los objetivos intermedios propuestos por ONUSIDA. Aunque se ha logrado que más del 90% de las personas diagnosticadas reciban tratamiento antirretroviral y que más del 90% de estas tengan la carga viral suprimida, el porcentaje de las personas que conocen su diagnóstico (87%) sigue estando todavía por debajo del umbral fijado por ONUSIDA. Además, con una cifra provisional de 2.698 nuevos casos de VIH notificados en 2019, España tampoco ha sido capaz de reducir en un 75% el número de nuevos diagnósticos. Por lo que respecta a la mejora de la calidad de vida de las personas con el VIH –cuarto 90–, continúan sin implementarse en las uni-

dades de VIH intervenciones sencillas que permitan identificar y manejar en la consulta problemas y trastornos que deterioran la calidad de vida de los pacientes y todavía no se dispone de indicadores adecuados para medir el progreso de los países en el ámbito del cuarto 90. Aunque el Pacto Social por la No Discriminación y la Igualdad de Trato asociada al VIH ha propiciado avances importantes en materia de acceso al empleo público eliminando el VIH de entre las causas médicas de exclusión, la discriminación persistente en los diferentes ámbitos de la vida sigue siendo uno de los principales retos en la normalización de la infección y de las personas que la padecen.

Por este motivo, España tendrá que mejorar su respuesta en cuatro ámbitos específicos: reducir los casos de infección por el VIH a través del enfoque de la prevención combinada; promover el diagnóstico precoz ampliando la oferta de cribado para llegar a las poblaciones ocultas; mejorar la calidad de vida las personas con el VIH a través de una atención holística que englobe tanto el abordaje de la cronicidad como el de la salud física, psíquica y social; y eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH, garantizando la igualdad de trato y de oportunidades, la no discriminación y el pleno ejercicio de los derechos fundamentales de las personas afectadas.

En las XXIV Jornadas se ofreció una actualización sobre tres de estos ámbitos de mejora en la respuesta a la infección por el VIH. Por lo que respecta al cuarto 90, el Dr. Pere Domingo, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en Barcelona, abordó el tema de la

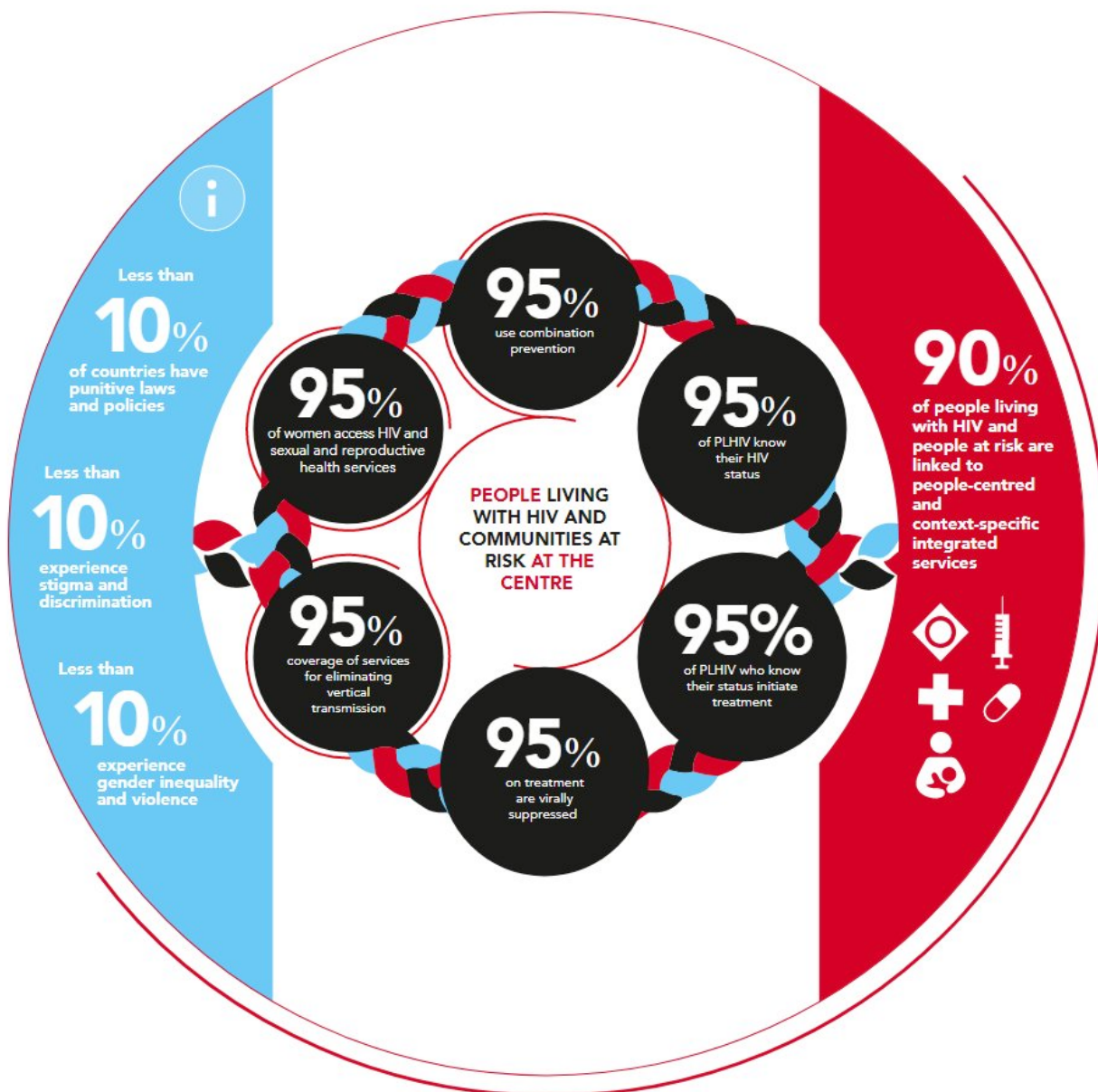
ganancia de peso en personas con el VIH en personas que toman tratamiento antirretroviral a través de la evidencia más reciente y la Dra. Alicia Baeza, de la Facultad de Psicología de Universidad Autónoma de Madrid, trató el manejo de las experiencias y trastornos emocionales de las personas con el VIH desde las intervenciones comunitarias. En cuanto al primer 90, la Dra. Laura Fernández, del Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya (CEEISCAT), abordó la efectividad de las estrategias innovadoras de cribado del VIH llevadas a cabo desde el ámbito comunitario para mejorar el diagnóstico precoz en poblaciones ocultas.

Las ponencias arrojaron luz sobre el abordaje de tres temas que son fundamentales en la respuesta a la infección por el VIH y que forman parte de los próximos objetivos a alcanzar. Debido a los avances desiguales entre países y los obstáculos añadidos por la pandemia de COVID-19 a la respuesta al VIH, ONUSIDA ha propuesto un nuevo conjunto de metas para el año 2025. El Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/Sida considera que, si se alcanzan dichos objetivos (véase **Figura 1**), el mundo volverá de nuevo a la senda de lo programado para poner fin a la infección por el VIH como amenaza para la salud pública para 2030¹.

¹ Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA. Prevailing against pandemics by putting people at the centre. Ginebra, 2020. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevailing-against-pandemics_en.pdf. Último acceso diciembre 2020.

01

INTRODUCCIÓN



Este documento es el informe de las Jornadas y en él se ofrece un resumen de las tres ponencias y del apartado dedicado a preguntas a los expertos. La edición de este informe ha sido realizada por el Grupo de

Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH). Para mayor claridad, se han incluido las referencias bibliográficas de los estudios, informes y otras publicaciones citados en las ponencias.

**Los retos de vivir
con el VIH en el 2020**

Jornadas de Formación ViiV

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

PERE DOMINGO
PEDROL

UNIDAD DE ENFERMEDADES
INFECCIOSAS
HOSPITAL DE LA SANTA CREU
I SANT PAU (BARCELONA)
INSTITUT DE RECERCA DEL HSCSP



1. INTRODUCCIÓN

Desde el principio de la epidemia, el peso ha sido un problema para las personas con el VIH (véase **Figura 1**). Así, en la década de 1980, en los inicios de la epidemia, se presentaban muchos cuadros de pérdida de peso en donde la persona no solo veía disminuida su masa grasa, sino también su masa magra. Posteriormente, en la década de 1990, se observó otra modificación del peso corporal en forma de lipodistrofia, de modo que las personas tendían a perder grasa periférica y ganaban grasa en la zona central del cuerpo. Sin embargo, a diferencia de lo señalado anteriormente, en estos casos no se documentó pérdida de masa magra. En los últimos años, bien entrado el siglo XXI, se han observado determinados indicios que apuntan a que el tratamiento antirretroviral podría estar asociado con un aumento de peso².

2. IMPACTO DE LOS ANTIRRETROVIRALES EN LA GANANCIA DE PESO

Evidencia procedente de ensayos clínicos aleatorizados

La sospecha de que determinados antirretrovirales podrían estar relacionados con el aumento de peso proviene del estudio ADVANCE, llevado a cabo en Sudáfrica³. Este ensayo comparó tres pautas de tratamiento antirretroviral en personas que lo iniciaban por primera vez (pacientes *naïve*): dolutegravir + tenofovir disoproxil fumarato (TDF) +

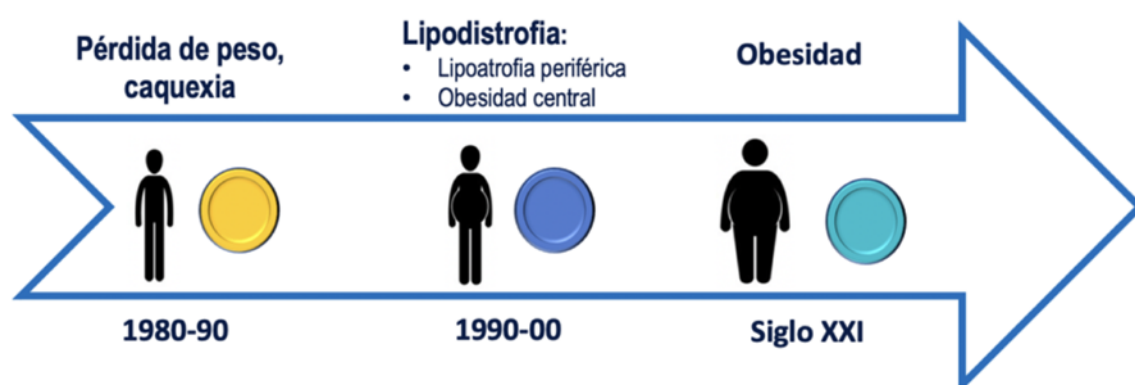
² Crum-Cianflone N, Tejedor R, Medina S, Barahona I, Ganesan A. *AIDS Patient Care STD* 2008;22:925-930. doi: 10.1089/apc.2008.0082.

³ Venter WDF, Sokhela S, Simmons B, Moorhouse M, Fairlie L, Mashabane N, et al. Dolutegravir with emtricitabine and tenofovir alafenamide or tenofovir disoproxil fumarate versus efavirenz, emtricitabine, and tenofovir disoproxil fumarate for initial treatment of HIV-1 infection (ADVANCE): week 96 results from a randomised, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet HIV*. 2020 Oct;7(10):e666-e676. doi: 10.1016/S2352-3018(20)30241-1.

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

Figura 1

Los problemas de peso a lo largo de la historia del VIH



emtricitabina; dolutegravir + tenofovir alafenamida (TAF) + emtricitabina; y efavirenz + TDF + emtricitabina. El estudio halló que el régimen basado en dolutegravir + TAF + emtricitabina se asoció a un mayor riesgo de aumento ponderado de peso que las otras dos pautas evaluadas a las 96 semanas de tratamiento.

Otros estudios realizados en pacientes *naive* con diversas pautas de fármacos antirretrovirales –entre las que se incluyen regímenes basados en inhibidores de la integrasa o no análogos de nucleósido– también han registrado la ganancia de peso a 96 semanas. No obstante, los ensayos que evaluaron regímenes basados en inhibidores de la integrasa son los que han registrado con mayor frecuencia dicha asociación, siendo el ensayo ADVANCE en el que más se asocia.

Por otro lado, los resultados de diversos estudios de *switch* también han registrado la ganancia de peso entre los participantes^{3,4,5,6,7}. Un estudio de *switch* es aquel en el que los pacientes cambian su régimen antirretroviral

estable (es decir, cuando ya tienen la carga viral controlada y presentan, como mínimo, cierto grado de reconstitución inmunitaria) por la pauta de tratamiento en investigación. Este cambio permite estudiar la aparición de potenciales efectos adversos nuevos en personas que ya están tomando medicación antirretroviral de manera estable.

Sin embargo, resulta llamativo el hecho de que el aumento de peso observado es ciertamente mucho más reducido, a pesar de que algunas pautas incluían fármacos de la familia de los inhibidores de la integrasa. Esto lleva a pensar que si realmente el fármaco tuviera algún efecto obesogénico (es decir, inductor de la obesidad) sería precisamente en estos pacientes que cambiaron su pauta antirretroviral estable en quienes se observaría de forma más evidente. En los pacientes *naive* existen factores de confusión, como, por ejemplo, que la infección por el VIH no esté controlada y también las consecuencias asociadas a la falta de supresión viral (inflamación y activación inmunitaria).

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

⁴ Van Wyk J, Ajana F, Bisshop F, De Wit S, Osiyemi O, Portilla Sogorb J, et al. Efficacy and Safety of Switching to Dolutegravir/Lamivudine Fixed-Dose 2-Drug Regimen vs Continuing a Tenofovir Alafenamide-Based 3- or 4-Drug Regimen for Maintenance of Virologic Suppression in Adults Living With Human Immunodeficiency Virus Type 1: Phase 3, Randomized, Noninferiority TANGO Study. *Clin Infect Dis.* 2020 Nov 5;71(8):1920-1929. doi: 10.1093/cid/ciz1243.

⁵ Sax PE, Rockstroh JK, Luetkemeyer AF, Yazdanpanah Y, Ward D, Trottier B, Rieger A, Liu H, Acosta R, Collins SE, Brainard DM, Martin H; 380-4030 Investigators. Switching to bictegravir, emtricitabine, and tenofovir alafenamide in virologically suppressed adults with HIV. *Clin Infect Dis.* 2020 Jul 15;ciaa988. doi: 10.1093/cid/ciaa988. Epub ahead of print.

⁶ Eron JJ, Orkin C, Cunningham D, Pulido F, Post FA, De Wit S, et al.; EMERALD study group. Week 96 efficacy and safety results of the phase 3, randomized EMERALD trial to evaluate switching from boosted-protease inhibitors plus emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate regimens to the once daily, single-tablet regimen of darunavir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide (D/C/F/TAF) in treatment-experienced, virologically-suppressed adults living with HIV-1. *Antiviral Res.* 2019 Oct;170:104543. doi: 10.1016/j.antiviral.2019.104543. Epub 2019 Jul 4.

⁷ Waters L, Assoumou L, Rusconi S, Domingo P, Gompels M, de Wit S, et al. Switch to dolutegravir (DTG) from a boosted protease inhibitor (PI/r) associated with significant weight gain over 48 weeks in NEAT-022, a randomised 96-week trial. *HIV Drug Therapy*, Glasgow, 28–31 October 2018. Abstract and poster P102.

En el estudio ADVANCE, a los participantes se les realizó densitometrías óseas (DEXA) para determinar su composición corporal. A la semana 96, se observó que, a pesar de que se registró un aumento reducido de la masa magra, el mayor aumento ponderado se produjo en la masa grasa, que se distribuyó de forma similar en las extremidades como grasa periférica (que, en principio, presenta mejores propiedades metabólicas) y en la zona central como grasa visceral (con peores propiedades metabólicas y con consecuencias desde el punto de vista inflamatorio). Esta última recubre las vísceras y está directamente relacionada con la obesidad central que, a su vez, se relaciona con un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (véase **Figura 2**).

Cabe destacar que en este estudio se observó un mayor aumento de grasa central en mujeres que en hombres. En el grupo que recibió la pauta dolutegravir/TAF/emtricitabina el incremento de peso fue de 8,3kg y estuvo producido principalmente por grasa (74%), que se concentró en el tronco.

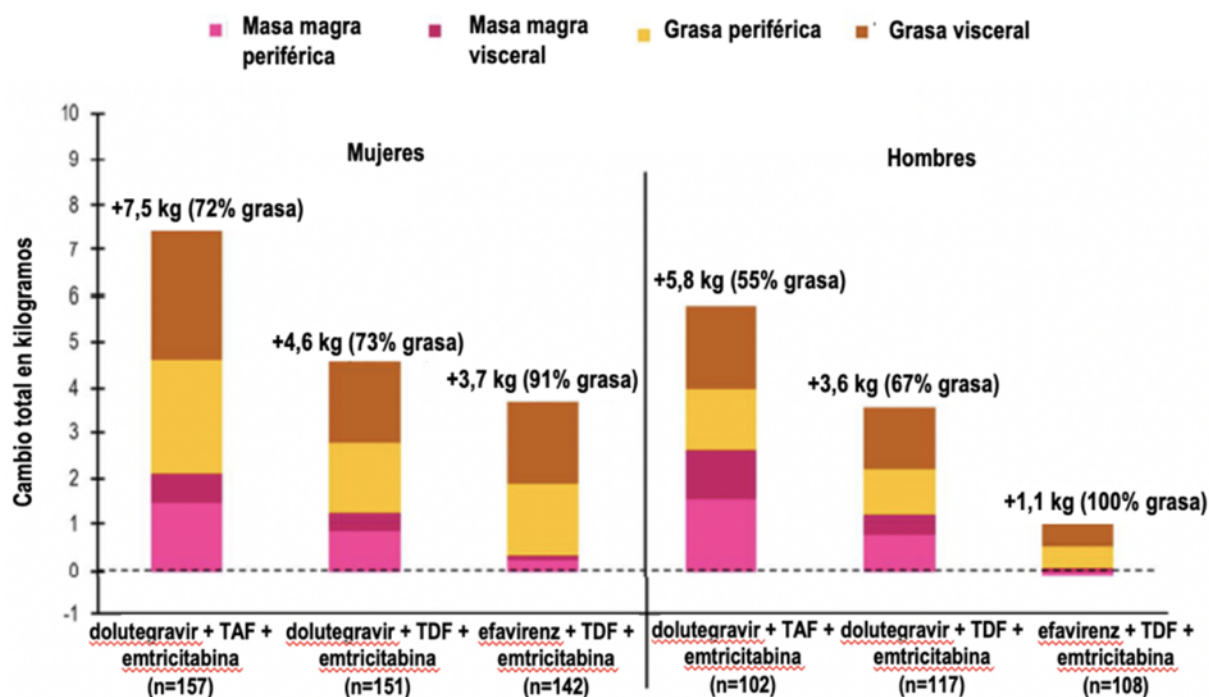
En muchas culturas se asocia el hecho de estar obeso o presentar sobrepeso a un mejor estado de salud. Sin embargo, la obesidad puede tener consecuencias graves para la salud, como, por ejemplo, la aparición de síndrome metabólico y el aumento del riesgo cardiovascular.

El síndrome metabólico se identifica y diagnostica utilizando diferentes criterios. En general, se define como presencia de obesidad central (es decir, una circunferencia de la cintura igual o superior a 94cm en mujeres y 80cm en hombres) y dos de los siguientes

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

Figura 2

Aumento de peso total y porcentaje de grasa del peso ganado a las 96 semanas



factores: 1) aumento de triglicéridos ≥ 150 mg/dL (o recibir tratamiento para esta alteración lipídica); 2) disminución del colesterol HDL (también conocido como colesterol 'bueno') < 40 mg/dL en hombres o < 50 mg/dL en mujeres (o recibir tratamiento para esta alteración lipídica); 3) aumento de la tensión arterial: sistólica ≥ 130 mmHg, diastólica ≥ 85 mmHg (o recibir tratamiento para la hipertensión previamente diagnosticada); 4) aumento de los niveles de glucosa en ayunas (resistencia a la insulina). Todo esto tiene un impacto negativo sobre la salud cardiovascular de las personas.

En el estudio ADVANCE también se evaluó la prevalencia de síndrome metabólico te-

niendo en cuenta el sexo y el régimen de tratamiento y, al igual que lo sucedido para el aumento de peso, se comprobó que las mujeres también presentaban una mayor prevalencia de síndrome metabólico al cabo de 96 semanas de tratamiento⁸.

Por su parte, el estudio TANGO analizó la presencia de resistencia a la insulina a la semana 48⁹. En este estudio, los participantes –que tomaba tratamiento antirretroviral y tenían la carga viral indetectable– fueron distribuidos de forma aleatoria para cambiar a una biterapia con dolutegravir y lamivudina en un único comprimido o continuar tomando una triterapia basada en TAF. Tomando los datos en conjunto, los pacientes que si-

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

guieron tomando regímenes basados en TAF registraron mayores tasas de resistencia a la insulina. Cuando el análisis tuvo en cuenta si los participantes estaban tomando pautas que incluían o no un potenciador farmacocinético, de nuevo se observó que los pacientes que tomaron dolutegravir/lamivudina tuvieron menos probabilidades de desarrollar resistencia a la insulina que los participantes que continuaron tomando un régimen basado en TAF, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa en el caso de los regímenes no potenciados.

En el estudio EMERALD, de fase III, los participantes, en tratamiento antirretroviral y supresión viral, fueron distribuidos de forma aleatoria para cambiar a un régimen basado en darunavir/cobicistat/TAF/emtricitabina en un único comprimido o para seguir tomando una pauta basada en darunavir/cobicistat junto con TDF/emtricitabina¹⁰. El análisis de los parámetros metabólicos reveló que los pacientes que cambiaron a darunavir/cobicistat/TAF/emtricitabina tuvieron más probabilidades de desarrollar diabetes (el paso siguiente a la resistencia a la insulina) que los participantes que continuaron tomando el

régimen que incluía TDF. La diferencia entre los dos grupos se mostró estadísticamente significativa. Además, este hallazgo pone de manifiesto que no solo los fármacos de la clase de los inhibidores de la integrasa se relacionan con el aumento de peso, sino que el análogo de nucleótido tenofovir alafenamida (TAF) parece también estar relacionado con este aumento de peso.

Otro estudio, aunque este de diseño retrospectivo y observacional, en el que se evaluó la ganancia de peso tras cambiar de un régimen antirretroviral basado en TDF a otra pauta que contenía TAF halló que el cambio se asoció con un aumento del índice de masa corporal (0,45 kg/m²), lo que a su vez aumentó las tasas de síndrome metabólico y, consecuentemente, el riesgo cardiovascular de los participantes¹¹. Los resultados evidenciaron que el cambio de TDF a TAF supuso un aumento significativo (13%) en la puntuación de la escala de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD).

⁸ Venter F, Moorhouse M, Sokhela S, Chandiwana M, Akpomiemie G, Qavi A, et al. The ADVANCE trial: Phase 3, randomised comparison of TAF/FTC+DTG, TDF/FTC+DTG or TDF/FTC/EFV for first-line treatment of HIV-1 infection. 23rd International AIDS Conference, abstract OAXLB0104, 2020.

⁹ Van Wyk J, Ait-Khaled M, Santos J, et al. Improved metabolic parameters after switching from TAF-based 3- or 4-drug regimen to the 2-drug regimen of DTG/3TC (dolutegravir/lamivudine): The TANGO study. AIDS 2020; 23rd International AIDS Conference Virtual. July 6-10, 2020. Abstract OAB0606.

¹⁰ Eron JJ, Orkin C, Cunningham D, Pulido F, Post FA, De Wit S, et al. EMERALD study group. Week 96 efficacy and safety results of the phase 3, randomized EMERALD trial to evaluate switching from boosted-protease inhibitors plus emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate regimens to the once daily, single-tablet regimen of darunavir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir alafenamide (D/C/F/TAF) in treatment-experienced, virologically-suppressed adults living with HIV-1. Antiviral Res. 2019 Oct;170:104543. doi: 10.1016/j.antiviral.2019.104543. Epub 2019 Jul 4.

¹¹ Schafer JJ, Sassa KN, O'Connor JR, et al. Changes in Body Mass Index and Atherosclerotic Disease Risk Score After Switching From Tenofovir Disoproxil Fumarate to Tenofovir Alafenamide. Open Forum Infectious Diseases, Volume 6, Issue 10, October 2019, ofz414, <https://doi.org/10.1093/ofid/ofz414>.

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

Figura 3

Factores de riesgo basales asociados con ganancia de peso



Factores de riesgo basales de aumento de peso en los ensayos clínicos aleatorizados

En otro orden de cosas, es bien sabido que los factores de riesgo desempeñan un papel clave en el aumento del peso. Un análisis combinado de la ganancia de peso registrada en ocho ensayos clínicos de distribución aleatoria con grupo control en pacientes con el VIH *naïve* que iniciaron el tratamiento entre 2003 y 2015 reveló que dicho aumento es omnipresente en los ensayos clínicos de inicio del tratamiento antirretroviral y es de naturaleza multifactorial (véase **Figura 3**). Entre los factores que contribuyen a la ganancia de peso, un buen número de ellos no son modificables, como la raza, el sexo (tal como ha puesto de manifiesto el estudio ADVANCE) y, en el momento de iniciar el tratamiento, el índice de masa corporal, la carga viral o el recuento de células CD4. De hecho,

las dos variables que dependen de la infección por el VIH –la carga viral basal (>100.000 frente a ≤ 100.000 copias/mL) o el recuento de células CD4 (<200 frente a ≥ 200 células/mm³)– son las que tienen una mayor relevancia a la hora de determinar dicho riesgo¹².

El estudio evaluó la asociación entre los diferentes fármacos usados como tercer componente de la pauta antirretroviral y el aumento de peso significativo ($\geq 10\%$). Los resultados evidencian que, en comparación con efavirenz, el inicio del tratamiento con bictegravir o dolutegravir, elvitegravir/cobicistat y rilpivirina se asoció con un incremento del riesgo

¹² Sax PE, Erlandson KM, Lake JE, Mccomsey GA, Orkin C, Esser S, et al. Weight Gain Following Initiation of Antiretroviral Therapy: Risk Factors in Randomized Comparative Clinical Trials. Clin Infect Dis. 2020 Sep 12;71(6):1379-1389. doi: 10.1093/cid/ciz999.

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

de ganancia de peso significativa. Entre los fármacos de la familia de los análogos de nucleósido/nucleótido, TAF –pero no abacavir o TDF– se asoció con un incremento del

riesgo de ganancia de peso significativa en comparación con zidovudina (AZT). Además, TAF también se asoció con un incremento del riesgo de aumento de peso significativo en comparación con abacavir o TDF (véase **Tabla 1**).

Tabla 1

Factores de riesgo de aumento de peso significativo ($\geq 10\%$) en personas con el VIH que inician el tratamiento antirretroviral

Variable	Cociente de probabilidades	IC95%	Valor p
Recuento de CD4 (<200 frente a ≥ 200 células/mm ³)	4,36	(3,60–5,27)	<.001
ARN del VIH (>100.000 frente a ≤ 100.000 copias/mL)	1,98	(1,65–2,37)	<.001
Índice de masa corporal			
Normal frente a sobrepeso	1,54	(1,27–1,87)	<.001
Normal frente a obeso	1,66	(1,29–2,15)	<.001
Sexo (femenino frente a masculino)	1,54	(1,21–1,96)	<.001
Raza (negro frente a no negro)	1,32	(1,10–1,59)	.003
Tercer agente de la pauta antirretroviral			
bictegravir/dolutegravir frente a efavirenz	1,82	(1,24–2,66)	.002
elvitegravir/cobicistat frente a efavirenz	1,36	(1,04–1,78)	.026
rilpivirina frente a efavirenz	1,51	(1,03–2,20)	.035
atazanavir/ritonavir frente a efavirenz	0,92	(0,59–1,45)	.73
Análogos de nucleósido/nucleótido			
tenofovir alafenamida frente a zidovudina	1,75	(1,04–2,95)	.034
tenofovir disoproxilo fumarato frente a zidovudina	1,19	(0,76–1,87)	.44
abacavir frente a zidovudina	0,93	(0,47–1,8)	.82
tenofovir alafenamida frente a abacavir	1,90	(1,25–2,88)	.003
tenofovir disoproxilo fumarato frente a abacavir	1,29	(0,79–2,11)	.31
tenofovir alafenamida frente a tenofovir disoproxilo fumarato	1,47	(1,14–1,90)	.003

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

Autopercepción del aumento de peso

Cuando se estudian los síntomas de las enfermedades o efectos adversos de los medicamentos resulta fundamental conocer la percepción que tienen los pacientes sobre estos y el impacto que puede tener en su bienestar y calidad de vida. Estas percepciones pueden afectar a la adherencia al tratamiento, a la implicación del paciente en el proceso de autocuidado y, en definitiva, a los resultados en salud.

Por este motivo, en el contexto del ensayo ADVANCE se realizó una encuesta sobre los cambios del peso corporal en la que participaron 150 mujeres y 93 hombres. Más de tres cuartas partes (77%) expresaron estar felices con su aumento de peso, ya que, en muchos entornos de Sudáfrica, el hecho de estar obeso o presentar sobrepeso se considera un signo de salud y prosperidad. El resto de participantes se mostraron o bien indiferentes (9%) o bien infelices (14%), en este último caso, por haber perdido peso (4%) o por haberlo ganado (9,6%).

Evidencia procedente de los estudios de cohorte

Con todo, la evidencia disponible acerca del efecto del tratamiento antirretroviral sobre el aumento de peso arroja datos contradictorios. Algunos estudios de cohorte de países muy diversos, que incluyen poblaciones de pacientes de tamaño grande, no han encontrado una asociación entre el cambio a una pauta con inhibidores de la integrasa y el aumento de peso.

NA-ACCORD es un estudio norteamericano de cohorte que incluye los datos de 25 estudios de cohorte y está diseñado para ser ampliamente representativo de la atención del VIH en EE UU y Canadá. Esta cohorte cuenta con datos de más de 180.000 personas con el VIH que han sido atendidas como mínimo dos veces en alguno de los 200 centros médicos incluidos. El estudio NA-ACCORD comparó datos de la población general con personas con el VIH en EE UU y Canadá y determinó que el aumento cuantitativo de peso en personas con el VIH era bastante similar al de la población general. Sin embargo, se halló que, en general, las personas con el VIH partían de un índice de masa corporal más bajo, por lo que, al finalizar el estudio, habían alcanzado el índice de masa corporal de la población general o lo habían excedido en el caso de las mujeres con el VIH¹³.

La cohorte OPERA, de la aseguradora y prestadora de servicios de salud Kaiser Permanente, quiso comparar el aumento de peso en personas con el VIH, medido a través del índice de masa corporal, con el registrado en personas seronegativas¹⁴. El estudio reveló que las personas con el VIH aumentaron de peso de forma más rápida que las personas sin el VIH, con independencia del

¹³ Koethe JR, Jenkins CA, Lau B, et al. Rising Obesity Prevalence and Weight Gain Among Adults Starting Antiretroviral Therapy in the United States and Canada. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2016;32(1):50-58. doi:10.1089/aid.2015.0147.

¹⁴ Silverberg M, et al. Changes in body mass index over time in persons with and without HIV. 23rd International AIDS Conference, abstract bstract OAB0603, 2020.

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

tratamiento antirretroviral que estuviesen tomando. Al igual que en otros estudios, se halló que las personas con el VIH partían de un índice de masa corporal más bajo para acabar llegando aproximadamente al mismo punto. Hay que poner en contexto que la cohorte está en un país en donde existe una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad. Esto sugiere la posibilidad de que gran parte de este aumento de peso asociado a los antirretrovirales sea, de hecho, debido a una situación de retorno a la salud.

Por otro lado, en Botsuana –en el Cono Sur africano–, se ha evaluado la ganancia de peso en mujeres con el VIH en el contexto del estudio Tsepamo¹⁵. Diseñado inicialmente para evaluar los defectos del tubo neural asociados a efavirenz, el estudio continuó tras la entrada de dolutegravir en los esquemas de tratamiento de primera línea en Botsuana y los datos asociados a dicho fármaco fueron incluidos en las actualizaciones periódicas de los datos de vigilancia del estudio. En el análisis, se comparó las diferencias en el peso entre un grupo de mujeres que tomaba efavirenz y dolutegravir frente a mujeres que no tenían el VIH. Se comprobó que las mujeres con el VIH expuestas a dolutegravir experimentaron un aumento de peso entre las 18 y 36 semanas de gestación superior al registrado en las que estuvieron expuestas a efavirenz.

¹⁵ Caniglia E, Shapiro R, Diseko M, et al. Weight gain during pregnancy among women initiating dolutegravir in Botswana EClinicalMedicine ISSN: 2589-5370, Vol: 29, Issue: 0, Page: 100615. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100615>.

Evidencia procedente de los estudios sobre profilaxis preexposición (PrEP)

La ganancia de peso también se ha asociado al tratamiento antirretroviral incluso cuando se elimina el factor VIH, por ejemplo, en los estudios sobre profilaxis preexposición (PrEP) en los que personas sanas toman medicación antirretroviral para prevenir la infección. En dichos estudios, se observa que la presencia de TDF se relaciona con el mantenimiento o incluso la pérdida de peso^{16,17}. Esto sugiere que tenofovir TDF actúa como un factor protector frente al aumento de peso. Por el contrario, el uso de TAF se asocia a un aumento de un kilogramo al cabo de 48 semanas en comparación con el uso de TDF.

El aumento de peso también se ha evaluado cuando se utiliza el inhibidor de la integrasa cabotegravir como PrEP de administración inyectable. El ensayo HPTN 077 fue un estudio de fase IIB que examinó la seguridad, tolerabilidad y aceptabilidad de cabotegravir inyectable frente a placebo¹⁸. Un análisis posterior de los datos del ensayo HPTN 077 no halló diferencias significativas en el aumento

¹⁶ Glidden DV, Mulligan K, McMahan V, Anderson PL, Guanira J, Charialertsak S, Buchbinder SP, Bekker LG, Schechter M, Grinsztejn B, Grant RM. Metabolic Effects of Preexposure Prophylaxis With Coformulated Tenofovir Disoproxil Fumarate and Emtricitabine. Clin Infect Dis. 2018 Jul 18;67(3):411-419. doi: 10.1093/cid/ciy083.

¹⁷ Spinner CD, et al. DISCOVER study for HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP): F/TAF has a more rapid onset and longer sustained duration of HIV protection compared with F/TDF. Tenth International AIDS Society Conference on HIV Science, Mexico City, 2019. Abstract TUAC0403LB.

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

de peso entre las personas que recibieron cabotegravir inyectable (1,1kg de mediana) y placebo (1kg de mediana)¹⁹.

Factores genéticos asociados a la adiposidad

Todos estos estudios no tienen en cuenta, en muchos casos, que las características de las personas no son homogéneas, sino que cada una tiene una carga genética diferente y que existen al menos dos genes distintos: el FTO asociado a obesidad y el receptor número 4 de la melanocortina (MC4R), cuyos polimorfismos (es decir, las pequeñas modificaciones en la configuración de estos genes) se han asociado de manera significativa con el aumento de peso ²⁰. Si estos dos tipos de polimorfismos se dan simultáneamente en una persona, actúan de forma sinérgica sobre el aumento de peso ²¹.

Además, existen otros factores que influyen en el peso corporal de una persona, como la genética o la exposición a determinados fármacos en el pasado, como los análogos

de timidina (d4T o estavudina) y/o didanosina (ddl), asociados con la redistribución permanente del tejido adiposo. Con el fin de arrojar luz sobre este último aspecto, el estudio ESCOCOMO de Copenhague comparó los resultados clínicos de personas con peso normal expuestas y no expuestas a análogos de timidina y/o ddl y halló que las personas expuestas a dichos fármacos presentaban una mayor acumulación de grasa visceral^{22,23}. Por lo tanto, en personas con el VIH con muchos años de diagnóstico y que desarrollan obesidad, entre los potenciales factores de riesgo, será necesario considerar la exposición en el pasado a los análogos de timidina y/o didanosina.

²⁰ Hetherington MM, Cecil JE. Gene-environment interactions in obesity. *Forum Nutr.* 2010;63:195-203. doi: 10.1159/000264407. Epub 2009 Nov 27.

²¹ Cecil JE, Tavendale R, Watt P, Hetherington MM, Palmer CN. An obesity-associated FTO gene variant and increased energy intake in children. *N Engl J Med.* 2008 Dec 11;359(24):2558-66. doi: 10.1056/NEJMoa0803839.

¹⁸ Landovitz RJ, Li S, Grinsztejn B, Dawood H, Liu AY, Magnus M, et al. Safety, tolerability, and pharmacokinetics of long-acting injectable cabotegravir in low-risk HIV-uninfected individuals: HPTN 077, a phase 2a randomized controlled trial. *PLoS Med.* 2018 Nov 8;15(11):e1002690. doi: 10.1371/journal.pmed.1002690.

¹⁹ Landovitz RJ, Zangeneh SZ, Chau G, Grinsztejn B, Eron JJ, Dawood H, Magnus M, Liu AY, Panchia R, Hosseinipour MC, Kofron R, Margolis DA, Rinehart A, Adeyeye A, Burns D, McCauley M, Cohen MS, Currier JS. Cabotegravir Is Not Associated With Weight Gain in Human Immunodeficiency Virus-uninfected Individuals in HPTN 077. *Clin Infect Dis.* 2020 Jan 2;70(2):319-322. doi: 10.1093/cid/ciz439.

²² Gelpi M, Afzal S, Lundgren J, Ronit A, Roen A, et al. Higher Risk of Abdominal Obesity, Elevated Low-Density Lipoprotein Cholesterol, and Hypertriglyceridemia, but not of Hypertension, in People Living With Human Immunodeficiency Virus (HIV): Results From the Copenhagen Comorbidity in HIV Infection Study. *Clin Infect Dis.* 2018 Aug 1;67(4):579-586. doi: 10.1093/cid/ciy146.

²³ Gelpi M, Knudsen AD, Larsen KB, Mocroft A, Lebech AM, Lindegaard B, Lundgren J, Kofoed KF, Nielsen SD; Copenhagen Comorbidity in HIV Infection (COCOMO) Study. Long-lasting alterations in adipose tissue density and adiponectin production in people living with HIV after thymidine analogues exposure. *BMC Infect Dis.* 2019 Aug 9;19(1):708. doi: 10.1186/s12879-019-4347-y.

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

3. FACTORES QUE CONTRIBUYEN A LA OBESIDAD

Obesógenos

La obesidad, definida como aumento del tejido adiposo, ha experimentado un incremento de su incidencia y prevalencia en prácticamente todas las poblaciones del mundo. Este fenómeno ha tenido lugar en un relativamente corto periodo de tiempo. El desarrollo de obesidad se considera como la consecuencia de un desequilibrio del balance energético del organismo, es decir, entre la ingesta calórica y el gasto energético.

El aumento global de la obesidad constituye uno de los retos más difíciles en salud pública que debe afrontar la sociedad actual. No solo afecta a los países con rentas más altas, sino que también está en aumento en los países con rentas medias y baja. En el mundo, el sobrepeso y la obesidad se asocian con más muertes que el bajo peso.

Desde el año 1975 se registra un aumento general de la obesidad en el mundo²⁴ y, en comparación con ese año, en 2014 muchos países ya tenían prevalencias de obesidad del 30 o 40% (considerando obesa a una persona con un índice de masa corporal por encima de 30 kg/m²). Por ejemplo, en EE UU se estima que en 2030 uno de cada dos habitantes sea obeso.

Sin embargo, hay que señalar que la progresión de esta obesidad en el mundo no ha sido lineal, sino que, en un momento dado entre el año 1976 y el año 2000, se produjo una subida extraordinariamente rápida, lo que se conoce como punto de inflexión de

energía^{25,26}. No se conocen con exactitud los mecanismos que explican dicho aumento de peso, aunque probablemente esté relacionado con la falta de habilidad del organismo para compensar de forma adecuada el estilo de vida moderno, caracterizado por una excesiva ingesta calórica y reducida actividad física.

Sin embargo, el desequilibrio del balance energético es incapaz de explicar por sí solo este aumento de la obesidad, de manera que otros factores conductuales, genéticos y ambientales deben estar jugando un papel importante. Desde principios de la década pasada se ha planteado la posibilidad de que agentes químicos tóxicos ambientales pudiesen contribuir al aumento de la frecuencia de la obesidad en la población. Poco después se acuñó el término obesógenos, para nombrar a las sustancias químicas que pueden estar presentes en el medio ambiente y/o en los alimentos, y que regulan y promueven de forma inapropiada la acumulación de lípidos y la adipogénesis (proceso de formación de los adipocitos, las células del tejido adiposo o graso).

²⁴ Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol*. 2019 May;15(5):288-298. doi: 10.1038/s41574-019-0176-8.

²⁵ Finkelstein EA, Khavjou OA, Thompson H, Trogdon JG, Pan L, Sherry B, Dietz W. Obesity and severe obesity forecasts through 2030. *Am J Prev Med*. 2012 Jun;42(6):563-70. doi: 10.1016/j.amepre.2011.10.026.

²⁶ Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol*. 2019 May;15(5):288-298. doi: 10.1038/s41574-019-0176-8.

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

Específicamente, diversos estudios han señalado que los obesógenos podrían interferir de forma inadecuada con el sistema neuroendocrino, un fenómeno conocido como disrupción endocrina. El tejido adiposo es un verdadero órgano endocrino y, por lo tanto, un órgano que es altamente susceptible a la alteración por disrupción endocrina. Los obesógenos promueven la acumulación de grasa y la obesidad al alterar la programación del desarrollo de las células grasas, aumentar el almacenamiento de energía en el tejido graso e interferir con el control neuroendocrino del apetito y la saciedad²⁷.

Entre los obesógenos figuran los de origen farmacéutico como el dietilestilbestrol; los alquifenoles, usados como surfactantes en la síntesis de detergentes; los monómeros del plástico y de polímeros sintéticos como el bisfenol A; los ftalatos, usados en multitud de productos comerciales; los PCBs, utilizados como coadyuvantes en plaguicidas; los plaguicidas organoclorados como el DDT, usado ampliamente como insecticida en la década de los 40; las dioxinas y furanos, que se generan durante combustiones y otros procesos de síntesis orgánica; y los parabenos, que se usan ampliamente en la industria cosmética. Se estima que un 95% de la población estadounidense presenta cantidades detectables de obesógenos en sangre periférica.

La obesidad en población general se refleja también en las personas con el VIH. La prevalencia de obesidad en 2019 en 133.992 pacientes con el VIH incluidos en 21 estudios de cohorte en los cuatro continentes se sitúa entre casi un 40% en Norteamérica y un 25,2% en África. La prevalencia de obe-

sidad en Europa es de un 31,6%²⁸. En España, el estudio VACH –una cohorte abierta y prospectiva que realiza un seguimiento clínico y epidemiológico de pacientes con el VIH procedentes de 23 hospitales distribuidos por toda la geografía nacional– arroja una prevalencia de sobrepeso u obesidad de un 42,2%²⁹.

En el caso de las personas con el VIH, tanto el propio virus como la obesidad pueden aumentar el riesgo cardiovascular. En la intersección de estos dos grandes factores, existen también factores genéticos y ambientales, entre los cuales destacan los obesógenos, y es probable que fármacos de la familia de los inhibidores de la integrasa y tenofovir alafenamida también puedan desempeñar un papel, aunque no está del todo claro el alcance del mismo.

²⁷ Veiga-Lopez A, Pu Y, Gingrich J, Padmanabhan V. Obesogenic Endocrine Disrupting Chemicals: Identifying Knowledge Gaps. *Trends Endocrinol Metab.* 2018 Sep;29(9):607-625. doi: 10.1016/j.tem.2018.06.003.

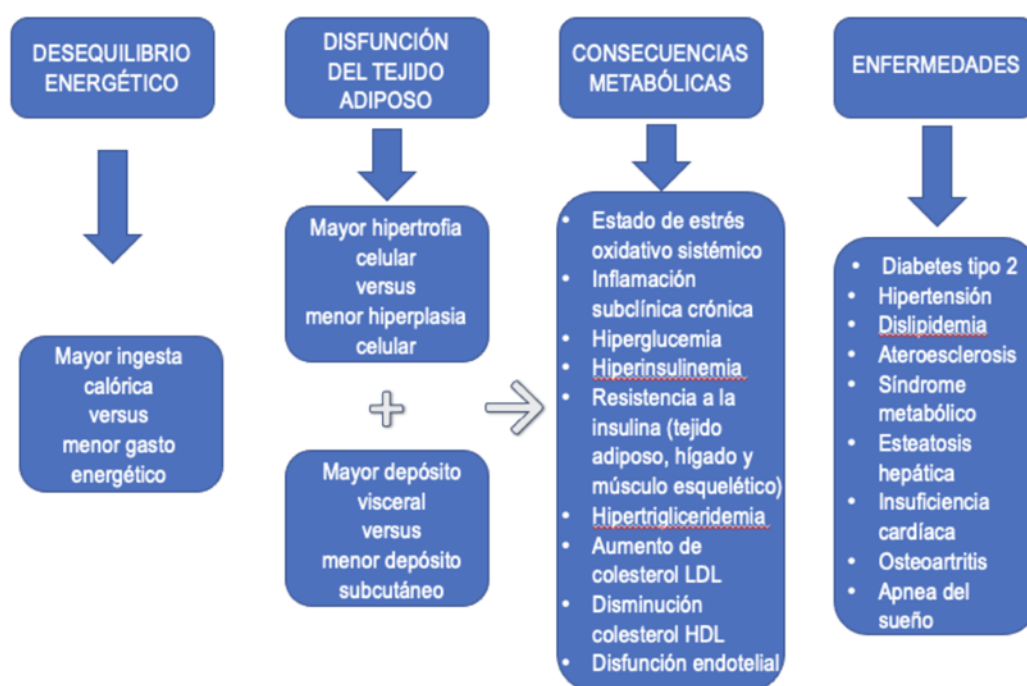
²⁸ Godfrey C, Bremer A, Alba D, Apovian C, Koethe JR, Koliwad S, Lewis D, Lo J, McComsey GA, Eckard A, Srinivasa S, Trevillyan J, Palmer C, Grinspoon S. Obesity and Fat Metabolism in Human Immunodeficiency Virus-Infected Individuals: Immunopathogenic Mechanisms and Clinical Implications. *J Infect Dis.* 2019 Jul 2;220(3):420-431. doi: 10.1093/infdis/jiz118.

²⁹ Knobel H, Domingo R, Suarez-Lozano I, et al. Rate of cardiovascular, renal and bone disease and their major risks factors in HIV-infected individuals on antiretroviral therapy in Spain *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2019, 37 (6): 373-379.

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

Figura 4

Mecanismos de disfunción del tejido adiposo y su repercusión metabólica



Disfunción del tejido adiposo

El balance energético es la diferencia que existe entre la ingesta calórica y el gasto energético para mantener un nivel constante de energía almacenada, principalmente en forma de adiposidad. La ingesta calórica viene determinada por la alimentación y el gasto energético, por la actividad física. Se habla de un balance energético positivo cuando la ingesta calórica es mayor que el gasto energético, y de un balance negativo

cuando ocurre lo contrario. La obesidad se caracteriza por un aumento del tejido adiposo como consecuencia de un balance energético positivo mantenido en el tiempo.

Además, el incremento en el volumen del tejido adiposo se acompaña de otros cambios en sus características biológicas habituales que hacen que se vuelva disfuncional. En la actualidad, se piensa que gran parte de la asociación que existe entre obesidad y enfermedad metabólica y cardiovascular depende del buen o mal funcionamiento del tejido adiposo como consecuencia del balance o desequilibrio energético (véase **Figura 4**)³⁰.

³⁰ Flores-Lázaro JR, Rodríguez-Martínez E, Rivas-Arancibia S. Consecuencias metabólicas de la alteración funcional del tejido adiposo en el paciente con obesidad. Rev Med Hosp Gen Méx 2011;74(3):157-165.

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

El tejido adiposo o grasa corporal es un tejido compuesto de unas células llamadas adipocitos donde se almacena la energía en forma de grasa. El principal depósito adiposo es el subcutáneo, que se encuentra en una importante superficie del cuerpo, pero principalmente en la zona proximal de las extremidades inferiores y en el abdomen. Además, existen diferentes depósitos adiposos viscerales (dentro de la cavidad torácica, abdominal y pélvica).

En condiciones de exceso nutricional, los ácidos grasos se depositan a nivel del tejido adiposo subcutáneo. Por lo tanto, un tejido adiposo que tenga una buena capacidad adipogénica permitirá la expansión de la masa grasa tanto por hipertrofia (crecimiento del tamaño de las células) como por hiperplasia (incorporación de nuevas células). Éste será un tejido eficiente en el almacenaje del exceso energético.

Sin embargo, aquellos tejidos que tienen una capacidad limitada de expandirse por hiperplasia, solo podrán aumentar a través de hipertrofia celular. Aún cuando el adipocito puede aumentar su diámetro en 20 veces, esta capacidad no sería ilimitada por lo que, en caso de mantenerse el balance energético positivo en el tiempo, los ácidos grasos tenderán a depositarse en otras localizaciones, ya sea en tejido adiposo visceral, o en el citoplasma de otras células que se ven afectadas en su fisiología.

Además, la obesidad se considera, en la actualidad, un estado inflamatorio crónico, de intensidad leve a moderada. La inflamación asociada a la obesidad puede manifestarse a diferentes niveles, entre los que se incluye

el propio tejido adiposo. A pesar de que en condiciones normales el tejido adiposo contiene algunas células inflamatorias, el tejido de los individuos obesos muestra una proporción muy aumentada de éstas (como, por ejemplo, los macrófagos que son células implicadas en proceso inflamatorios). Existen múltiples hipótesis sobre por qué estas células inflamatorias infiltran el tejido adiposo; entre estas, se incluyen la hipertrofia adipocitaria (crecimiento del tamaño de los adipocitos) y la hipoxia tisular (disminución de oxígeno en el tejido adiposo).

5. ESTRATEGIAS PARA PROMOVER LA PÉRDIDA DE PESO EN PERSONAS CON EL VIH

Las estrategias para promover la pérdida de peso están relacionadas con los factores que pueden contribuir al incremento de peso y pueden resumirse en que la restricción calórica y la actividad física se asocian a pérdida de peso. Sin embargo, las evidencias disponibles no llevan a pensar que un cambio de tratamiento antirretroviral vaya a tener impacto sobre el peso de los pacientes, aunque las guías de práctica clínica advierten que los inhibidores de la integrasa y tenofovir alafenamida pueden asociarse con un incremento de peso como efecto adverso. Tampoco existen muchos datos sobre los efectos de la cirugía bariátrica (disminución del volumen de la cavidad gástrica) sobre la pérdida de peso en personas con el VIH.

Para reducir la ingesta calórica, la opción más evidente son las restricciones en la dieta. Se puede reducir un porcentaje importante

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

de las calorías ingeridas básicamente reduciendo la ingesta de grasa y también la ingesta de azúcares. Además, se recomienda, como norma general, aumentar el consumo de frutas y vegetales. No obstante, todo este consejo dietético por sí mismo puede tener un efecto moderado y se calcula que a los 6 meses solo se pierden 300 gramos.

Un análisis sistemático de distintas dietas específicas, a partir de los resultados de más de 120 ensayos clínicos de distribución aleatoria con un número elevado de participantes, llega a la siguiente conclusión: que no existe una clara superioridad de una dieta sobre otra y que la pérdida media es de 4 o 5 kg a los 6 meses con un intervalo de confianza de 2 a 9 kilos. La media de pérdida de peso es de 3 kilos a los 6 meses³¹.

En cuanto a la actividad física como estrategia de pérdida de peso, para reducir el sedentarismo en adultos, se recomiendan, al menos, 150 minutos de ejercicio repartidos a lo largo de la semana. Si se compara el mapa de inactividad física de la Organización Mundial de la Salud de 2010 con el mapa de obesidad de 2014 se observan ciertas coincidencias entre los puntos donde existe una mayor obesidad y en los que se realiza menor actividad física: África meridional, Oriente Medio y EE UU.

Por lo tanto, una de las estrategias más eficaces para perder peso, con independencia de la edad y el sexo, es la combinación de la reducción de la ingesta calórica y el aumento de la actividad física³².

6. CONCLUSIONES

La aparición de la terapia antirretroviral de gran actividad en el año 1996 supuso un gran avance en el tratamiento del VIH, pero posteriormente se detectaron problemas asociados a su toxicidad, como la lipodistrofia. Se creía que los fármacos antirretrovirales de última generación, como los inhibidores de la integrasa, eran completamente seguros, pero los resultados de diversos estudios hicieron sospechar que sí existían determinados efectos adversos de tipo metabólico. Se trata de un efecto relativamente reciente y se desconoce todavía su duración o consecuencias clínicas. De hecho, los resultados de otros estudios ponen en duda si el papel de los fármacos es real o si el fenómeno se debe una serie de factores de confusión subyacentes.

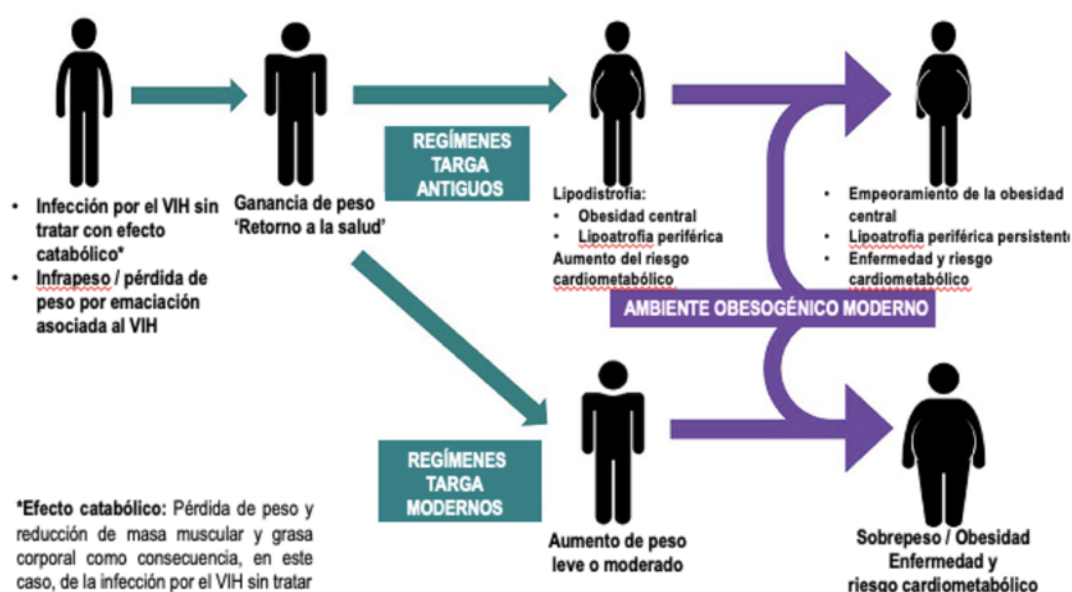
³¹ Ge L, Sadeghirad B, Ball GDC, da Costa BR, Hitchcock CL, Svendrovski A, et al. Comparison of dietary macronutrient patterns of 14 popular named dietary programmes for weight and cardiovascular risk factor reduction in adults: systematic review and network meta-analysis of randomised trials BMJ 2020; 369:m696. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m696>

³² Katzmarzyk PT, Martin CK, Newton RL Jr, Apolzan JW, Arnold CL, Davis TC, et al. Weight Loss in Underserved Patients - A Cluster-Randomized Trial. N Engl J Med. 2020 Sep 3;383(10):909-918. doi: 10.1056/NEJMoa2007448.

AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN COMUNITARIOS

Figura 5

Intersección entre la epidemia de obesidad moderna, los cambios históricos en el tratamiento de la infección por el VIH y la contribución de ambos al aumento y la redistribución del peso durante el tratamiento del VIH



Por lo tanto, existen evidencias que llevan a pensar que el aumento de peso en personas con el VIH tiene un carácter multifactorial y que existen factores que dependen del huésped y otros del entorno, sin que pueda descartarse por completo la contribución del tratamiento antirretroviral (véase **Figura 5**³³).

La mayor parte de los datos más llamativos proceden de ensayos realizados en África, pero dichos datos no son directamente extrapolables a los países desarrollados, donde es probable que en realidad la obesidad y la infección por el VIH sean dos epidemias que están convergiendo. No existe suficiente claridad sobre los mecanismos biológicos que

podrían explicar la relación entre el tratamiento antirretroviral y el aumento de peso.

Las intervenciones para corregir este aumento de peso son iguales con independencia de si la persona tiene el VIH o no.

³³ Kumar S, Samaras K. The Impact of Weight Gain During HIV Treatment on Risk of Pre-diabetes, Diabetes Mellitus, Cardiovascular Disease, and Mortality. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2018 Nov 27;9:705. doi: 10.3389/fendo.2018.00705.

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL VIH

ALICIA
GONZÁLEZ
BAEZA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA,
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA
DE MADRID



1. EMOCIONES EN PERSONAS CON EL VIH

1.1. Momentos de potencial impacto emocional

Un momento potencialmente estresante para cualquier persona con el VIH es aquel en el que se le comunica el diagnóstico. Este hecho puede desencadenar diversas reacciones emocionales que, en su práctica totalidad, se pueden considerar normales. Sin embargo, el diagnóstico no solo supone un reto emocional, sino que con posterioridad la persona deberá también adaptarse a diferentes situaciones que pueden resultar igualmente estresantes y para las que, en ocasiones, necesitará apoyo.

Las emociones que se pueden experimentar al recibir un diagnóstico son de muy diversa índole y van a depender tanto de la persona como de la situación en que se encuentre. Algunos autores han asimilado las reacciones emocionales frente al diagnóstico del VIH con las presentes en un proceso de duelo. Realmente, al recibir el diagnóstico de una enfermedad crónica y que no tiene curación, la persona siente que pierde su salud, que pierde la visión de futuro que podía tener hasta ese momento e incluso puede perder parte del concepto de sí misma. Por consiguiente, es normal que pueda atravesar distintas fases, como, por ejemplo, la negación permanente de la enfermedad o los tratamientos. Esta sería una respuesta completamente normal y adaptativa. Pero la persona también puede pasar por fases de mayor enfado, rabia, culpa mantenida y continuada e incluso depresión. Lo normal es que todas estas emociones vayan evolucionando.

**Los retos de vivir
con el VIH en el 2020**

Jornadas de Formación ViiV

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL VIH

nando y finalmente se estabilicen cuando, al cabo del tiempo, se alcance la fase de “aceptación”.

Todas estas emociones y esas distintas fases son completamente normales. El problema radica en que algunas personas pueden quedarse estancadas de manera permanente en alguna de las fases, como, por ejemplo, las personas que niegan su enfermedad y, en consecuencia, la atención y el tratamiento necesarios; o las personas que se embarcan en conductas autodestructivas o de evitación de emociones (como el consumo de alcohol o drogas); o las que tienen unos sentimientos de culpa muy intensos o una depresión grave y permanente con desesperanza frente al futuro y hacia sí mismas.

En los momentos posteriores al diagnóstico, se dan multitud de situaciones que van a ser potencialmente estresantes. Sin embargo, para algunas personas, el momento más difícil o de mayor estrés se produce en el momento de iniciar el tratamiento antirretroviral. Para otras, en cambio, lo será el encontrarse con algunas barreras propias del sistema o cuando se tengan que exponer a situaciones relacionadas con el estigma o al ser hospitalizadas.

Que la persona se adapte y supere, o no, estas situaciones de estrés (que suponen una vivencia emocional intensa, pero completamente normal) va a depender de sus estrategias de afrontamiento.

Algunas personas, en momentos puntuales, pueden tener dificultades de adaptación por estar utilizando estrategias de afrontamiento desadaptativas como la evitación, la

negación, el aislamiento o los pensamientos rumiativos (es decir, que dan vueltas de forma recurrente a los mismos pensamientos), que no permiten que la persona se active para resolver su problema. Estas estrategias lo que hacen es contribuir a amplificar el estrés y provocar un impacto negativo en el control de la infección.

No obstante, existen numerosos casos en los que las estrategias son adaptativas, es decir, que hacen que la persona se centre en resolver el problema y en regular sus emociones, lo que les permite buscar apoyo social o de cauce a expresiones emocionales que van a garantizar una buena adaptación.

El que la persona recurra a un tipo u otro de estrategia depende de muchas variables, entre ellas su historia personal previa, sus propios recursos emocionales o el apoyo social que sienta que tiene en el momento de enfrentarse a cada uno de los factores estresores.

Una de las principales fuentes de estrés para las personas con el VIH es lo que se denomina el **estigma sentido**. Según algunos autores, el estigma sentido se puede dividir, por un lado, en el **estigma percibido**, que vendría dado por el modo en que la persona anticipa o prevé que otras personas, o la sociedad, se van a comportar con ellas por el hecho de tener el VIH; y, por otro lado, en el **autoestigma**, que se produciría cuando la persona siente rechazo o repulsión hacia sí misma por el hecho de tener el VIH.

El estigma y sus sentimientos asociados son emociones completamente normales que están presentes desde el principio. Pero

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL VIH

cuando estos se dan en mayor intensidad se relacionan con las estrategias de afrontamiento y que contribuyen a amplificar el estrés. Estas estrategias están vinculadas a un menor apoyo social; a un menor acceso a los recursos sanitarios; a un menor nivel de adherencia y de seguimiento médico; y, en definitiva, a un menor autocuidado. Esto hace que las personas con un nivel elevado de estigma sentido sean más vulnerables frente a los trastornos emocionales como la depresión o la ansiedad.

Teniendo en cuenta todas estas experiencias emocionales intensas que pueden sentir en algún momento las personas con el VIH, uno de los principales recursos que puede ser útil es disponer de un espacio seguro continuo al que poder acceder en los distintos momentos en función del estrés que esté experimentando. Hay que tener siempre en cuenta que se trata de un proceso de adaptación continua y que no lo podemos dividir simplemente en momentos aislados, sino que las necesidades de las personas son variables. Por esta razón, que las personas con el VIH puedan tener acceso y disponibilidad a estos espacios garantiza que en ellos se puedan realizar intervenciones según las necesidades de cada momento, sean estas de carácter preventivo o de intervención sobre factores más específicos.

Para facilitar el manejo de los estresores en esos momentos, las personas se podrían beneficiar de intervenciones que impliquen acompañamiento, información y refuerzo o activación de estrategias de afrontamiento y regulación emocional adaptativas. Las intervenciones contribuyen a hacer menos probable que la persona desarrolle tras-

tornos emocionales y que pueda vivir sus emociones de manera intensa –incluso con estrés–, pero activando estrategias de afrontamiento adaptativas.

1.2. INTERVENCIONES EN ENTORNOS COMUNITARIOS

A. Servicio de la prueba del VIH

Las principales intervenciones que se pueden hacer desde los primeros momentos en el entorno comunitario están agrupadas en lo que se conoce como el servicio de la prueba del VIH. Las guías recomiendan no limitar la intervención a la prueba en sí misma, sino que el test necesita acompañarse de una adecuada información o consejo pre-prueba, un consejo post-prueba y una derivación a los servicios sanitarios apropiados –en los casos necesarios–, todo ello realizado por una persona convenientemente formada³⁴. Esto hace que el estrés asociado a la prueba y al diagnóstico se reduzca y la persona se vea más capacitada para afrontar los siguientes posibles factores estresores que puedan surgir a continuación. Además, estos servicios de pruebas con consejo asistido consiguen otro efecto fundamental: reducir el estigma desde las fases tempranas posteriores al diagnóstico y la sensación de soledad de la persona, lo que facilita una mayor implicación en el proceso de autocuidado y seguimiento médico.

³⁴ Guía para la realización de pruebas rápidas del VIH en entornos comunitarios. Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019.

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL VIH

Idealmente, los servicios de la prueba del VIH han de facilitar el acompañamiento de la persona diagnosticada con los espacios comunitarios de cuidado. Estos espacios deben ser accesibles y estar disponibles en todo momento, ya que son clave en el seguimiento de la atención o en facilitar el acceso a otros servicios que la persona usuaria pueda necesitar. Los espacios comunitarios permiten a las personas que puedan requerir asesoramiento recibirlo y, además, poder **beneficiarse de intervenciones preventivas** que favorezcan la expresión-regulación emocional, la adquisición de estrategias adaptativas a estresores comunes –como, por ejemplo, iniciar el tratamiento antirretroviral o revelar el estado serológico–, el contacto social saludable y, en definitiva, el empoderamiento en el proceso de autocuidados.

B. Intervenciones grupales

El objetivo de las intervenciones grupales llevadas a cabo en espacios comunitarios es alcanzar alguno o algunos de los objetivos preventivos mencionados antes.

Por un lado, existen los grupos de apoyo emocional, en los cuales hay un moderador, que generalmente es elegido por el grupo y que se encarga de que las normas grupales básicas se cumplan. En estos espacios pueden tratarse diferentes temas en sesiones específicas, como, por ejemplo, información sobre la enfermedad, sexualidad y prácticas sexuales, revelación del estado serológico, recursos y prestaciones en el sistema sanitario y social y en la red comunitaria, derechos, estigma y discriminación, autocuidados, ad-

herencia o promoción de la salud. Se trataría de un grupo de iguales, es decir de personas con el VIH, cuyo objetivo preventivo es facilitar que las personas desarrollen estrategias adaptativas y se expresen emocionalmente teniendo la contención del grupo³⁵.

Por otro lado, se encuentran los **grupos estratégicos o psicoeducativos**, que serían conducidos por un profesional y tendrían objetivos más concretos y específicos. Existe evidencia de que una intervención grupal con contenidos específicos de psicología (como modificación de pensamientos negativos, autoestima, relajación, técnicas de solución de problemas, adherencia y hábitos de salud...) tiene efectos beneficiosos no solo sobre el estado emocional, sino también sobre el nivel de adherencia a la medicación en grupos de personas con el VIH³⁶. Este tipo de estrategias pueden desarrollarse también en entornos comunitarios.

Un ejemplo de grupo psicoeducativo serían los talleres del Programa de educación y salud sexual para usuarios de *chemsex* de Apoyo Positivo y el Instituto de Adicciones de Madrid³⁷. Los talleres, que incluyen contenidos psicoeducativos relacionados con la salud sexual, la sexualidad y la promoción de la salud, se imparten en un contexto grupal y tienen una duración de dos horas por taller, una vez por semana durante seis semanas (véase **Tabla I**).

³⁵ GAO, ANICP+VIDA, ASONVIHSIDA. Manual sobre Grupo de Ayuda Mutua, Autoapoyo y Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (TAR). Disponible en: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KRDM.pdf

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL VIH

Tabla I: Ejemplo de grupo psicoeducativo

Contenidos de los talleres de un programa de educación y salud sexual para usuarios de *chemsex*

	TEMAS	CONTENIDOS
1	El hecho sexual humano	Conceptos de sexo, sexualidad y erotismo, como base para la comprensión y desarrollo de lo que somos, lo que sentimos y expresamos como personas sexuadas
2	Modelo biopsicosocial de la sexualidad y de la salud sexual	Conceptos y comprensión de la influencia de factores médicos, psicológicos, socioculturales en la sexualidad y salud sexual
3	Erotismo, cuerpo y placer	Concepción de los cuerpos, deseos, necesidades, expresiones y placeres de una forma amplia, variable y diversa dentro del desarrollo biográfico de cada participante
4	Modelos relacionales	Análisis de los modelos de amor romántico y relacionales, así como su influencia en las prácticas eróticas, búsqueda de pareja y satisfacción personal
5	Comunicación y expresión del deseo, utilización saludable de las aplicaciones de contacto	Modelos de comunicación y relación, centrados en las necesidades individuales y deseos individuales. Herramientas y habilidades sociales necesarios para usos de aplicaciones y redes sociales
6	La diversidad y los derechos sexuales como herramienta para la motivación al cambio	Comprensión y conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, como una herramienta para identificar situaciones de vulnerabilidad

³⁶ Ballester-Arnal R. Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivocompartamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Psicothema* 2003. Vol. 15, nº 4, pp. 517-523. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1101.pdf>

³⁷ Curto Ramos J, Lombao Pardo C, Castillo González C, et al. Programa de educación y salud sexual para usuarios de chemsex: una respuesta coordinada desde la ONG Apoyo Positivo y el Instituto de Adicciones de Madrid. *Revista Multidisciplinar del Sida*. Vol. 7. Núm. 16. Marzo 2019. Disponible en: <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/programa-de-educacion-y-salud-sexual-para-usuarios-de-chemsex-una-respuesta-coordinada-desde-la-ong-apoyo-positivo-y-el-instituto-de-adicciones-de-madrid/>

**Los retos de vivir
con el VIH en el 2020**

Jornadas de Formación ViiV

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL VIH

Las **intervenciones de pares** pueden realizarse en grupo, pero también de forma individualizada. La intervención de pares individualizada permite identificar y abordar todas las necesidades de la persona, con el objetivo de que esta pueda realizar un afrontamiento adaptativo a los posibles factores estresores, empoderarse y ver activada su autoeficacia³⁸. Las intervenciones de pares las hace una persona que ha tenido experiencias compartidas con el usuario al que está atendiendo y que tiene formación también en *counselling*. Son espacios que deben ser limitados en el tiempo y con objetivos muy específicos.

Los pares juegan un papel relevante como fuente de **apoyo social** y cada tipo de apoyo va a ser especialmente útil dependiendo de los problemas y las necesidades que tenga la persona a la que se ayuda y el **tipo de intervención** que se realice con ella (véase **Tabla II**). Por ejemplo, las intervenciones de pares que van dirigidas a la promoción de la salud tienen un fuerte componente informativo, mientras que las que tienen por objeto acompañar a las personas recién diagnosticadas de infección por el VIH tienen, inicialmente, un gran componente emocional³⁹.

Tabla II: Intervenciones de pares categorizadas por tipo de apoyo social

INFORMACIONAL	EMOCIONAL	INSTRUMENTAL	AFILIACIÓN
• Tratamiento • Infecciones oportunistas • Adherencia • Promoción de hábitos saludables • Efectos adversos • Preparación de la visita médica • Promoción de la salud sexual • Información sobre otros problemas de salud (p. ej., comorbilidades)	• Compartir • Historia • Escucha • Acompañamiento • Revelar el estado serológico al VIH • Contacto físico • Normalización • Compromiso • Esperanza • Autoestima • Afrontamiento	• Internet • Interpretar jerga médica • Recordar citas médicas • Derivación a otros recursos • Acompañamiento a citas médicas • Seguimiento • Trámites médicos y burocráticos • Ayudar con el cuidado de los niños • Ayudar en la búsqueda de empleo	• Facilitar actividades • Contacto con grupos de apoyo • Ampliar la red social y de apoyo • Promover la búsqueda de apoyo social

³⁸ La autoeficacia es un concepto desarrollado por el psicólogo Albert Bandura (Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: Freeman, 1995) que se refiere al “sentimiento de adecuación, eficiencia y competencia” que tienen las personas en su afrontamiento de los retos y amenazas que, de forma inevitable, se presentan en la vida de cualquier persona. Para Bandura, la expectativa de autoeficacia se desarrolla a través del

aprendizaje por observación y por la experiencia social, lo que en conjunto forma parte de la construcción de la personalidad del individuo.

³⁹ CESIDA. Promoción de la salud y prevención del VIH a través de la educación entre PARES en el contexto hospitalario. Manual de apoyo. Madrid, 2017. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD38970.pdf>

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL VIH

Un ejemplo de intervención de pares sería el proyecto de Promoción de la Salud y Prevención del VIH a través de la Educación entre Pares en el Contexto Hospitalario de CESIDA. A través de este programa se forma, coordina y trabaja en red con personas educadoras pares de las entidades miembro de CESIDA, para que apoyen y complementen la labor realizada en las unidades hospitalarias, favoreciendo en las personas usuarias la adherencia a los tratamientos, el autocuidado y ofreciendo apoyo psicosocial.

En el contexto actual de distanciamiento físico como consecuencia de la COVID-19, se ha hecho más habitual el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para la realización de **intervenciones virtuales online** desde el entorno comunitario. Existen experiencias exitosas como un programa de mentores virtuales en el cual el par o el mentor solo interviene a través de llamadas telefónicas, mensajes de texto o WhatsApp con jóvenes que han sido recién diagnosticados del VIH y que muestran dificultades para iniciar el tratamiento antirretroviral o para vincularse a los grupos de apoyo de las entidades comunitarias⁴⁰.

Al comparar sus resultados con los del grupo control, se halló que los participantes que recibieron la intervención virtual por parte de los mentores iniciaban antes el tratamiento antirretroviral. Por otro lado, teniendo en cuenta que algunas de las barreras que encuentran las personas con el VIH para acudir a las ONG en busca de apoyo o a los servicios de VIH es el miedo a que se descubra su estado serológico en su entorno, los participantes valoraron de forma positiva la libertad de haber podido hablar con sus mentores, así como el hecho de que los men-

tores formados les hayan hecho reflexionar sobre distintos temas haciéndoles preguntas específicas. Esto contribuyó a mejorar la vinculación con el sistema de salud y también, posteriormente, la participación en los grupos de apoyo. Además, a los propios participantes les llamó la atención que, al finalizar la intervención, el número de contactos con los mentores fuese mayor al que ellos habían previsto al principio.

También existe evidencia de que la participación de las personas con el VIH en grupos de apoyo *online* se asocia con una mayor **percepción de empoderamiento**. Un estudio que realizó una encuesta a 320 personas con el VIH que habían participado en grupos de apoyo *online* quiso evaluar si la participación había contribuido a su empoderamiento, ya fuese por recibir información de utilidad o apoyo social, ya fuese por sentirse más capaces de dar significados positivos a sus experiencias o de ayudar a otras personas. También se evaluaron sus niveles de soledad y depresión, ya que son dos variables que están estrechamente relacionadas con la participación en grupos. El estudio reveló que, a mayor participación en los grupos, mayor fue la percepción de empoderamiento. Además, los investigadores plantean la hipótesis de que el beneficio del grupo, en general, consiste en aumentar el optimismo de la persona hacia sí misma y hacia el futuro, y dicho aumento del optimismo sería la variable que influiría en la reducción de la soledad y la depresión.

⁴⁰ Hacking D, Mgengwana-Mbakaza Z, Cassidy T, Runeyi P, Duran LT, Mathys RH, Bouille A. Peer Mentorship via MobilePhones for Newly Diagnosed HIV-Positive Youths in Clinic Care in Khayelitsha, South Africa: Mixed Methods Study. *J Med Internet Res*. 2019 Dec 10;21(12):e14012. doi: 10.2196/14012. PMID: 31821150; PMCID: PMC6930512.

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL VIH

2. TRASTORNOS EMOCIONALES Y TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS EN PERSONAS CON EL VIH

2.1. Causas y factores relacionados

Cuando una persona experimenta una vivencia emocional como consecuencia de un estresor y la intensidad es tan elevada o está tan estancada en algunas de las fases del duelo que la propia emoción se vuelve una interferencia en el día a día, la persona puede experimentar síntomas depresivos y

de ansiedad graves. A este estado se le denomina trastorno emocional. La frecuencia de trastornos emocionales, tanto depresión y ansiedad como estrés postraumático, en general es mayor en personas con el VIH que entre la población general^{41,42,43,44,45} (véase **Tabla III**).

Tabla III: Trastornos emocionales e intervenciones específicas

	Personas con el VIH	Población general	Intervenciones en salud mental
Trastornos depresivos	21-35%	4-7%	• Leve: Psicoterapia • Moderado: Psicoterapia o fármacos • Grave: Psicoterapia o fármacos
Trastornos de ansiedad	16-26%	17%	
Trastornos por estrés postraumático	15%	4%	Psicoterapia centrada en el trauma

⁴¹ Bayón C, Ribera E, Cabrero E, Griffa L, et al. Prevalence of Depressive and Other Central Nervous System Symptoms in HIV-Infected Patients Treated with HAART in Spain. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*. 2012;11(5):321-328.

⁴² Bayón-Pérez C, Hernando A, Álvarez-Comino MJ, et al. Toward a comprehensive care of HIV patients: finding a strategy to detect depression in a Spanish HIV cohort, *AIDS Care*, 28:7, 834-841, DOI: 10.1080/09540121.2016.1144868

⁴³ Bing EG, Burnam MA, Longshore D, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch*

Gen Psychiatry. 2001 Aug;58(8):721-8. doi: 10.1001/archpsyc.58.8.721.

⁴⁴ Olley BO, Seedat S, Stein DJ. Persistence of psychiatric disorders in a cohort of HIV/AIDS patients in South Africa: a 6-month follow-up study. *J Psychosom Res*. 2006;61(4):479-484.

⁴⁵ Pence BW, Miller WC, Whetten K, et al. Prevalence of DSM-IV-Defined Mood, Anxiety, and Substance Use Disorders in an HIV Clinic in the Southeastern United States, *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*: July 2006 - Volume 42 - Issue 3 - p 298-306 doi: 10.1097/01.qai.0000219773.82055.a

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL VIH

Las intervenciones en estos casos deben realizarlas profesionales de la salud mental. Cuando los casos de depresión y ansiedad son leves, lo que se recomienda es hacer terapia psicológica. Cuando los casos son de carácter moderado, se producen más síntomas y existen más interferencias en el día a día, por lo que entonces se recomienda, en función de los recursos y la elección de la persona, que se haga terapia o se use tratamiento farmacológico. En los casos graves, se recomiendan opciones combinadas.

En el caso del estrés postraumático, la recomendación principal es hacer terapia psicológica, mientras que el uso de los fármacos se reserva únicamente para descargar el sufrimiento de síntomas que tenga la persona.

A la hora de determinar los motivos por los que se producen estas elevadas frecuencias de trastornos emocionales en la población con el VIH, hay que tener en cuenta, por un lado, el propio virus, que en el sistema nervioso central podría provocar una desregulación de los sistemas y la neurotransmisión normal en el propio cerebro, lo que podría traducirse en síntomas depresivos. Por otro lado, determinados fármacos antirretrovirales podrían provocar toxicidad en el sistema nervioso central, que podría manifestarse a través de síntomas depresivos. Sin embargo, la causa que más se asocia con los trastornos depresivos es el impacto que la vivencia del VIH tiene sobre la persona.

Así, se ha visto que la interferencia de los síntomas o de la enfermedad en el día a día o en las relaciones sociales, la preocupación por padecer una enfermedad incurable o por la posibilidad de transmitir el virus a otras

personas, la necesidad de mantener una buena adherencia o el riesgo de padecer otras complicaciones médicas son todos ellos factores relacionados con una mayor probabilidad de tener depresión. Sin embargo, por encima de todos estos factores, las variables más relacionadas con la depresión son la falta de apoyo social, el aislamiento y el estigma asociado al VIH.

2.2. Intervenciones en entornos comunitarios

Desde el ámbito comunitario, también se pueden realizar diferentes intervenciones dirigidas a dar respuesta a los trastornos emocionales. Por ejemplo, en los servicios de prueba del VIH y otros espacios comunitarios de cuidado, se puede detectar si la vivencia emocional de una persona es muy intensa y está provocando una interferencia en su día a día. No obstante, para poder identificar si se trata de un posible caso de malestar emocional de alta intensidad o de un trastorno por consumo de sustancias, se requiere del uso de diferentes herramientas, como las entrevistas o los cuestionarios de mediciones de resultados percibidos por los pacientes (PROM, por sus siglas en inglés). El uso de cuestionarios de PROM autoadministrados permite, por un lado, identificar y aumentar la conciencia del problema y, por otro, derivar a especialistas en salud mental a través de circuitos previamente establecidos.

Generalmente, los profesionales de la salud mental que trabajan en el ámbito comunitario, al igual que otras figuras, como los educadores o mediadores pares, pueden pasar estos cuestionarios de PROM a sus usuarios.

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL VIH

PROgress Project es una iniciativa cuyo objetivo es promover el uso de resultados percibidos por los pacientes (PRO, por sus siglas en inglés) en la atención clínica y que dichas mediciones se utilicen, junto con los datos clínicos, como medidas de resultados en salud en el seguimiento y control de la infección por el VIH. Su página web incluye una sección en la que se identifican los principales ámbitos medidos por PRO y los cuestionarios utilizados más frecuentemente⁴⁶.

Uno de los cuestionarios que podría ser empleado en entornos comunitarios es el **HADS** (Hospital Anxiety and Depression Scale). Se trata de un cuestionario para evaluar la ansiedad y la depresión, que se compone de dos subescalas (HADA: ansiedad y HADD: depresión) de 7 ítems cada una, con puntuaciones de 0 a 3 puntos. La puntuación para cada subescala es de 21 puntos, que se consigue con la suma de los ítems correspondientes a cada síntoma. Las dos subescalas presentan los mismos puntos de corte (≥ 8). Asimismo, la suma de ambas escalas proporciona una medida de distrés emocional, con un punto de corte de ≥ 13 . Las puntuaciones más elevadas serían un indicativo de la necesidad de hacer una evaluación más detallada por parte de un profesional de salud mental.

Otro cuestionario que puede ser utilizado en entornos comunitarios es el **AUDIT**, acrónimo en inglés de Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Comprende 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de dependencia y problemas relacionados con el alcohol⁴⁷. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta

tiene una escala de puntuación de 0 a 4. Una puntuación total igual o mayor a 8 sería un indicador de consumo de riesgo (8-15) y consumo perjudicial (16-19), así como de una posible dependencia de alcohol (≥ 20).

Otra herramienta basada en un cuestionario muy similar al AUDIT es el **DUDIT**, acrónimo inglés de Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Drogas. Comprende 11 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de dependencia y problemas relacionados con las drogas⁴⁸. Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4. Una puntuación total igual o mayor a 6 en hombres y a 2 en mujeres sería un indicador de consumo de riesgo. Una puntuación igual o mayor a 20 indicaría una probable dependencia.

Una vez realizada la detección de los trastornos, las intervenciones tienen que ser personalizadas y han de estar encaminadas a cambiar los factores que están originando y manteniendo el cuadro depresivo o ansioso. Así, se recomienda una valoración y una intervención por parte de profesionales de salud mental (ya sean en los dispositivos sanitarios o en las entidades comunitarias que dispongan de dichos profesionales) y, a continuación, se diseña un plan de intervención especializado. Paralelamente y de forma coordinada, se pueden efectuar otros tipos de intervenciones en el entorno comu-

⁴⁶ <https://progresshivcare.org/>

⁴⁷ Se puede acceder al cuestionario AUDIT *online* a través del siguiente enlace: <https://www.msmanuals.com/medical-calculators/AlcoholScreen-es.htm>

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL VIH

nitario (como las grupales, las de pares, etc.) poniendo siempre en el centro a la persona y sus necesidades. Dado que los factores que originan y mantienen los trastornos emocionales y los trastornos por consumo de sustancias están relacionados con la soledad, el estigma o una mala vivencia de la sexualidad, resulta muy pertinente que las intervenciones comunitarias complementen la acción de los profesionales de la salud mental.

Una intervención grupal que ha demostrado su eficacia para el tratamiento de trastornos emocionales es la **terapia grupal transdiagnóstica**. De acuerdo con el enfoque transdiagnóstico, lo que tienen en común los distintos trastornos emocionales –ya sean síntomas de ansiedad, depresión, estrés post-traumático u otros síntomas– es que las personas que los padecen utilizan estrategias desadaptativas de regulación emocional que contribuyen al mantenimiento de los síntomas. Por esta razón, es necesario trabajarlos y modificarlos para recuperar el bienestar psicológico. Así, la terapia transdiagnóstica se encarga de hacer explícitos para los pacientes los procesos cognitivos y emocionales implícitos que influyen en su malestar. Además, se les enseña a cambiarlos. Por lo tanto, la terapia transdiagnóstica se centra en el tratamiento de la emoción. Su fin es ayudar a los pacientes a que aprendan cómo afrontar y experimentar emociones incómodas, y responder a las mismas de una manera más adaptativa. Se busca reducir su intensidad y frecuencia de aparición. Dado que, además, ese aprendizaje se realiza desde la dinámica de grupo, se logra reducir la ansiedad, la depresión, el estigma y la soledad.

En el Hospital La Paz se han puesto ya en marcha grupos de psicoterapia transdiagnóstica basados en una adaptación del Protocolo Unificado de Barlow (UPER-HIV)⁴⁹. Aunque los resultados todavía no han sido publicados, el análisis de los resultados revela que, después de un tratamiento de 5 sesiones quincenales (más una de seguimiento efectuada un mes después de la última sesión quincenal) centradas en la regulación emocional en situaciones propias de los pacientes, se observan mejoras en ansiedad, depresión y estrategias disfuncionales de regulación emocional.

Un ejemplo de plan personalizado de intervención en población con trastorno por consumo de sustancias es el modelo de intervención utilizado en el programa “Sexo, drogas y tú” de Apoyo Positivo. Se realizan entrevistas individuales para la acogida y la evaluación y, a continuación, se diseña el plan personalizado de intervención. De esta manera, la persona recibirá la intervención psicológica, pero también se va a beneficiar de forma complementaria del resto de intervenciones o servicios de la propia ONG o de otros recursos externos con los que se trabaja de forma coordinada (véase **Figura 1**).

⁴⁸ Se puede acceder al cuestionario DUDIT a través del siguiente enlace: https://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_10455_ES_DUDIT%20%20Spanish_Version.pdf

⁴⁹ Barlow D, et al. *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist guide* (2nd ed.). New York 2018: Oxford University Press.

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL VIH

Figura 1: Plan personalizado de intervención del programa 'Sexo, Drogas y Tú' de Apoyo Positivo



Analizar y estudiar las poblaciones específicas y los subgrupos concretos de usuarios permite adaptar las intervenciones de salud mental a las necesidades de la población diana. Un estudio realizado en hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) que practican *chemsex* y que recibían atención a través del programa 'Sexo, drogas y tú' de Apoyo Positivo reveló que aquellos que practicaban *chemsex* presentaban el doble de probabilidades de haber tenido experiencias potencialmente traumáticas en la infancia que los participantes del grupo control⁵⁰. Del mismo modo, se pudo observar que haber experimentado abusos sexuales en la infan-

cia y tener dificultades económicas graves fue mucho más prevalente en los hombres GBHSH con conductas de *chemsex* que en los participantes del grupo control. El porcentaje de hombres GBHSH que habían sufrido agresiones, amenazas y rechazo por los compañeros de colegio fue elevado en ambos grupos y no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los participantes y los controles (véase **Tabla IV**).

⁵⁰ González-Baeza A, Barrio P, Curto J, et al. Experiencias de trauma temprano y desregulación emocional en hombres gais y bisexuales que practican *ChemSex*. 22º Congreso de Patología Dual. 16-19 noviembre de 2020. Abstract O-037.

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL VIH

En definitiva, los resultados de este estudio subrayan la importancia de evaluar los subgrupos de población atendidos para adaptar la intervención a sus necesidades cuando se realiza el diseño del Plan personalizado

que, en el caso concreto de los hombres GBHSH con conductas de *chemsex* atendidos en Apoyo Positivo, serían intervenciones psicológicas centradas en el afrontamiento del trauma.

Tabla IV: Experiencias de trauma temprano en hombres GBHSH que practican *chemsex* y que reciben atención a través del programa 'Sexo, Drogas y Tú'

VARIABLES	Chemsex (n=41)	No Chemsex (n=39)	P valor
EARLY-G total ⁵¹ . X (SD)	3,98 (2,41)	2,08 (1,38)	0,001
Conducta sexual inapropiada por padres o familiares. n (%)	9 (22)	2 (5,1)	0,029
Forzado sexualmente fuera de familia. n (%)	12 (29,3)	4 (10,3)	0,034
Problemas económicos graves. n (%)	22 (53,7)	2 (5,1)	0,001
Agresión, amenaza, rechazo por compañeros del colegio. n (%)	34 (82,9)	29 (74,4)	n/s

Por otra parte, el estudio también halló que las personas del grupo control tenían puntuaciones de regulación o desregulación emocional similares a las de la población general. Sin embargo, los hombres GBHSH con conductas de *chemsex* tenían muchas más dificultades en la regulación de las emociones, en ser consciente de ellas, expresarlas, sentirlas o aceptarlas. Por lo tanto, las intervenciones basadas en la terapia grupal transdiagnóstica pueden ser efectivas en personas que practican *chemsex*.

⁵¹ Gonzalez-Vazquez AI, Mosquera-Barral D, Leeds AM, Santed-German MA. Initial validation of an instrument to evaluate early trauma: The EARLY Scale, Volume 6464, Issue 4, 11/2019, Pages 209-276, ISSN 2468-7499, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.04.003>.

3. Conclusiones

Muchas emociones que experimentan las personas que reciben el diagnóstico del VIH, aunque pueden parecer muy intensas, son normales. Estas pueden aparecer tanto en el momento del diagnóstico como durante la adaptación a estresores posteriores. Los grupos de autoayuda, las intervenciones de pares, la disponibilidad de espacios seguros de expresión y contención y de ocio facilitan la adaptación y hacen que este proceso se regule en la mayoría de las personas. Sin embargo, hay un porcentaje de personas que desarrollan trastornos emocionales, incluyendo el trastorno por consumo de sustancias. En estos casos, se recomienda que se realice una intervención específica por parte de profesionales de la salud mental, aunque

03

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL VIH

pudiendo utilizar también de forma complementaria otros recursos y otro tipo de intervenciones, como las proporcionadas en el entorno comunitario.

Las entidades comunitarias son entornos clave para identificar los casos de trastorno emocional, poder derivarlos y planificar intervenciones personalizadas que contribuyan al bienestar y calidad de vida de estas personas.

LA PRUEBA DEL VIH EN EL ENTORNO COMUNITARIO: ¿QUÉ POBLACIONES Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN NO ESTAMOS ALCANZANDO?

**LAURA
FERNÀNDEZ-LÒPEZ**

CENTRE D'ESTUDIS EPIDEMIOLÒGICS
SOBRE LES ITS I SIDA DE CATALUNYA
(CEEISCAT)
FUNDACIÓ INSTITUT D'INVESTIGACIÓ
EN CIÈNCIES DE LA SALUT
GERMANS TRIAS I PUJOL (IGTP)



1. SITUACIÓN GLOBAL RESPECTO A LOS OBJETIVOS 90-90-90

A mediados de la década de 2010, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) lanzó la estrategia 'Acción acelerada: pongamos fin a la epidemia de sida para 2030'⁵², entre cuyas metas intermedias para el año 2020 se incluían los denominados objetivos 90-90-90⁵³, es decir, asegurar que el 90% de las personas con el VIH fuesen diagnosticadas; que el 90% de las personas diagnosticadas estuviesen tomando tratamiento antirretroviral; y que el 90% de las personas en tratamiento antirretroviral tuviesen la carga viral indetectable (véase **Figura 1**⁵⁴).

⁵² UN General Assembly. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. New York (Internet) 2016;17020(June):1-27. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf

⁵³ Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA. 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de Sida. OnuSida (Internet) 2015;39. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf

⁵⁴ Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/909090>. Último acceso diciembre 2020.

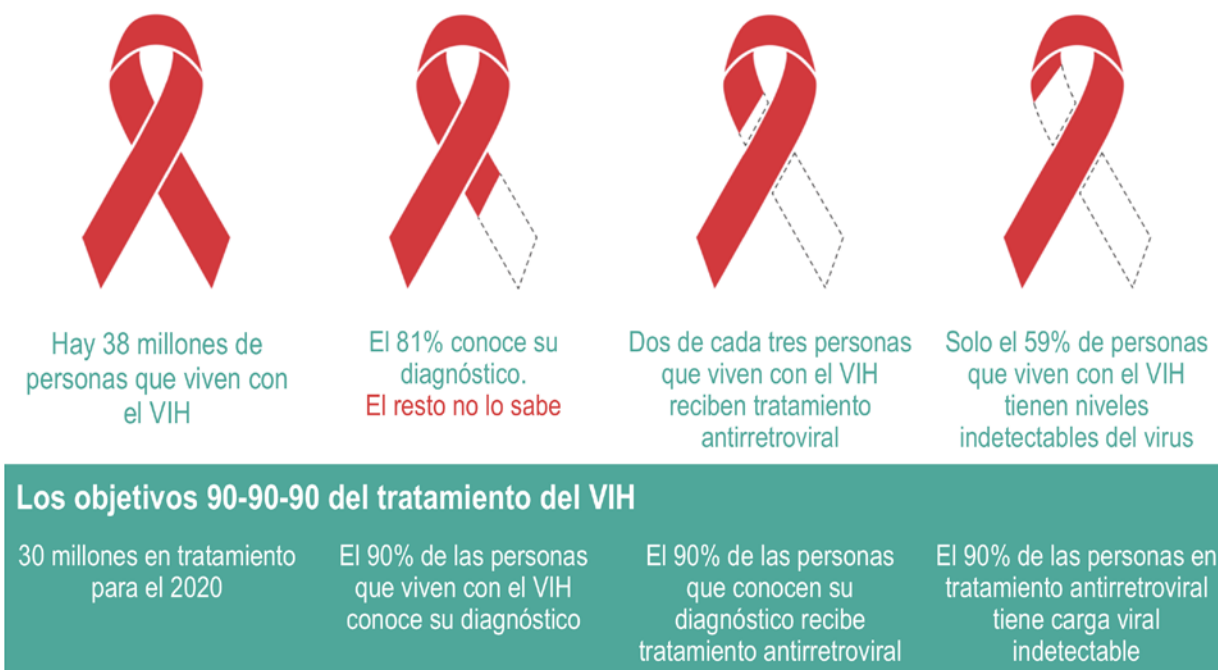
**Los retos de vivir
con el VIH en el 2020**

Jornadas de Formación ViiV

04

LA PRUEBA DEL VIH EN EL ENTORNO COMUNITARIO: ¿QUÉ POBLACIONES Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN NO ESTAMOS ALCANZANDO?

Figura 1 90-90-90: Tratamiento para todos



A nivel global, el mundo ha quedado lejos de la consecución de los objetivos 90-90-90 fijados para el año 2020. Según datos de ONUSIDA, en 2019, de los 38 millones de personas estimadas en el mundo que viven con el VIH, solo el 81% conocía su diagnóstico frente al 19% restante que lo ignoraba. Por otro lado, solo dos de cada tres personas con el VIH estaban recibiendo tratamiento y únicamente el 59% de las personas con el VIH en tratamiento tenía la carga viral indetectable.

Además, los datos revelan que no solo no se han alcanzado esos datos de forma global, sino que parecen estar lejos de cumplirse incluso en las poblaciones clave, es decir, personas que ejercen el trabajo sexual, hombres gais, bisexuales y otros hombres que prac-

tican sexo con hombres (GBHSH), personas usuarias de drogas inyectables (UDI) y mujeres y hombres trans⁵⁵. Únicamente el 67,2% de las personas que ejercen el trabajo sexual conocen su diagnóstico de VIH, porcentaje que desciende al 66,5% en el caso de hombres GBHSH o al 65,3% en el de las mujeres y hombres trans (véase **Figura 2**⁵⁶). Los datos del informe de monitorización global de ONUSIDA reflejan que las personas usuarias de drogas inyectables son las que menos se someten a pruebas del VIH y menos conocen su diagnóstico (61,9%).

Por lo que respecta a la situación en Europa, los datos del Centro Europeo para el Control y la Prevención de las Enfermedades (ECDC, en sus siglas en inglés) reflejan que, en 2018,

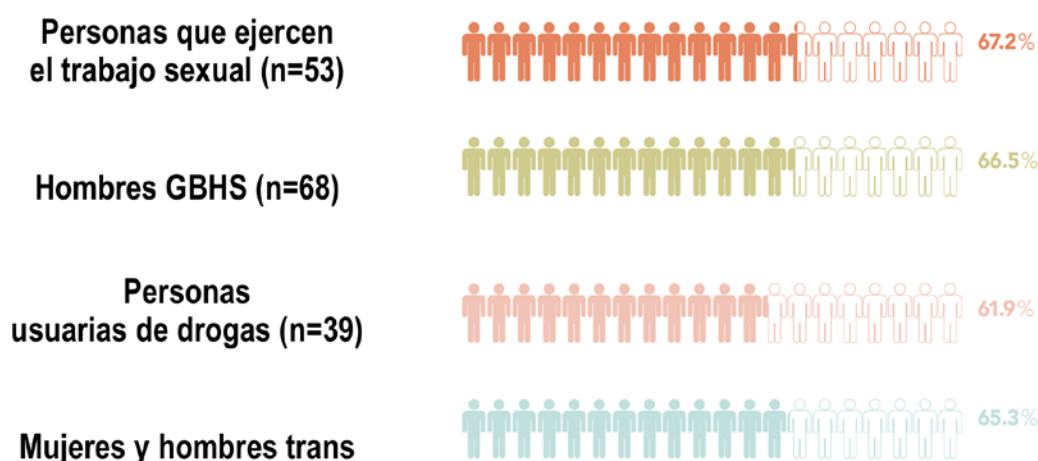
Los retos de vivir con el VIH en el 2020

Jornadas de Formación ViiV

04

LA PRUEBA DEL VIH EN EL ENTORNO COMUNITARIO: ¿QUÉ POBLACIONES Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN NO ESTAMOS ALCANZANDO?

Figura 2 Promedio de pruebas del VIH y conocimiento del diagnóstico en grupos de población clave a escala mundial, 2016-2019



Nota: 'n' representa el número de países que notifican las pruebas realizadas y los diagnósticos.

⁵⁵ Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA. Monitoreo Global del Sida 2020. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida. Ginebra, 2019. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf

⁵⁶ Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2020/october/20201026_key-populations-knowledge-hiv-status. Último acceso diciembre 2020.

⁵⁷ HIV testing. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2018 progress report. ECDC Technical report. Disponible en <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HIV-testing-dublin-declaration-monitoring-2018.pdf>. Último acceso diciembre 2020.

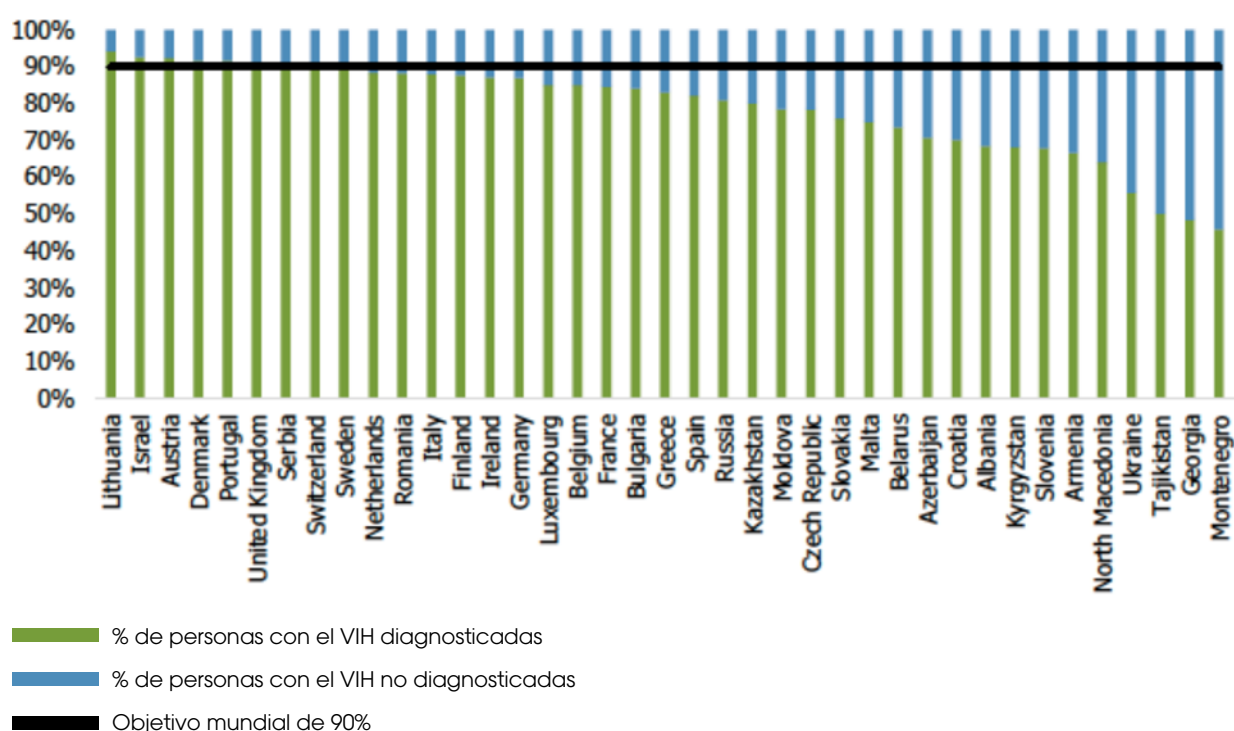
pocos países habían alcanzado el primer 90 de diagnóstico y, de hecho, algunos todavía se encontraban lejos de su consecución (véase **Figura 3**)⁵⁷. Los datos disponibles en aquel momento situaban a España entre los países a los que les faltaba poco para cumplir el primer 90, es decir, que el 90% del total de personas con el VIH conozca su diagnóstico.

Además, en Europa, en 2018, el 53% de todas las personas que conocían su estado serológico habían recibido un diagnóstico tardío (definido como tener un recuento de CD4 por debajo de las 350 células/mm³ en el momento del diagnóstico). Este porcentaje de diagnóstico tardío fue distinto atendiendo a los diferentes modos de transmisión de la infección, siendo la vía de transmisión heterosexual la que obtuvo un porcentaje más elevado de diagnósticos tardíos (apro-

04

LA PRUEBA DEL VIH EN EL ENTORNO COMUNITARIO: ¿QUÉ POBLACIONES Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN NO ESTAMOS ALCANZANDO?

Figura 3 Porcentaje de todas las personas con el VIH que conocen su estado serológico en Europa y Asia Central, 2018



ximadamente el 62%). Por el contrario, el porcentaje de diagnósticos tardíos más bajo se registró entre los hombres que adquirieron el VIH a través de las relaciones sexuales con otros hombres.

En cuanto a España, los datos más recientes reflejan que el país se ha acercado más a los objetivos previstos: un 87% de personas con el VIH están diagnosticadas, un 97,3% de las personas diagnosticadas reciben tratamiento antirretroviral y un 90,4% de las que reciben tratamiento antirretroviral tienen carga viral indetectable⁵⁸. Según los datos de 2017-2019, España se encuentra bien posicionada

respecto a los dos últimos 90, pero el primer 90 continúa siendo una asignatura pendiente (véase **Figura 4**).

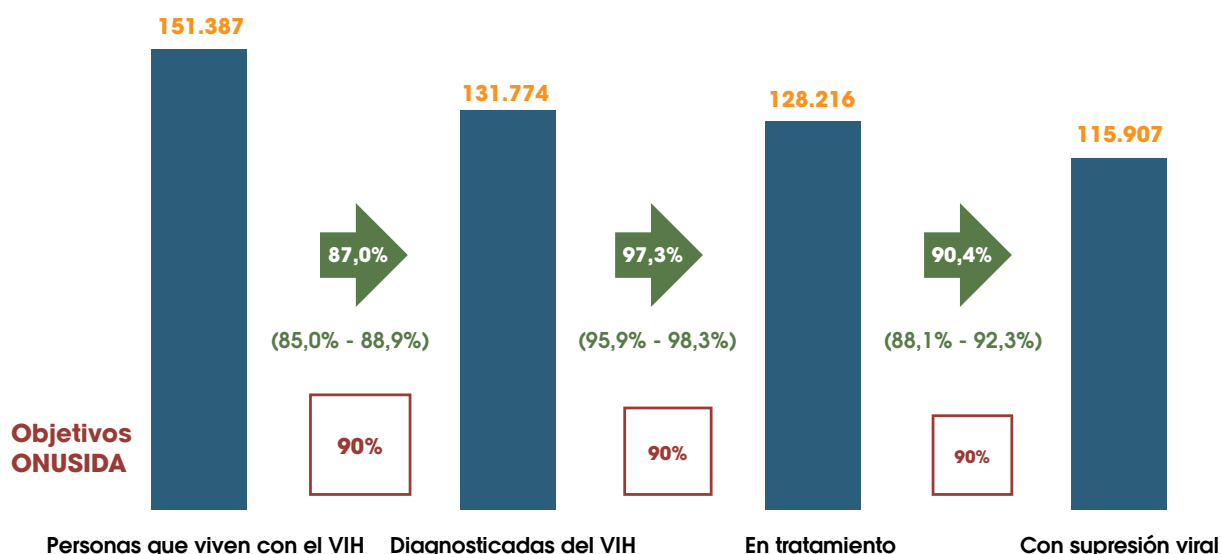
⁵⁸ Unidad de vigilancia del VIH, ITS y hepatitis. Actualización del Continuo de Atención del VIH en España, 2017-2019. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III / Plan Nacional sobre el Sida – Dirección General de Salud Pública; 2020. Disponible en: http://www.mscbs.es/ciudadanos/enflesiones/enf-Transmisibles/sida/vigilancia/ESTIMACION_DEL_CONTINUO_DE_ATENCION_DEL_VIH_EN_ESPAÑA_Nov2020.pdf. Último acceso diciembre 2020.

**Los retos de vivir
con el VIH en el 2020**

Jornadas de Formación ViiV

LA PRUEBA DEL VIH EN EL ENTORNO COMUNITARIO: ¿QUÉ POBLACIONES Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN NO ESTAMOS ALCANZANDO?

Figura 4 Continuo de atención del VIH en España, 2017-2019



En 2019, se notificaron en España 2.698 nuevos diagnósticos de VIH, el 45,9% de los cuales fueron diagnósticos tardíos. La transmisión entre hombres GBHSH fue la más frecuente, 56,6%, seguida de la transmisión heterosexual, que supuso un 32,3%, y la que se produjo en personas usuarias drogas inyectables, que sumó un 2,6%. El porcentaje de casos con diagnóstico tardío fue del 45,9%, siendo mayor en mujeres (53,4% frente a 44,6%). En relación con la edad, el diagnóstico aumenta conforme se incrementa la edad, siendo del 29,5% en los menores de 25 años y del 62,3% en los de 50 años o más ⁵⁹.

Por lo que respecta a Cataluña, la cascada de servicios⁶⁰, con datos actualizados a 2018, revela que, de forma similar a lo que sucede en España, casi se está alcanzando el primer 90, pero sigue existiendo un 11% de personas con el VIH que desconocen su diagnóstico (véase **Figura 5**). Por lo tanto, es preciso se-

guir trabajando para conseguir que todas las personas con el VIH sean diagnosticadas.

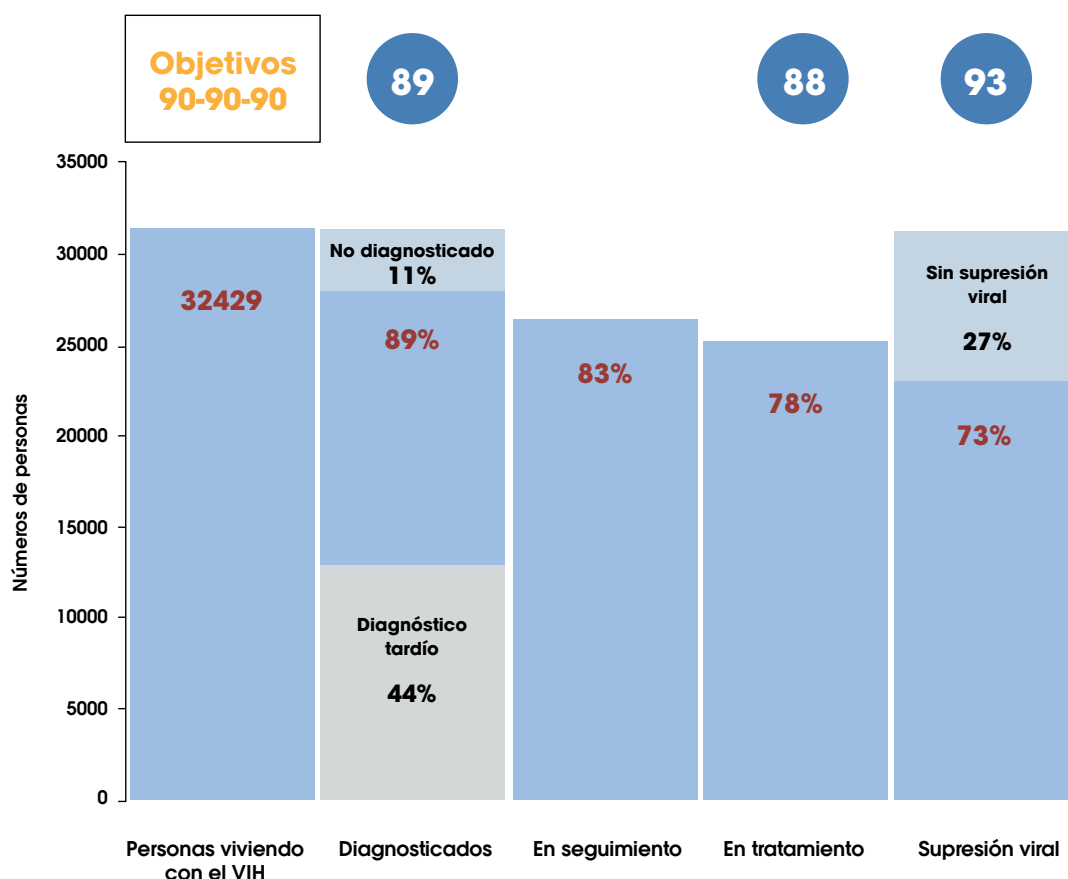
⁵⁹ Unidad de Vigilancia de VIH, ITS y hepatitis. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2019: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2020. Disponible en: http://www.mscbs.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe_VIH_SIDA_20201130.pdf. Último acceso diciembre 2020.

⁶⁰ Agustí Benito C, Reyes-Urueña J, Sentís Fuster A, Folch Toda C, Fernández-López L, Bruguera Riera A, et al. Monitorización y evaluación del VIH en Cataluña, cada vez más cerca de los objetivos 90-90-90. Rev. Esp. Salud Pública (Internet). 2019 (citado 2020 Dic 19); 93: e201912118. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272019000100023&lng=es. Epub 07-Sep-2020. Último acceso diciembre 2020.

04

LA PRUEBA DEL VIH EN EL ENTORNO COMUNITARIO: ¿QUÉ POBLACIONES Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN NO ESTAMOS ALCANZANDO?

Figura 5 Cascada de diagnóstico y tratamiento para el VIH. Cataluña, 2018



2. PRUEBAS EN ENTORNOS COMUNITARIOS

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el Centro Europeo para el Control y la Prevención de las Enfermedades (ECDC) han elaborado distintos informes y guías que recomiendan incrementar la oferta de la prueba del VIH empleando nuevos enfoques y opciones, entre las que se incluye la estrategia de realización de pruebas en entornos comunitarios. Los resultados de va-

rias revisiones sistemáticas y metaanálisis han demostrado la efectividad de dichas estrategias de cribado en el entorno comunitario en la mejora del diagnóstico precoz del VIH, especialmente en poblaciones clave^{61, 62, 63}.

Según datos de 2018 del ECDC, varios países comunicaron la realización de pruebas en entornos comunitarios, pero realizadas

Los retos de vivir con el VIH en el 2020

Jornadas de Formación ViiV

LA PRUEBA DEL VIH EN EL ENTORNO COMUNITARIO: ¿QUÉ POBLACIONES Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN NO ESTAMOS ALCANZANDO?

por personal sanitario. Sin embargo, pocos países declararon realizar pruebas en un entorno comunitario por personal no sanitario, pues esta práctica en muchos países no está permitida. Además, también hay que tener en cuenta que, en muchas ocasiones, probablemente los responsables de notificar los datos a nivel nacional al ECDC pueden ignorar la existencia (o no disponer de datos concretos) de servicios de la prueba del VIH en el entorno comunitario efectuados por personal no sanitario, aunque en realidad sí que existan centros en el país que estén realizando dichas prácticas.

2.1. Red COBATEST

La red COBATEST es una red europea de centros comunitarios que realizan la prueba del VIH y que comparten datos armonizados de su actividad. Los principales objetivos de esta red son:

- Promover y aumentar la visibilidad del trabajo de los centros comunitarios en la realización de pruebas del VIH/ITS/hepatitis virales en toda Europa.
- Abogar por la inclusión de la realización de pruebas en el entorno comunitario en las políticas nacionales y los planes nacionales de VIH/ITS/hepatitis virales en toda Europa.
- Generar, analizar y difundir datos e indicadores armonizados de las pruebas realizadas por los centros comunitarios para ser utilizados a nivel local, nacional y regional y mejorar la calidad de dichos datos.

⁶¹ Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, Wong VJ, Rajan JS, Saltzman AK, Ajose O, Fakoya AO, Granich RM, Negussie EK, Baggeley RC. Towards universal voluntary HIV testing and counselling: a systematic review and meta-analysis of community-based approaches. PLoS Med. 2013 Aug;10(8):e1001496. doi: 10.1371/journal.pmed.1001496. Epub 2013 Aug 13.

⁶² Sharma M, Ying R, Tarr G, Barnabas R. Systematic review and meta-analysis of community and facility-based HIV testing to address linkage to care gaps in sub-Saharan Africa. Nature. 2015 Dec 3;528(7580):S77-85. doi: 10.1038/nature16044

⁶³ Desai S, Tavoschi L, Sullivan AK, Combs L, Raben D, Delpech V, Jakobsen SF, Amato-Gauci AJ, Croxford S. HIV testing strategies employed in health care settings in the European Union/European Economic Area (EU/EEA): evidence from a systematic review. HIV Med. 2020 Mar;21(3):163-179. doi: 10.1111/hiv.12809. Epub 2019 Nov 14.

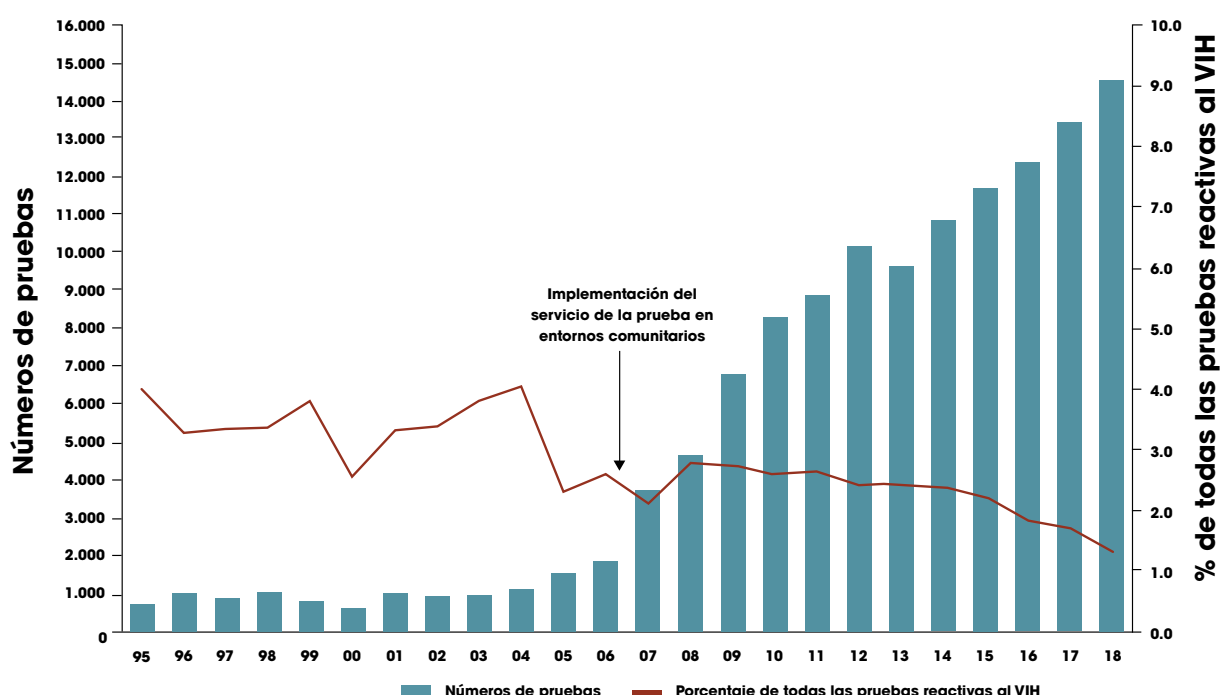
En 2018, en la red COBATEST se notificaron datos procedentes de un total de 130.164 personas a las que se les realizó una prueba. El 69,5% eran hombres, el 29,8% mujeres y el 0,5% personas trans. De estas últimas, el 43,8% ejercía el trabajo sexual. Atendiendo a los grupos de población clave, el 35,4% de todas las personas que se realizaron la prueba eran hombres GBHSH, el 20,8% personas migrantes, el 3,4% personas que ejercían el trabajo sexual y el 2% personas usuarias de drogas inyectables.

El 53,5% de las personas que se hicieron la prueba en 2018 se habían realizado el test del VIH alguna vez, lo que implica que el 46,5% no se la habían efectuado nunca, un

04

LA PRUEBA DEL VIH EN EL ENTORNO COMUNITARIO: ¿QUÉ POBLACIONES Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN NO ESTAMOS ALCANZANDO?

Figura 7 Número de pruebas de VIH realizadas en Cataluña a través de la red DEVO y porcentajes de pruebas reactivas por año, 1995-2018 (n=129.117)



porcentaje bastante elevado. No obstante, entre el grupo de hombres GBHSH, el porcentaje de aquellos que se lo habían realizado alguna vez anteriormente ascendió hasta 73,1%. Sin embargo, estos porcentajes disminuyen bastante si se considera únicamente aquellas personas que se habían efectuado la prueba el año anterior: un 19,2% de todas las personas y un 30% en el caso de los hombres GBHSH.

El porcentaje global de pruebas reactivas fue del 1,1%. Al tener en cuenta las distintas poblaciones, se observó que, en el caso de los hombres GBHSH, el porcentaje de resultados reactivos estuvo por encima de la me-

dia global, llegando al 2,1%. Este porcentaje fue incluso mayor entre los hombres y las personas trans que ejercían el trabajo sexual, alcanzando el 3,1% y el 3,6%, de forma respectiva.

2.2 Red DEVO

En Cataluña, actualmente existe una red compuesta por 12 centros comunitarios que realizan la prueba del VIH. Estos centros recogen, desde 1995, información anónima y armonizada de cada prueba realizada y desde el CEEISCAT se analizan los datos agregados (véase **Figura 7**)⁶⁴.

Los retos de vivir con el VIH en el 2020

Jornadas de Formación ViiV

LA PRUEBA DEL VIH EN EL ENTORNO COMUNITARIO: ¿QUÉ POBLACIONES Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN NO ESTAMOS ALCANZANDO?

El análisis del número de pruebas realizadas en estos centros entre 1995 y 2018 permite observar cómo la introducción del servicio de la prueba rápida del VIH a principios del año 2007 se tradujo en un incremento continuado en el número de pruebas efectuadas. En cuanto al porcentaje de reactivos detectados, ha ido disminuyendo con los años, con una tendencia estadísticamente significativa.

También se observa un incremento en la proporción de hombres GBHSH respecto al total de personas que se realizan la prueba. En los primeros años de este proyecto, la mayoría de resultados positivos correspondían a personas usuarias de drogas inyectables, pero a partir de 2005-2007 la tendencia cambió, pasando a ser los hombres GBHSH el grupo mayoritario, llegando a convertirse en el grupo que concentra casi el total de resultados positivos en los últimos años.

Desde la puesta en marcha de este proyecto, las personas usuarias de drogas inyectables llegaron a registrar el porcentaje de pruebas reactivas más elevado. Esta cifra ha ido disminuyendo en los últimos años, aunque esta tendencia no es estadísticamente significativa, ya que el número de personas en este grupo es pequeño. El siguiente grupo con el porcentaje de pruebas reactivas más elevado es el grupo de hombres GBHSH, en el que se incluye también a los hombres que ejercen el trabajo sexual y en el que se observa también una disminución en los últimos años, cuya tendencia es estadísticamente significativa.

Si se analiza el porcentaje de resultados reactivos de las diferentes estrategias de criba-

do implementadas en Cataluña, se observa que dicho porcentaje se va incrementando a medida que la intervención se centra en los grupos clave. Así, el porcentaje de pruebas reactivas en las pruebas efectuadas en los laboratorios está en torno al 0,45%. En las pruebas realizadas en atención primaria, ese porcentaje se sitúa en alrededor del 0,66%. En el programa de la prueba rápida del VIH en farmacias, el porcentaje de reactividad se sitúa en torno al 0,95%. Por último, en los centros comunitarios el porcentaje global es del 1,3% (datos de 2019), pero este porcentaje sube aún más en función de los grupos clave: 2,04% en el caso de hombres GBHSH; 2,86% en personas usuarias de drogas; 6,86% y 8,38% en hombres y mujeres trans que ejercen el trabajo sexual, respectivamente. Esto sugiere que, aunque aumentar el número pruebas es importante, por sí mismo no es suficiente, sino que debe acompañarse de intervenciones especialmente dirigidas al cribado de las poblaciones clave⁶⁴.

⁶⁴ Fernández-López L, Reyes-Urueña J, Conway A, et al. The contribution of HIV point-of-care tests in early HIV diagnosis: community-based HIV testing monitoring in Catalonia, 1995 to 2018. *Euro Surveill.* 2020;25(43):pii=1900424. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.43.1900424>. Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/document/fulltext/eurosurveillance/25/43/eurosurv-25-43-1.pdf?expires=1608400093&id=id&accname=guest&checksum=59C197CE5A12DCBC6967B4602ADDFD17>. Último acceso diciembre 2020.

⁶⁵ Fernández-López L, Reyes-Urueña J, Conway A, Saz J, Morales A, Quezadas J, et al. The contribution of HIV point-of-care tests in early HIV diagnosis: community-based HIV testing monitoring in Catalonia, 1995 to 2018. *Euro Surveill.* 2020;25(43):pii=1900424. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.43.1900424>

LA PRUEBA DEL VIH EN EL ENTORNO COMUNITARIO: ¿QUÉ POBLACIONES Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN NO ESTAMOS ALCANZANDO?

3. NUEVAS ESTRATEGIAS DE CRIBADO

Según ONUSIDA, para alcanzar los objetivos 90-90-90 propuestos para 2030, es preciso que los países aceleren su respuesta, lo que conllevará modificar las estrategias de intervención. En lo que se refiere a las pruebas del VIH, se recomienda reconsiderar los enfoques actuales y añadir más opciones para ampliar y diversificar la oferta de la prueba; reducir el número de personas que nunca se han realizado la prueba; e incrementar la frecuencia de realización de la prueba entre las personas con más riesgo de infección. Con este enfoque, además de reducir el número de personas no diagnosticadas, se podría reducir la proporción de personas que reciben un diagnóstico tardío.

De este modo, es necesario idear e implementar estrategias alternativas de cribado para poder llegar a esas poblaciones que no acuden a los servicios sanitarios y que tampoco están yendo a los centros comunitarios. Entre dichas estrategias se incluyen:

1. Los programas comunitarios que van dirigidos de forma muy específica a determinadas poblaciones clave o subgrupos de población, como, por ejemplo, el proyecto *Sweetie* y *SexCohort* del CEEISCAT.
2. Las actividades de acercamiento (*outreach*) basadas en ir a buscar a las personas que están en una situación de mayor riesgo en lugar de esperar a que vengan al centro comunitario a hacerse la prueba. Ejemplos de intervenciones de acercamiento serían el servicio de la prueba rápida del VIH en saunas o la promoción de la prueba del VIH a

través de aplicaciones para teléfonos móviles de la Agència de Salut Pública de Barcelona.

3. El autotest (*self-testing*) y el automuestreo (*home-sampling*).

Proyecto *Sweetie* / *SexCohort*

Se trata de un ejemplo de programa realizado en un centro comunitario dirigido a poblaciones específicas. El proyecto *Sweetie*, aunque ya ha finalizado, continúa su ejecución a través del proyecto *SexCohort*. Este proyecto va dirigido a las mujeres trans y hombres cis que ejercen el trabajo sexual. En este proyecto participan las organizaciones comunitarias Stop Sida y Àmbit Prevenió y entre sus objetivos figuran describir las características epidemiológicas y conductuales de esta población y estimar las prevalencias de VIH, ITS y hepatitis víricas. Se planteó como un estudio transversal entre 2007 y 2018 y la prevalencia detectada de nuevos diagnósticos fue del 7,9%. Una de las conclusiones a las que se llegó es que las mujeres trans y los hombres cis que ejercen el trabajo sexual deberían ser considerados como una población clave en las intervenciones preventivas y, por el mismo motivo, deberían ser incluidos en los sistemas de información de salud, donde no suelen aparecer como grupo clave.

Programa saunas

Son un ejemplo de actividades de acercamiento (o *outreach*). Impulsado por la Agèn-

LA PRUEBA DEL VIH EN EL ENTORNO COMUNITARIO: ¿QUÉ POBLACIONES Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN NO ESTAMOS ALCANZANDO?

cia de Salut Pública de Barcelona, el programa ofrece la realización de las pruebas del VIH a los clientes de algunas saunas gays de Barcelona⁶⁶. En el periodo entre 2007 a 2015, se realizaron un total de 2.764 pruebas a un total de 1.902 clientes. El 28% de estos usuarios se identificaron como trabajadores sexuales y el 18% no se había realizado nunca antes la prueba. La incidencia de nuevos diagnósticos en este periodo fue del 9,2%. Esta prevalencia pone de manifiesto que las saunas ofrecen la oportunidad de realizar intervenciones de prevención en personas que se encuentran en un elevado riesgo de infección, algunas de las cuales no acuden ni a los dispositivos sanitarios ni tampoco a los centros comunitarios.

Programa de promoción de la prueba del VIH a través de App

Otro ejemplo de actividades de acercamiento, aunque sea en el entorno virtual, es el proyecto de la Agència de Salut Pública de Barcelona basado en el uso de aplicaciones móviles para promover la realización de la prueba. Entre 2015 y 2016, de todas las personas contactadas, 75 acudieron a la Agència de Salut Pública de Barcelona para realizarse la prueba del VIH. De estas, el 7,8% no se había hecho nunca antes la prueba y el 45,4% no se la había realizado en el último año. Se detectó un resultado positivo, lo que supone una incidencia de 1,3% de nuevos diagnósticos. Este estudio demuestra que promover pruebas de VIH gratuitas y confidenciales a través de las aplicaciones móviles es una intervención factible, aceptable y efectiva⁶⁷.

Proyecto SWAB2KNOW

Se trata de una intervención piloto que ofrece la prueba del VIH en actividades de *outreach* y la consulta de resultados *online*. Este proyecto, liderado por el CEEISCAT, se realizó dentro del marco del proyecto europeo EuroHIVEDat⁶⁸. Se ejecutó en varios países europeos y en España participaron las organizaciones comunitarias Stop Sida, Àmbit Prevenció, Associació Antisida de Lleida y Actua Vallés. La intervención estaba dirigida a hombres GBHSH y a personas que ejercían el trabajo sexual. El reclutamiento de los participantes se realizó a través de actividades de acercamiento: en el caso de los hombres GBHSH, en discotecas, bares, sexshops, locales de sexo, zonas de *cruising*, fiestas temáticas y también en los actos de celebración del Pride, tanto en Barcelona como en Sitges. En el caso de las personas que ejercen el trabajo sexual, se realizó en calle, carretera, clubs y pisos en Barcelona, Castelldefels, Vallès Occidental y Lleida.

⁶⁶ Jacques C, Santomà MJ, Roldán L, de Andrés A, et al. Intervenciones en sauna gay. Enfermedades emergentes. Rev Enf Emerg 2016;15(3):109-130

⁶⁷ Alarcón Gutiérrez M, Fernández Quevedo M, Martín Valle S, Jacques-Aviñó C, Díez David E, Caylà JA, García de Olalla P. Acceptability and effectiveness of using mobile applications to promote HIV and other STI testing among men who have sex with men in Barcelona, Spain. Sex Transm Infect. 2018 Sep;94(6):443-448. doi: 10.1136/sextrans-2017-053348. Epub 2018 Apr 6.

⁶⁸ En la página web (<https://www.swab2know.eu/es>) se incluye toda la información sobre el proyecto. Además, a esta página, los participantes debían acceder para consultar los resultados de la prueba.

LA PRUEBA DEL VIH EN EL ENTORNO COMUNITARIO: ¿QUÉ POBLACIONES Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN NO ESTAMOS ALCANZANDO?

En la actividad de acercamiento, se recogía una automuestra de fluido oral que el trabajador de campo enviaba al laboratorio. Todos los resultados reactivos se tenían que confirmar. La comunicación de resultados se efectuaba *online* entre 7 y 10 días después de la obtención de la muestra, a través de la página web del proyecto previo registro y usando el código de muestra que el trabajador de campo entregaba a los participantes. Luego se enviaban recordatorios a aquellas personas que no consultaban el resultado en la página web.

El proyecto inscribió un total de 834 participantes, de los cuales el 73,4% fueron hombres GBHSH, el 24,3% mujeres cis trabajadoras del sexo y el 2,3%, mujeres trans. Se obtuvo un total de 22 resultados reactivos al VIH, con una tasa de reactividad del 2,7%. Todos los resultados reactivos, excepto uno, correspondieron a hombres GBHSH, lo que supone una reactividad del 3,4% en este grupo de población. El otro resultado reactivo correspondió a una mujer trans, lo que supone una reactividad del 5,3% en este grupo.

La intervención resultó aceptable sobre todo para los hombres GBHSH tanto por el tipo de muestra usada como por el empleo de una página web para la consulta de los resultados. Aunque se obtuvo una elevada tasa de resultados positivos entre los hombres GBHSH, se observó que este tipo de intervención no resultó efectiva en el grupo de mujeres trabajadoras del sexo, ya que no se detectaron nuevos diagnósticos y, además, la tasa de consulta de los resultados fue muy baja. Por este motivo, una de las conclusiones de este estudio fue la importancia de establecer procesos de búsqueda activa de los

participantes con un resultado reactivo para asegurarse de que se producía una correcta vinculación a la atención sanitaria de estas personas.

Proyecto Téstate

Se trata de un ejemplo de intervención que utiliza la tecnología del automuestreo del VIH. La intervención es *online*, está dirigida a hombres GBHSH de toda España y se basa en la autorrecogida de la muestra en casa, el envío de dicha muestra al laboratorio y la posterior consulta del resultado *online*. La página web del proyecto es: <https://testate.org> y está liderado por el CEEISCAT⁶⁹.

La promoción del proyecto se realizó a través de campañas en diferentes aplicaciones y páginas web de búsqueda de contactos de sexuales (véase **Figura 8**). Las personas que solicitaban la realización de la prueba recibían en su casa un kit totalmente anónimo y sin información del proyecto. Ese kit permitía la autorrecogida de muestras de fluido oral e incluía instrucciones para poder recoger la muestra de forma correcta y un sobre prepagado para enviarlas por correo al laboratorio que las analizaría. Se recibieron peticiones de pruebas desde todas las provincias españolas.

⁶⁹ Agustí C. Proyecto TESTATE: una intervención piloto de oferta de autotoma de muestra para la detección del VIH y consulta de resultados online dirigida a hombres que tienen sexo con hombres en España GeSIDA 2019 OR-0. Disponible en: https://www.congresogesida.es/images/site/publicacionesPDF/AUDITORIO/11_DICIEMBRE/1015_COMUNICACIONES_ORALES/OR-03_Cristina_Agusti_Benito-Miercoles_1015_Auditorio.pdf. Último acceso diciembre 2020.

LA PRUEBA DEL VIH EN EL ENTORNO COMUNITARIO: ¿QUÉ POBLACIONES Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN NO ESTAMOS ALCANZANDO?

Figura 8 Promoción del proyecto Téstate a través de mensajes en App



En total, se enviaron 5.856 kits a 3.657 participantes. Algunos se repetían la prueba al cabo de tres meses. Se retornaron 4.074 muestras, lo que supone una tasa de retorno cercana al 70%. En total, a 2.473 hombres se les analizó al menos una muestra, con un porcentaje de reactivos del 3,44%. Esto supone que 85 participantes tuvieron un resultado reactivo. Se contactó con 74 de ellos (el 87%), mientras que 11 casos estaban pendientes de contactar o no se pudo contactar. De todos los contactados, 14 participantes ya sabían que tenían el VIH y el resto –el 95% (57)– se realizó la prueba de confirmación. De estos, se detectaron 3 falsos positivos y de los 54 reactivos confirmados, el 85,2% fueron derivados a una unidad de VIH.

Cabe destacar que el 16,9% de los participantes no se habían realizado nunca antes la prueba y que el 19,5% residían en ciuda-

des pequeñas o en pueblos con menos de 50.000 habitantes. Estos resultados demuestran que esta intervención resulta viable, con una elevada rentabilidad por parte de los usuarios, y efectiva, dadas las elevadas tasas de reactividad, confirmación de los resultados y vinculación de los casos positivos al sistema sanitario. Téstate se ha mostrado como una herramienta adecuada de cribado periódico para aquellos hombres GBHSH que se consideran en riesgo de infección, con un 50,6% de los participantes que se realizaron la prueba más de una vez dentro del proyecto. Entre estos casos de repetidores de la prueba se detectaron 14 casos incidentes.

Servicio FastTest

Se trata de un servicio que utiliza la tecnología del autotest para ampliar la oferta del cribado del VIH. El servicio *FastTest* lo implementa la entidad comunitaria Terrence Higgins Trust en Reino Unido. Consiste en el envío del autotest del VIH a la persona que lo solicita para que ella misma puede realizarse la prueba en su domicilio y tiene un coste de 15 euros para el usuario. Se ofrece una línea telefónica de ayuda para la realización del test y para la lectura del resultado. Alrededor del 60% comunican sus resultados, por lo que se sabe que el porcentaje de reactividad es del 0,63%.

Porcentajes de reactividad de las estrategias alternativas de cribado

Los porcentajes de reactividad a la prueba del VIH en las estrategias alternativas al cri-

Los retos de vivir con el VIH en el 2020

Jornadas de Formación ViiV

LA PRUEBA DEL VIH EN EL ENTORNO COMUNITARIO: ¿QUÉ POBLACIONES Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN NO ESTAMOS ALCANZANDO?

bado evidencian cómo la reactividad aumenta a medida que la intervención se dirige a poblaciones específicas en situación de alto riesgo de infección, llegando al máximo

porcentaje (9,2%) de resultados positivos en el programa de saunas dirigido a hombres GBHSH (véase **Tabla 1**).

Porcentaje de reactividad	Población	Dispositivo/ Espacio alternativo
9,2%	Hombres GBHSH	Saunas gais (2007-2015)
7,9%	Hombres cis y mujeres trans TS	Proyecto <i>Sweetie</i> (2017-2018)
3,44%	Hombres GBHSH	Téstate (2018-2019)
2,7% (3,4% en GBHSH)	Hombres GBHSH y personas TS	<i>Swab2know</i> (2016-2017)
1,3%	8,38%: Mujeres TS	Centros comunitarios (2019)
	6,86%: Hombres TS	
	2,86%: Personas UDI	
	2,04%: Hombres GBHSH	
1,3%	Hombres GBHSH	Apps (2016)
0,95%	Población general	Farmacias (2009-2019)
0,66%	Población general	Atención primaria (2016)
0,45%	Población general	Laboratorios (2019)

4. CONCLUSIONES

Las estrategias de realización de pruebas del VIH en el entorno comunitario resultan eficaces y pueden contribuir a mejorar las tasas de diagnóstico precoz en poblaciones clave. Además del número absoluto de pruebas realizadas, resulta también evidente que los servicios de cribado comunitario alcanzan mayor rendimiento cuando están dirigidos a poblaciones en situación de mayor riesgo y se efectúan en el contexto de programas de acercamiento. Es importante diversificar la oferta y los lugares donde se ofrece la prueba

del VIH y hay que mejorar la efectividad del cribado para identificar los subgrupos de población en situación de mayor riesgo de infección.

Todo esto refuerza la idea de que es necesario implementar enfoques innovadores que promuevan un mayor acceso a la prueba del VIH y que estén dirigidos a las poblaciones ocultas, es decir, aquellas a las que no se ha conseguido acceder a través de las estrategias y programas convencionales.

Los retos de vivir con el VIH en el 2020

Jornadas de Formación ViiV

PREGUNTAS A LOS/LAS EXPERTOS/AS

COORDINADORA: MARÍA JOSÉ FUSTER DE APODACA

DIRECTORA EJECUTIVA DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA INTERDISCIPLINARIA DEL SIDA
(SEISIDA)



AUMENTO DE PESO Y VIH: ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DESDE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN

¿Cuál es la mayor preocupación de la comunidad en relación con la ganancia de peso y el VIH?

- Sobrepeso
- Efecto del tratamiento antirretroviral
- Desarrollo de comorbilidades
- No es una preocupación en este momento

La audiencia mostró su preocupación por el desarrollo de comorbilidades (hipercolesterolemia, hipertensión, diabetes, etc.) asociadas al aumento de peso en las personas con el VIH, preocupación que comparte el ponente, debido especialmente a su efecto sobre el sistema cardiovascular. Por este motivo, destaca la necesidad de actuar para corregir el sobrepeso y así prevenir estos posibles problemas.

También se preguntó al ponente sobre el efecto del propio VIH sobre la ganancia de peso. Según el Dr. Pere Domingo, la infección provoca un efecto justamente contrario –pérdida de peso y reducción de masa muscular y grasa corporal– debido al aumento del gasto calórico (efecto catabólico) y precisamente el tratamiento se asocia a ganancia de peso, debido al ‘retorno a la salud’ por la disminución de ese efecto catabólico causado por el virus.

A pesar de ello, el ponente mostró su escepticismo respecto al papel de los antirretro-

**Los retos de vivir
con el VIH en el 2020**

Jornadas de Formación ViiV

PREGUNTAS A LOS/LAS EXPERTOS/AS

virales en el sobrepeso de las personas con el VIH, destacando que su índice de masa corporal es similar al de la población general, según los resultados de los estudios presentados, lo que a su juicio demuestra la exposición generalizada a distintos factores obesogénicos.

Del mismo modo, tampoco parecen existir pruebas que demuestren el efecto de los inhibidores de la integrasa sobre el hipotálamo (órgano que regularía el equilibrio energético del organismo) y, aunque un estudio francés encontró que estos fármacos tenían un efecto directo sobre el crecimiento de los adipocitos, en otros ensayos no se observó dicha relación.

Respecto a las medidas para perder peso, se apuntó que las medidas higiénico-dietéticas pueden tener un impacto, aunque este es menor con la edad (especialmente en los hombres); pero se reconoció la dificultad para reducir la grasa intraabdominal (que es proinflamatoria) con estas intervenciones y, además, no existen ejemplos de abdominoplastia para reducirla de forma quirúrgica (de modo similar a lo que se hace en la liposucción).

También se preguntó sobre las opciones para determinadas poblaciones en situación de vulnerabilidad social y precariedad, que pueden tener dificultades para seguir los consejos de alimentación saludable. Es una problemática que no suele tratarse en la consulta y el único recurso institucional disponible sería la derivación a la asistencia social, en caso de que se detecte la necesidad. Del mismo modo, el impacto físico y psicológico que puede tener el aumento de peso justi-

ficaría la inclusión de un nutricionista dentro del equipo que atiende de forma rutinaria a las personas con el VIH en los hospitales.

EXPERIENCIA EMOCIONAL DE LA PERSONA QUE VIVE CON EL VIH

¿Qué intervenciones que tengan como objetivo mejorar el estado emocional de las personas con el VIH son más frecuentes en tu ámbito de trabajo?

- Intervenciones de pares
- Grupos de autoayuda
- Mentores virtuales
- Atención psicológica

Entre las organizaciones participantes, la intervención más habitual para mejorar el estado emocional de las personas con el VIH eran las basadas en pares. Esta respuesta fue valorada positivamente por la ponente destacando su utilidad y que, en la mayoría de las ocasiones, las personas con el VIH no van a necesitar intervenciones más específicas que estas.

En cualquier caso, en el tema del estigma y autoestigma (por ejemplo, debido a los cambios físicos que en ocasiones se experimentan) apuesta por un enfoque mixto, con terapia psicológica individual para tratar los aspectos traumáticos personales subyacentes, junto con un apoyo en intervenciones de grupo o pares para el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas. También se destacó la necesidad de realizar interven-

PREGUNTAS A LOS/LAS EXPERTOS/AS

ciones educativas en la población general (incluyendo acciones en las escuelas) para evitar que se produzcan conductas de exclusión hacia las personas con el VIH.

Respecto a la diferencia de género a la hora de aceptar el diagnóstico, la ponente destacó que, aunque no hay estudios específicos, se observa un mayor grado de trastornos emocionales y aislamiento social entre las mujeres con el VIH, probablemente como consecuencia del estigma percibido, lo que se traduce en una mayor reticencia para acudir a intervenciones en el entorno comunitario.

En cuanto a las intervenciones virtuales, se reconoció la existencia de una brecha digital que aumenta la vulnerabilidad de determinadas poblaciones y la ponente mostró su preferencia por las intervenciones presenciales, aunque reconoció que las primeras también ofrecen ventajas, especialmente en personas en zonas rurales, con pocos recursos comunitarios y donde puede resultar más difícil mantener el anonimato, por lo que es interesante buscar fórmulas mixtas que permitan a las organizaciones realizar ambos tipos de intervenciones.

LA PRUEBA DEL VIH DESDE EL ENTORNO COMUNITARIO: ¿QUÉ POBLACIONES Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN NO ESTAMOS ALCANZADO?

¿Qué estrategia de cribado crees que facilitaría la consecución eficaz del primer 90??

- Programas comunitarios dirigidos a poblaciones específicas
- Actividades de acercamiento (*outreach*)
- Automuestreo
- Autotest

La audiencia consideró que la mejor estrategia de cribado para alcanzar el primer 90 (que el 90% de las personas con el VIH conozcan su diagnóstico) sería la realización de programas comunitarios dirigidos a poblaciones específicas. La ponente puntualizó que las distintas estrategias posibles no deben verse como mutuamente excluyentes, sino complementarias entre sí. Además, también se destacó la importancia de la colaboración de la administración o los centros de investigación con el entorno comunitario, potenciándose así los puntos fuertes de cada ámbito. Sin embargo, respecto a este punto, se observa una gran diferencia entre las distintas comunidades autónomas, pero se espera que las iniciativas exitosas sirvan para extender este modelo a todo el país.

Otro tema tratado fue las implicaciones regulatorias que tendría el envío de muestras

PREGUNTAS A LOS/LAS
EXPERTOS/AS

para el análisis fuera de los proyectos de investigación, algo que la ponente consideró más fácil de conseguir en el caso de muestras de saliva; pero que, en todo caso, es un tema no resuelto y que debería garantizarse legalmente para poder llevar a cabo estos programas tan exitosos dentro del ámbito institucional. En este sentido, la pandemia de COVID-19 (que ha supuesto una caída del número de pruebas del VIH del 50% en entornos comunitarios) ha hecho que muchos centros de investigación europeos buscasen alternativas de realización de *test* a domicilio, y podría aprovecharse esta oportunidad para impulsar este tipo de estrategias.

Del mismo modo, el éxito de estas intervenciones de cribado comunitario del VIH en algunos lugares ha llevado a pensar la posibilidad de ampliar estos servicios para otras ITS, pero se reconoce que no todos los centros comunitarios disponen de los recursos necesarios para ello.

Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH

c/ Avinyó 44, tercera planta, 08002-Barcelona, España

c/ Gandía 1, local 9A, 28007-Madrid, España

info@gtt-vih.org / madrid@gtt-vih.org

www.gtt-vih.org

El Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH) es una organización no gubernamental con sede en Barcelona y Madrid (España) y declarada Entidad de Utilidad Pública. Se puede contactar con gTt-VIH llamando al +34 932 080 845 (Barcelona), +34 683 280 312 o escribiendo a info@gtt-vih.org.

Para más información: **www.gtt-vih.org**.

Los materiales elaborados por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH) no tienen copyright. Nuestros contenidos y materiales se someten a la licencia CC BY-NC-SA 2.5 ES de Creative Commons según la cual se puede compartir y adaptar el material siempre que se reconozca la autoría y se indique si se han realizado cambios; siempre que no se utilice para una finalidad comercial; y siempre que, si se remezcla, transforma o crea a partir del material, se difunde el producto resultante bajo la misma licencia que el original.

