



---

**Universidad de Valladolid**



**Universidad de Valladolid**

Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
de Soria

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

**La estigmatización social y la atención enfermera en  
pacientes con VIH. Revisión bibliográfica**

Álvaro Benedit Bonilla

Tutelado por: Isabel Carrero Ayuso

Soria, 27 de mayo 2020



## RESUMEN

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ataca al sistema inmune de las personas debilitando las defensas contra infecciones y determinados tipos de cáncer. La enfermedad, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), destruye células inmunitarias impidiendo el funcionamiento normal del sistema inmune, función que se puede valorar gracias a los linfocitos CD4. El VIH puede transmitirse a través de sangre, semen, líquido preseminal, leche materna, secreciones rectales y secreciones vaginales.

Todavía no existe cura para el SIDA, pero, gracias a las investigaciones científicas, existen medicamentos que reducen la concentración de VIH en sangre, y cuanto menor sea esta hay mayor posibilidad de recuperar el sistema inmune y combatir otras enfermedades.

El objetivo de este trabajo es determinar los cuidados que pueden ofrecer los profesionales de Enfermería para luchar contra el VIH/SIDA, especificando el importante papel que tienen en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, además del asesoramiento y el apoyo psicológico a los afectados.

Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica, mediante la cual se han seleccionado páginas oficiales, libros y artículos sobre el tema estudiado.

Los resultados muestran que las personas con SIDA tienen una situación difícil de afrontar, a causa de las repercusiones físicas de la enfermedad, pero también del estigma y la discriminación a los que se enfrentan. Este enfrentamiento podría determinar, bien que se promuevan el cambio interno y la adaptación al nuevo estilo de vida, bien que se experimente una fase de negación de la enfermedad y una tendencia al aislamiento social. El profesional de Enfermería debe tener los conocimientos suficientes sobre la enfermedad, favorecer la adherencia terapéutica y proporcionar asesoramiento y apoyo psicológico, además de detectar y resolver los problemas de salud.

Se concluye que los profesionales de Enfermería deben proporcionar una asistencia que fomente la aceptación de la enfermedad e impulse a una efectiva adherencia al tratamiento y a la capacitación para el autocuidado. Además, deberían tener las capacidades y los conocimientos suficientes para asesorar y apoyar psicológicamente a estos pacientes, debido a que, aunque se haya reducido con el paso del tiempo, todavía sufren discriminación.

**Palabras clave:** "Enfermería", "VIH", "Cuidados", "Estigma"

## ÍNDICE

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	1
1.1 Aparición y definición de la enfermedad .....	1
1.2 Mecanismo de acción del VIH .....	2
1.3 Vías de transmisión del VIH/SIDA .....	3
1.4 Epidemiología.....	4
1.5 Diagnóstico y fases de la enfermedad .....	5
1.6 Tratamiento de la enfermedad .....	6
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	7
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	8
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	8
<b>5. DESARROLLO DEL TEMA</b> .....	11
5.1 Síntomas que provoca la infección con VIH .....	11
5.2 Estigma del VIH e impacto psicosocial .....	12
5.3 Papel de Enfermería en pacientes con VIH .....	14
<b>6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA</b> .....	18
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	21
<b>8. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	23
<b>ANEXOS</b> .....	A
ANEXO I. MEDICAMENTOS CONTRA EL VIH AUTORIZADOS POR LA FDA .....	A
ANEXO II. PROCESO DEL ESTIGMA .....	A

## ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

### TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Nuevos diagnósticos de infección por el VIH a nivel nacional (2010-2017).....	4
<b>Tabla 2.</b> Estrategia de búsqueda por bases de datos.....	9

### FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Estructura del VIH.....	2
<b>Figura 2.</b> Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica.....	8
<b>Figura 3.</b> Proceso del estigma.....	13

## LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

<b>CC. AA.:</b>	Comunidades Autónomas
<b>CCR5:</b>	receptor tipo 5 de quimiocinas C-C
<b>CDC:</b>	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de EE. UU.
<b>CESIDA:</b>	Coordinadora Estatal de VIH y SIDA
<b>CXCR4:</b>	receptor tipo 4 de quimiocinas C-X-C
<b>EPOC:</b>	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
<b>FDA:</b>	Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
<b>HHS:</b>	Departamento de Salud y Servicios Sociales de EE. UU.
<b>IP:</b>	Inhibidores de la proteasa
<b>ITIN:</b>	Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos
<b>ITINN:</b>	Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos
<b>MSCBS:</b>	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
<b>NF-kB:</b>	Factor nuclear kappa-beta
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>ONG:</b>	Organización no gubernamental
<b>ONUSIDA:</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
<b>PrEP:</b>	Profilaxis preexposición
<b>SIDA:</b>	Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida
<b>TAR:</b>	Tratamiento/s antirretroviral/es
<b>VIH:</b>	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

## 1. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Aparición y definición de la enfermedad

A finales de 1970 se detectaron varios casos de una enfermedad rara caracterizados por infecciones de *Candida albicans* acompañadas de erupciones cutáneas propias del sarcoma de Kaposi y de una neumonía provocada por el hongo patógeno *Pneumocystis carinii*. También se observaban daños neurológicos y disminución, o ausencia, de la función inmune. Los casos surgieron dispersos por diferentes lugares como Portugal, Francia, Haití y Estados Unidos y, quizás por esta razón, al principio no se tuvieron mucho en cuenta<sup>1</sup>.

El 5 de junio de 1981, Gottlieb, Siegal y Masur presentaron en Los Ángeles cinco casos de personas jóvenes homosexuales que presentaban un sistema inmunológico dañado, neumonía por *Pneumocystis carinii*, candidiasis y, además, sarcoma de Kaposi. Estos autores relacionaron estas manifestaciones con una modificación celular adquirida no conocida hasta entonces y lo indicaron así al descubrir que existía la ausencia de población de linfocitos T cooperadores (linfocitos T<sub>CD4</sub>)<sup>1</sup>.

Tras conocerse los primeros casos en la población homosexual, aunque también se detectaron casos en niños, en mujeres y en población heterosexual, se pensó que la forma de vida homosexual estaba relacionada con la enfermedad, denominándose “Gay Cancer”, “peste rosa” o “peste gay”, denominaciones rechazadas años después cuando se comprobó que aparecían nuevos diagnosticados en algunas personas que habían recibido transfusiones sanguíneas y hemoderivados, o en otras que compartían agujas al inyectarse droga. También aparecieron casos en la población general, sospechándose que la enfermedad se transmitía a través de fluidos corporales, principalmente el semen y la sangre. Por todo esto, se llamó a esta patología la enfermedad de las “cuatro H”: por homosexuales, hemofílicos, heroinómanos y haitianos<sup>1</sup>.

En 1983, en París, Luc Antoine Montagnier consiguió aislar el virus asociado a esta inmunodeficiencia y descubrió que se trataba de un retrovirus, conocido como el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)<sup>1</sup>. Desde este momento se produjo un grave aislamiento social con aquellas personas que se contagiaban con ese virus debido al miedo a contraerlo y al desconocimiento que había sobre su forma de transmisión. A partir de entonces, la enfermedad fue extendiéndose por varios países y continentes, pudiéndose hablar de una grave epidemia que ha causado la muerte de más de 34 millones de personas desde entonces<sup>2</sup>.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Coordinadora estatal de VIH y SIDA (CESIDA), el VIH se define como “un retrovirus que ataca al sistema inmunitario de la persona infectada”, debilitando los sistemas de defensa contra infecciones y contra determinados tipos de cáncer. Cuando avanza la infección por el virus, se van destruyendo células inmunitarias lo que impide el funcionamiento normal del sistema inmunitario. Esta función se mide a través del recuento de linfocitos CD4, células encargadas de la producción de anticuerpos para evitar infecciones causadas por agentes externos<sup>2-4</sup>.

## 1.2 Mecanismo de acción del VIH

El VIH es un virus de la clase VI en el sistema de clasificación de Baltimore; pertenece a la familia *Retroviridae* y al género *Lentivirus*. Su genoma es ARN monocatenario positivo por lo que su secuencia es como la del ARNm que producirá. Su cápside, troncocónica, está rodeada por una envoltura que es una bicapa lipídica con proteínas propias, algunas de las cuales son glucoproteínas. El virus contiene enzimas propias entre las que se incluyen una transcriptasa inversa (que sintetiza ADN tomando como molde el ARN viral), una integrasa (que integra en el genoma humano el ADN producido por la transcriptasa inversa) y una proteasa<sup>5</sup>. En la Figura 1 se ven detalles de la estructura del virus.

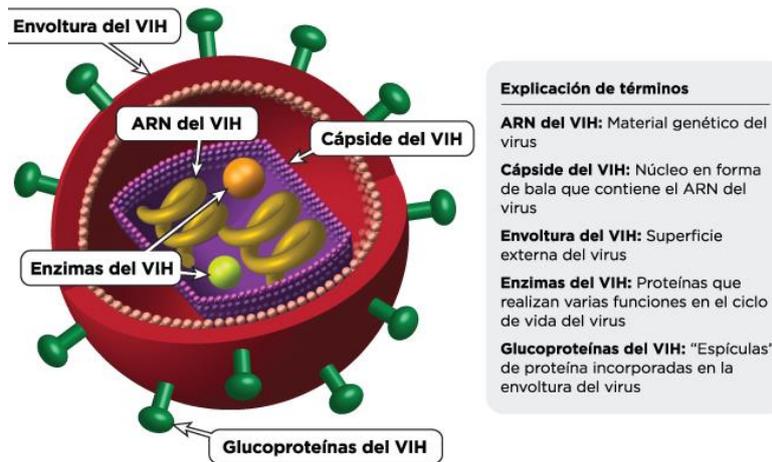


FIGURA 1. Estructura del VIH<sup>8</sup>.

Las células que invade el VIH son principalmente los linfocitos T (CD4+) y, en menor medida, otras células como: células dendríticas, macrófagos, células de Langerhans y células de la microglía cerebral<sup>5</sup>.

Se conocen dos tipos de VIH que comparten aspectos clínicos y epidemiológicos, pero con diferencias en su distribución geográfica. El VIH-1 se extiende por América, África central y Europa, y es más virulento y frecuente; el VIH-2 se da más en África occidental y es raro en Europa y Brasil. A su vez, ambos tipos incluyen grupos y subgrupos<sup>1,5</sup>.

El ciclo de vida del VIH incluye siete etapas, las cuales son: fijación, fusión, transcripción inversa, integración, multiplicación, ensamblaje y gemación<sup>6-8</sup>.

El virus se introduce en la célula gracias al receptor CD4 y a los correceptores CCR5 (receptor tipo 5 de quimiocinas C-C) y CXCR4 (receptor tipo 4 de quimiocinas C-X-C). Estos receptores contienen lectinas, cuya unión al VIH favorece la infección de los linfocitos circulantes. La interacción inicial se realiza entre la glucoproteína de envoltura gp120 y el receptor CD4 lo que provoca cambios conformacionales que facilitan la infección; la segunda interacción modifica la estructura de otra glucoproteína, la gp41, y esto permite la fusión de las membranas viral y celular. Tras la fusión de las dos membranas se producen la internalización de la nucleocápside y la decapsidación del genoma vírico.

Mediante retrotranscripción, se sintetiza ADN a partir del ARN viral gracias al complejo enzimático de la transcriptasa inversa. Este proceso se produce de manera incompleta en los linfocitos que están en reposo, por lo que es necesario activar la célula infectada para finalizar el proceso. El ADN sintetizado se une a factores celulares y virales constituyendo el complejo de

preintegración, el cual se traslada al núcleo, donde el ADN se integra en el genoma del hospedador, formándose la forma proviral del VIH. Cada célula que ha sido infectada contiene unas 3-4 copias de ADN proviral<sup>9</sup>. Tras este proceso de integración, se sintetizan cadenas largas de proteínas del VIH, las cuales se ensamblarán para producir nuevas partículas del VIH<sup>6</sup>.

Tras producirse la integración, puede mantenerse latente el VIH, replicarse de manera controlada o provocar una replicación masiva. La replicación empieza con la transcripción del genoma viral. La iniciación de la transcripción, parte inicial, necesita factores celulares y se produce en ausencia de proteínas virales. El factor nuclear kappa-beta (NF-kB), una familia de factores de transcripción, constituye el principal factor celular que interviene en el paso de la fase de latencia viral a la de reactivación. Este factor no se encuentra de forma activa en los linfocitos CD4 en estado de reposo; es inducido en el avance de los procesos de activación inmunológica, relacionándose así la replicación del VIH con el estado de activación de los linfocitos infectados<sup>6-7</sup>.

En la etapa de ensamblaje, las proteínas producidas por el linfocito CD4 y el ARN del virus se desplazan a la superficie celular, ensamblándose en un VIH inmaduro, es decir, no infeccioso. Y, por último, en la etapa de gemación, este VIH inmaduro sale de la célula huésped por gemación y libera proteasa, enzima que fragmenta cadenas de proteínas presentes en el VIH inmaduro (por ejemplo, la gp160 se fragmenta en las citadas gp120 y gp41), formándose el VIH maduro, o infeccioso<sup>6-8</sup>.

### **1.3 Vías de transmisión del VIH/SIDA**

El VIH se puede transmitir de una persona seropositiva a otra persona no seropositiva a través de varias vías: sangre, semen, líquido preseminal, secreciones rectales, secreciones vaginales y leche materna. Solo se puede propagar cuando estos fluidos entran en contacto con la mucosa o algún tejido lesionado o a través de la inyección de algún objeto punzante que entre en contacto directamente con la sangre<sup>1,2,4,6</sup>. No hay contagio a través de la saliva, por lo que una persona no se puede contagiar por besarse con otra persona seropositiva (en este caso, solo habría algún riesgo si las dos personas tuvieran llagas o heridas bucales y se produjera entrada de sangre de la persona VIH positiva en la VIH negativa<sup>9</sup>), ni, por supuesto, al darse abrazos o apretones de mano o cuando se comparten comida o agua<sup>6</sup>.

Por otro lado, es posible la transmisión del virus de una mujer seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o con la lactancia materna. La probabilidad de esta transmisión depende mucho de la carga viral que tenga la madre y si está con TAR (tratamiento antirretroviral)<sup>4,6</sup>. La probabilidad de contagiar al niño antes y durante el parto está entre un 15 y un 30 %<sup>4</sup>.

Respecto a las relaciones sexuales, esta vía es considerada la de mayor riesgo de contagio, ya que la mayoría de las personas contraen la enfermedad a través del sexo<sup>10</sup>. El VIH tiene gran posibilidad de transmisión a través de la penetración sin protección<sup>1-4,6</sup>. Sin embargo, la penetración vaginal tiene menor riesgo de infección respecto a la penetración anal y el sexo oral es una actividad sexual con un riesgo mínimo de transmisión<sup>4,6</sup>.

Otra vía importante, y que constituye una forma muy eficiente en la transmisión de esta enfermedad, es la inyección de drogas a través del uso de las mismas agujas y jeringa, o compartiéndolas con otras personas<sup>2,4,6</sup>. Esta vía es un punto fundamental que deben tener en

cuenta los profesionales sanitarios, por lo que tienen que cumplir las precauciones para no contraer la enfermedad.

En todos los casos, no tomar TAR o los medicamentos que previenen el VIH, conocidos como medicamentos de profilaxis preexposición (PrEP), aumenta claramente el riesgo de transmisión<sup>6</sup>.

#### **1.4 Epidemiología**

Desde que se dieron los primeros casos en 1981, se ha ido incrementando esta enfermedad a nivel mundial<sup>1</sup>. Desde su aparición, el VIH/SIDA se ha cobrado millones de muertes en todo el mundo, pero la forma de abordar la enfermedad ha ido cambiando a lo largo del tiempo, pasando de ser una enfermedad mortal y desconocida a ser una enfermedad crónica controlada mediante TAR<sup>1-4,11</sup>. También se ha conseguido un gran logro a lo largo de estos años, la disminución de las repercusiones sociales y del impacto social, sobre todo en la estigmatización que conlleva el VIH<sup>5</sup>.

A continuación, se dan algunos datos sobre la prevalencia de VIH tanto a nivel mundial como en España, para valorar, así, la importancia de la enfermedad y la situación actual en cuanto a su posible contagio. En la Tabla 1 se dan los datos de la evolución de los diagnósticos por comunidades autónomas (CC. AA.) desde 2010 hasta 2017, datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) de España<sup>10,12</sup>.

**TABLA 1. Nuevos diagnósticos de infección por el VIH a nivel nacional (2010-2017)<sup>10</sup>.**

<b>CC. AA.</b>	<b>2010</b>	<b>2014</b>	<b>2017</b>
<i>Andalucía</i>	-	714	574
<i>Aragón</i>	119	102	112
<i>Asturias</i>	108	73	82
<i>Baleares</i>	185	138	163
<i>C. Valenciana</i>	-	350	480
<i>Canarias</i>	270	373	300
<i>Cantabria</i>	58	35	4
<i>Castilla la Mancha</i>	112	81	70
<i>Castilla y León</i>	141	116	91
<i>Cataluña</i>	871	695	578
<i>Ceuta</i>	1	9	1
<i>Extremadura</i>	53	44	42
<i>Galicia</i>	173	185	104
<i>La Rioja</i>	29	13	10
<i>Madrid</i>	1408	1178	445
<i>Melilla</i>	1	0	2
<i>Murcia</i>	126	92	114
<i>Navarra</i>	40	49	40
<i>País Vasco</i>	197	155	133
<b>Total</b>	<b>3892</b>	<b>4402</b>	<b>3381</b>

Según la vigilancia epidemiológica del VIH y SIDA en España reflejada en los datos anteriores del MSCBS, en el año 2017 se diagnosticaron 3381 nuevos casos de VIH, siendo un 84,6 % de las personas afectadas del sexo masculino y de los cuales un 54,3 % eran hombres que tenían sexo con hombres. Además, un 47,8 % de las personas diagnosticadas presentaba un diagnóstico tardío. La edad media de los nuevos diagnosticados era de 35 años, siendo menor en el caso de los hombres. En la Tabla 1 se puede ver que de 2010 a 2014 se produjo un aumento de contagios pero que a partir del 2014 se redujeron los niveles de transmisión de la enfermedad<sup>10</sup>.

A nivel mundial, y según los datos de ONUSIDA, en el 2018 se diagnosticaron 1,7 millones personas nuevas con VIH y 770 000 afectados fallecieron por enfermedades relacionadas con el SIDA. Además, 37,9 millones de personas tenían el VIH. Desde el inicio de la epidemia, se han detectado 74,9 millones de personas con esta enfermedad y 32 millones han fallecido debido a enfermedades relacionadas con el SIDA<sup>4</sup>.

### **1.5 Diagnóstico y fases de la enfermedad**

El VIH se diagnostica a través de una prueba serológica<sup>2</sup>. Se utilizan tres tipos de pruebas para diagnosticar esta enfermedad. Cada una de ellas tiene un periodo silente distinto que la INFOSIDA (página web para información sobre el SIDA del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.) define como “periodo de tiempo transcurrido entre el momento de la posible exposición de una persona al VIH y el momento en que una prueba permite detectar con exactitud la infección por ese virus”<sup>4,6</sup>:

- Pruebas de anticuerpos: determinan si existen anticuerpos contra el VIH en la sangre o en secreciones bucales.
- Pruebas de antígenos y anticuerpos: comprueban la existencia de antígenos (una parte del virus) y de anticuerpos contra el VIH en sangre.
- Pruebas de ácido nucleico: analizan la presencia del VIH en sangre mediante la detección de su ARN o del ADN producido en los glóbulos blancos infectados.

Antes de realizarse la prueba, es recomendable una espera de 3 meses tras la posible exposición<sup>4</sup>, pero los anticuerpos son detectables a partir de los 28 días<sup>2</sup>. La mayoría de las pruebas rápidas, que se hacen en lugares que proporcionan gratuitamente esta prueba, son las de anticuerpos<sup>4,6</sup>.

La prueba se puede realizar en consultas de médicos privados, en hospitales, clínicas de planificación familiar y en lugares públicos que ofrecen la prueba rápida<sup>4</sup>.

Si no se trata la enfermedad, progresa y evoluciona, pasando de una fase a otra, y se agrava con el paso del tiempo. En la infección por el VIH se encuentran tres fases<sup>6</sup>:

- Infección aguda por el VIH: es la fase precoz; se manifiesta entre 2 y 4 semanas tras el contagio. En esta etapa, aparecen síntomas parecidos a los de la gripe, como, por ejemplo, dolor de cabeza, fiebre, erupción cutánea y, además, el virus se duplica vertiginosamente y se propaga por todo el cuerpo, alcanzando una concentración muy elevada en la sangre, lo cual intensifica la transmisión del virus. En esta etapa se debe empezar con el TAR.
- Infección crónica por el VIH: en esta etapa, el virus continúa replicándose, pero en bajas concentraciones. Las personas que estén en esta etapa, es probable que no tengan

ningún síntoma asociado al VIH. Aquí se encuentran aquellas personas que toman TAR, pero que todavía pueden transmitir la enfermedad (aunque si permanecen con una carga viral indetectable, no pueden transmitirlo a su pareja VIH negativa por relaciones sexuales).

- SIDA: es la fase más grave, ya que hay ausencia total de función inmunitaria debido a que ha sido destruida por el virus. Las personas que tengan un recuento de linfocitos CD4 inferior a 200/mm<sup>3</sup> son diagnosticadas de SIDA. En esta etapa, es tremendamente fácil transmitir y contagiar la enfermedad, y si no se utiliza TAR, hay una esperanza de vida de unos 3 años.

Gracias a los TAR se puede evitar o retrasar la evolución del VIH, es decir, el paso de una etapa a otra<sup>2-4, 6, 11, 12</sup>.

### **1.6 Tratamiento de la enfermedad**

El VIH puede llegar a suprimirse a través de TAR, medicamentos compuestos por tres o más fármacos antirretrovirales cuya función es inhibir la replicación del virus, reduciendo la carga viral, y permitir que el sistema inmunitario tenga capacidad para combatir infecciones<sup>2,3,6</sup>.

Hoy en día no existe cura, pero gracias a esos medicamentos se reduce la concentración del VIH, y cuanto menor sea esta concentración, el sistema inmune tiene una mayor posibilidad de recuperarse y es suficientemente fuerte para combatir enfermedades<sup>3,6</sup>.

Al reducir la concentración del VIH en sangre, los TAR disminuyen su transmisión, y esto puede conseguirse cuando la carga viral se encuentre a una concentración indetectable. La carga viral indetectable se consigue cuando este valor es demasiado bajo respecto al límite de detección de la prueba del VIH<sup>6</sup>. Además, cuando una persona tiene carga viral indetectable no tiene riesgo de transmitir la enfermedad a una persona VIH negativa a través del sexo<sup>3,6</sup>.

Hoy en día existen medicamentos para el tratamiento del VIH, los cuales están agrupados en siete clases<sup>6</sup>:

- Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (ITIN): bloquean la acción de la transcriptasa inversa, enzima necesaria para que el VIH se reproduzca, compitiendo, una vez fosforilados, con los nucleótidos naturales que permiten la síntesis de ADN.
- Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINN): estos medicamentos se unen a la enzima de forma no competitiva y alteran su actividad.
- Inhibidores de la proteasa (IP): bloquean la proteasa, otra enzima que necesita el VIH para reproducirse.
- Inhibidores de la fusión: impiden que el VIH entre en las células CD4 del sistema inmune.
- Antagonistas de CCR5: bloquean los correceptores de CCR5 de la superficie de las células CD4, ya que gracias a ellos el virus puede penetrar la célula.
- Inhibidores de posfijación: bloquean los receptores de CD4 de algunos inmunocitos para evitar la penetración del virus en las células.
- Inhibidores de la transferencia de cadenas de la integrasa: bloquean otra enzima del virus que este necesita para reproducirse, la integrasa.

La selección del antirretroviral depende de muchos factores, incluyendo los posibles efectos secundarios y las interacciones medicamentosas. La mayoría de los efectos secundarios

son: dolores de cabeza, mareo ocasional, inflamación de la garganta y la lengua, o lesión en el hígado, pero gracias a la gran evolución de los medicamentos, las personas tienen una menor probabilidad de poder experimentar estos efectos secundarios<sup>6</sup>.

Gracias a estos fármacos y a la posibilidad de tratar la enfermedad lo antes posible, la esperanza de vida de los pacientes infectados cada vez es mayor<sup>3</sup>.

En el ANEXO I se pueden observar los diferentes medicamentos recomendados para el tratamiento del VIH en los Estados Unidos basados en guías clínicas del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) y, todos ellos, aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos. Además, aparece la clase de medicamento con el nombre genérico y la marca comercial<sup>6</sup>.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Desde el inicio de la historia hasta la actualidad, la especie humana se ha enfrentado a numerosas plagas que se han cobrado la vida de millones de personas, lo que, según el momento, ha tenido una gran repercusión social. Hoy en día, una de las “plagas” a las que se enfrenta la humanidad es el SIDA.

La infección por VIH es una enfermedad que desde 1981 ha provocado millones de muertes, extendiéndose mundialmente a través de todas las vías de transmisión posibles. En su inicio, fue una enfermedad que suscitaba mucho temor, porque se desconocían sus causas y su modo de transmisión, llegando, por ello, a provocar una gran exclusión social para aquellas personas que la padecían.

Gracias a la investigación, se han podido descubrir las vías de transmisión del VIH. Además, se ha podido conseguir que esta enfermedad no sea mortal, convirtiéndose en una enfermedad crónica con la que se puede vivir medicándose con los TAR, que provocan la disminución de la carga viral y hacen que esta llegue a ser indetectable y, muy importante, menos transmisible.

Por las muertes que ha provocado, el SIDA es una enfermedad muy temida y produce, en muchos casos, sentimientos negativos y discriminatorios hacia las personas que la padecen por lo que estas necesitan un gran apoyo psicológico y social. Hay que conseguir eliminar ese tabú que tanto perjudica a los afectados. Para ello, se debe hablar más de esta enfermedad para acabar con la falta de información y con ideas erróneas y así conseguir una disminución significativa de nuevos casos diagnosticados.

Durante el paso de los años, ha habido un descenso en el contagio de la enfermedad, pero, como se ha visto en los datos de los estudios epidemiológicos, siguen apareciendo muchísimos casos nuevos, debido, en gran mayoría, a que no se toman precauciones al tener relaciones sexuales. Esto hace que el SIDA siga siendo un gran problema de Salud Pública.

Actualmente, aún no se dispone de una cura definitiva para poder evitar y erradicar esta enfermedad, por lo que el profesional sanitario y, fundamentalmente el de Enfermería, tiene un papel muy importante tanto para aquellas personas con VIH, insistiendo en la promoción de la salud, como para aquellas que, aunque no padecen la enfermedad, deben saber cómo prevenirla.

Por otra parte, también hay que tener en cuenta que hoy en día sigue habiendo un rechazo social con aquellas personas con VIH, impidiéndoles ser ellas mismas y llevar una vida “normal”.

El VIH/SIDA sigue siendo una de las enfermedades de transmisión sexual más significativas en la población homosexual. Desde el punto de vista de la salud es un problema actual y a título particular, como ciudadano, pero, en mayor medida, como profesional de Enfermería que voy a ser, considero que es un tema muy interesante por lo que realizo este trabajo para poder llevar a cabo, en mi futuro profesional, una atención integral que incluya todos los cuidados necesarios en estos pacientes de forma correcta y adecuada.

### **3. OBJETIVOS**

Objetivo general:

- Determinar los cuidados que puede ofrecer para luchar contra el VIH/SIDA el personal de Enfermería.

Objetivos específicos:

- Profundizar en el conocimiento de los síntomas que provoca la infección con VIH.
- Describir el estigma que sufren aquellas personas que viven con el VIH.
- Especificar el importante papel de Enfermería frente a la promoción de la salud y la prevención de esa enfermedad.

### **4. METODOLOGÍA**

El trabajo propuesto y realizado es una revisión bibliográfica narrativa. Para su desarrollo, se realizó una primera búsqueda buscando información general sobre la enfermedad (concepto, historia, epidemiología, vías de transmisión, diagnóstico y fases) y así conseguir un primer contacto acudiendo a libros sobre el sistema inmune y enfermedades de transmisión sexual y a artículos que hablaban del origen de la enfermedad. A partir de esta búsqueda, la siguiente se centró en aspectos clínicos, estigma social, cuidados de Enfermería y tratamientos utilizados en pacientes con esta enfermedad.

Se realizó una primera búsqueda bibliografía entre noviembre y diciembre del 2019 y una segunda búsqueda en marzo del 2020 en diferentes bases de datos y fuentes bibliográficas que albergan trabajos reconocidos y con mayor rigor científico y entre las cuales se encuentran SciELO, Dialnet y PubMed-Medline. Para la búsqueda se utilizaron distintas palabras clave (VIH, enfermería, cuidados,...), según se muestra en la Tabla 2 y en la Figura 2, relacionadas con el operador booleano AND para conseguir así una búsqueda más específica.

También se consideró interesante y necesaria la búsqueda de información en páginas web oficiales que hablan del VIH y del SIDA, como ONUSIDA, INFOSIDA, CESIDA e INFOSIDA. Gracias a estas páginas oficiales, se ha dispuesto de información más relevante para llevar a cabo el trabajo. Igualmente, se utilizó un trabajo sobre la vigilancia epidemiológica del VIH realizado en 2017 por el MSCBS de España. Además, ha sido necesario utilizar un libro publicado en 2009 que habla sobre el VIH y los cuidados que el profesional de Enfermería debe realizar para llevar a cabo una atención integral de los pacientes que padecen VIH.

**TABLA 2. Estrategia de búsqueda por bases de datos.**

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	FILTROS	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS PRESELECCIONADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
SciELO	VIH AND enfermería AND cuidados	Últimos 10 años Área temática: Ciencias de la Salud Idiomas: inglés y español	35	12	7
	VIH AND estigma	Colección: España Últimos 10 años	8	3	1
Medline	<i>VIH AND Nursing AND Nursing care</i>	<i>Article types: review Free full text Dates: From 01/01/2017</i>	56	6	4
	<i>Intimacy AND Sexual Decision AND HIV positive</i>	Publication dates: 10 years	6	2	1
DIALNET	VIH AND enfermería AND cuidados	Artículos de revista	47	14	6
	VIH AND impacto psicosocial	Artículos de revista	11	3	3
<b>TOTAL</b>			163	40	<b>22</b>

Mediante el metabuscador del catálogo ALMENA, recurso electrónico del que dispone la Biblioteca de la Universidad de Valladolid, se ha podido llevar a cabo una búsqueda más eficiente en las bases de datos disponibles, consiguiéndose así los libros y artículos necesarios.

Además, para realizar una selección de artículos más eficiente, se aplicó una serie de criterios de inclusión y exclusión, los cuales fueron:

- Criterios de inclusión:
  - Los idiomas utilizados debían ser el español o el inglés,
  - Se seleccionaron aquellos artículos y libros que respondían a los objetivos del trabajo
  - Los artículos seleccionados debían haberse publicado en los últimos 10 años desde el momento en que se inició el trabajo (a partir del 2009). Excepcionalmente, también se seleccionó un artículo del 2004 y otro del 2008 por su gran interés en este estudio.
- Criterios de exclusión: de forma general, no cumplir los anteriores criterios de inclusión y, específicamente, no se tuvieron en cuenta para el trabajo aquellos artículos que aportaban información no relevante o información repetida.

En la Tabla 2 se han mostrado aquellos artículos que se seleccionaron cumpliendo los criterios de inclusión y el proceso global queda esquematizado en el diagrama de flujo de la Figura 2.

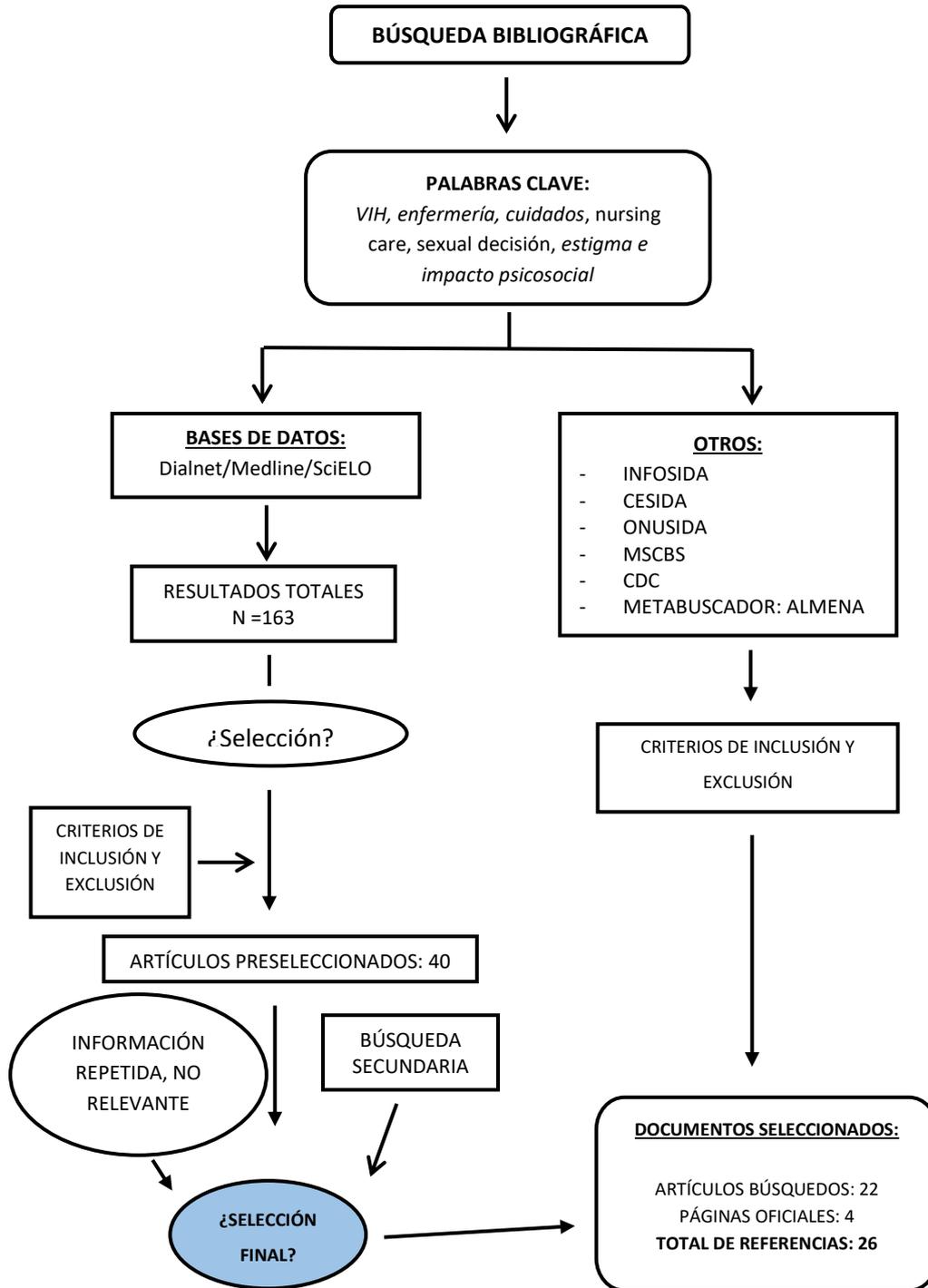


FIGURA 2. Diagrama de flujo de la búsqueda bibliográfica.

## **5. DESARROLLO DEL TEMA**

### **5.1 Síntomas que provoca la infección con VIH**

Según la OMS, en la infección con VIH no suele manifestarse ningún síntoma en las primeras semanas del contagio, pero a veces puede presentarse un cuadro seudogripal con fiebre, cefalea, erupciones y molestias en la garganta. Los síntomas que aparezcan dependerán de la etapa de infección del VIH en la que se encuentre la persona. A medida que avanza la enfermedad, va debilitándose el sistema inmune y pueden aparecer otros síntomas como son: inflamación de ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos; además, en las personas que no tengan tratamiento se pueden originar otras enfermedades graves como tuberculosis, meningitis criptocócica, bacteriemias o sarcoma de Kaposi<sup>2</sup>.

INFOSIDA comenta que los síntomas de la enfermedad pueden aparecer entre 2-4 semanas después de la infección, estos son fiebre, escalofríos o erupciones cutáneas. Posteriormente, pueden aparecer otros síntomas graves de la enfermedad, como son infecciones y algunos tipos de cáncer relacionados con estas infecciones, que son más peligrosas en aquellas personas con inmunodeficiencia<sup>6</sup>.

La información de los CDC (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades del HHS de EE. UU.) refiere que en la primera etapa de la infección algunas personas pueden no sentirse enfermas pero que aquellas que se sientan enfermas pueden manifestar fiebre, escalofríos, sarpullido, sudores nocturnos, mialgias, dolor de garganta, fatiga, inflamación de los ganglios linfáticos y úlceras en la boca, pudiendo durar estos síntomas desde pocos días a varias semanas. Sin embargo, no todas aquellas personas que presenten los síntomas indicados tienen el VIH, ya que cada uno de ellos puede ser provocado por otras enfermedades, pero, para salir de dudas, aconsejan hacerse la prueba del VIH, para descartar esta infección<sup>9</sup>.

En la revisión realizada por Tavera esta autora indica que, según los estudios realizados por Bastardo y Kimberlin en el año 2000, los síntomas más comunes del VIH en la población venezolana estudiada estaban relacionados con la función física (bañarse o vestirse), el rol físico (dificultades en el trabajo o actividades diarias por problemas físicos), la salud mental (nerviosismo y depresión), el dolor corporal, la salud general, la falta de vitalidad (cansancio o falta de energía), pero no estaban relacionados con el rol emocional (problemas en el trabajo y actividades diarias por problemas emocionales) y la función social (interferencia en las actividades sociales normales debido a problemas físicos o emocionales)<sup>11</sup>. De igual manera, según el estudio de Holzemer et al., en 2009, la población de Puerto Rico que aparecía en el estudio presentaba dolores musculares, fatiga, depresión, fatiga, temores y preocupaciones y dificultades en la concentración (citado por Tavera<sup>11</sup>).

Según un estudio realizado en Asunción (Paraguay) por Achucarro sobre calidad de vida y cuidados de Enfermería en pacientes con SIDA hospitalizados durante un periodo de tres meses, los síntomas más frecuentes fueron náuseas y vómitos, dificultad para comer y tragar, mareos y visión borrosa, lesiones en la piel y mucosa, pérdida de peso y cefaleas. En cuanto a enfermedades asociadas, las más frecuentes fueron el Síndrome de Wasting, anemia, neumonías, diarrea y deshidratación. Además, cabe destacar el agotamiento que manifestaron haber tenido los pacientes en las cuatro semanas previas al estudio<sup>12</sup>.

## **5.2 Estigma del VIH e impacto psicosocial**

Los CDC definen el estigma como las “actitudes y creencias negativas sobre las personas que viven con el VIH” y la discriminación como el “comportamiento que resulta de esas actitudes y creencias”, concretamente es la acción de tratar de forma distinta a las personas que tienen el VIH respecto a las personas que no lo tienen. El estigma se produce por la falta de información y la falta de conciencia, y, también, porque, a día de hoy, aún hay gente que piensa que con el VIH solo pueden afectarse ciertos grupos (como los homosexuales). Debido al estigma que se les asocia, muchas de las personas con esta infección desarrollan una imagen negativa de sí mismas e interiorizan que serán discriminadas, o juzgadas negativamente, si revelan su enfermedad. Además, hay personas que pueden referir sentimientos de miedo, vergüenza, aislamiento y desesperanza al revelar su enfermedad. Para disminuir el estigma se recomienda hablar abiertamente sobre el VIH, pero tratando de no provocar ningún efecto negativo en los demás, y buscar apoyo, ya que este es fundamental para que la persona infectada exprese cómo se siente<sup>9</sup>.

El CESIDA comenta que el estigma sobre el VIH proviene de las desigualdades sociales y de los estigmas preexistentes relacionados con la etnia, la sexualidad y los comportamientos de las diferentes culturas. En función de esto, la población afectada no tiene un trato digno y no percibe el respeto que merece, con lo que se vulneran sus derechos. El estigma del VIH engloba el miedo, la ignorancia, los tabúes relacionados con la sexualidad y los hábitos de vida y sobre el mecanismo de transmisión. Todo esto impide llevar a cabo de forma correcta la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. Las consecuencias que provoca el estigma son psicológicas como sentimientos de culpa, depresión, baja autoestima y denegación de servicios psicológicos<sup>3</sup>.

Muchas personas ocultan su enfermedad debido al miedo de sufrir estigma, pero lo primero que se debe hacer es concienciarse de la enfermedad y no sentirse culpable. No es obligatorio revelar la enfermedad; únicamente se aconseja hacerlo si se está preparado y, para ayudar a esto, existen los grupos de apoyo, para así poder estar en contacto con otras personas que padecen la misma enfermedad y compartir experiencias y asumir la enfermedad a través de varias vías. Otro apoyo para poder ayudar a disminuir el estigma es acudir a asociaciones que hablan sobre el VIH; además, estas cuentan con psicólogos que ayudarán en todo momento a los afectados a expresar sus pensamientos y sentimientos. Un aspecto muy importante es conocer todos los derechos y los mecanismos legales para la protección, así como para la denuncia en situación de discriminación<sup>3</sup>.

En un estudio realizado en EE. UU. por Zukoski y Thorburn en 2008, y en el que participaron 16 adolescentes con VIH de Oregón, se pudo observar que todos ellos habían experimentado rechazo social y, en cuanto a respuestas emocionales, expresaron ira, vergüenza y autocompasión (citado por Rubiano Mesa y Saldarriaga Vélez<sup>13</sup>).

Tavera comenta que Au et al. encontraron que lo que provocaba el mayor estrés en pacientes con VIH de Hong Kong era el aislamiento social, pero incluso la propia enfermedad podría ser el origen de dificultades para conseguir y mantener contacto social. También, que podría decirse que el soporte social favorece la mejora de la calidad de vida de las personas con VIH, facilitando en estas personas la aceptación de la enfermedad, ya que el soporte social es un predictor independiente en la mayoría de las investigaciones<sup>11</sup>.

Achucarro, en su estudio realizado con 50 personas con SIDA de Paraguay, comprobó que la mayoría no habían sufrido maltrato psicológico ni agresiones físicas. Tras ser diagnosticados, el 88 % refería una aceptación por sus familiares, con buen trato, pero cabe destacar que muchos familiares presentaron miedo a ser contagiados; sin embargo, un 14 % se sintió rechazado y un 8 % fue tratado con agresividad. En relación al aspecto psicoafectivo, el 86 % de los participantes recibió apoyo de sus familiares y refirieron que habían recibido apoyo económico, emocional y seguridad<sup>12</sup>.

Rubiano Mesa y Saldarriaga Vélez comentan que hay estudios que tratan sobre el estigma y la discriminación asociados al reforzamiento de las desigualdades sociales preexistentes, provocadas por la diferencia de género, racismo, sexismo y condiciones económicas, comprobando, así, que, en la población joven, las mujeres tienen más sentimientos de empatía y menos actitudes de rechazo que los hombres. También argumentan que la población que sufre una mayor discriminación son las personas pobres que tienen VIH. Estos autores comentan que en un estudio de Abadía y Castro sobre niños y adolescentes brasileños con VIH se indica que es necesario enfatizar la lucha contra la pobreza, el racismo, el sexismo y las desigualdades sociales para disminuir el estigma asociado al SIDA. Rubiano Mesa y Saldarriaga Vélez consideran que realizar terapia reduce el estigma, cambiando la percepción de la enfermedad de “mortal” a “crónica” y mejorando el bienestar de las personas con VIH para que así puedan enfrentarse a los procesos de estigmatización. Además, refieren que las ONG (Organización no Gubernamental) implicadas tienen un papel importante para reducir el estigma, aportando apoyo a quienes lo padecen y permitiendo que estas personas compartan experiencias, conozcan mejor la enfermedad y expresen los sentimientos de culpa e inutilidad<sup>13</sup>.

Fuster Ruiz de Apodaca et al., en su trabajo para desarrollar un cuestionario para calibrar las estrategias que utilizan las personas con VIH para afrontar el estigma y la discriminación, observaron tres tipos de estrategias. Las estrategias de Control Primario, relacionadas con la respuesta emocional a las situaciones, consistían en la implicación en la acción colectiva, para proporcionar información y para cambiar las creencias de las personas, y la confrontación verbal, para dar visibilidad y reclamar de forma escrita los derechos vulnerados. Otra estrategia de Control Primario fue tratar de solucionar los problemas debidos al conflicto asociado al estigma, consiguiendo analizar los costes del afrontamiento, la búsqueda de soluciones para dar una mejor atención sanitaria y, también, apartar a la gente del círculo de amistades que no ayuda, ya que el único apoyo social era de las personas más cercanas o de la propia familia, aparte de las ONG, favoreciendo así un pensamiento positivo. Por su parte, las estrategias de Control Secundario consistían en la reestructuración cognitiva para minimizar el estigma, en la aceptación de la enfermedad y en tratar de comprender a las personas que rechazaban a este grupo de personas. Y, por último, las Estrategias de Evitación consistían en ocultar la serología para evitar el rechazo y en el distanciamiento psicológico para no pensar en el estigma. Otras personas evitaron las relaciones afectivo-sexuales, llegando incluso a evitar el contacto físico para poder prevenir cualquier tipo de rechazo si algún día podían desvelar su enfermedad<sup>14</sup>.

Carrasco-Aldunate et al., en su estudio realizado con 15 personas con VIH en Santiago de Chile en 2011, comentan que las personas que participaron en este estudio experimentaron cambios vitales tras conocer su diagnóstico, manifestando que “la vida continuaba y que tenían que seguir viviendo”. Estas personas, aunque percibían discriminación y rechazo, recibieron apoyo por parte de sus familiares y personas más cercanas, pero cabe destacar que la mayoría

decidió informar sobre su enfermedad a amigos y a familiares antes que a sus respectivas parejas. También comentaban que gracias al apoyo de las familias se fomentó en mayor medida que estas personas recién diagnosticadas se aceptaran<sup>15</sup>.

García Navarro et al., en el estudio realizado en Madrid con 96 pacientes con edades comprendidas entre 12-19 años que habían sido infectados por transmisión vertical, muestran que los pacientes tenían buena confianza con el médico, el cual ayudaba a los padres a revelar la enfermedad a sus hijos. Cabe destacar que un 30 % no hablaba de la enfermedad en sus respectivos hogares, que el círculo social se reducía a familiares y a amigos muy cercanos de los padres, aunque percibían una autonomía social adecuada, y que solo un 17 % lo había comentado en el colegio. También pudieron comprobar que muy pocos buscaron información y apoyo para afrontar la enfermedad, favoreciendo un estilo pasivo de la enfermedad<sup>16</sup>.

Cammarano Ribeiro et al., en su estudio también con adolescentes con edades comprendidas entre los 13 y 19 años que padecían el VIH, comentan que la vida diaria de estos pacientes estaba llena de actividades como quedar con los amigos, ir a fiestas, los estudios, actividades de ocio, entre otras, pero aclaraban que no querían que nadie supiera que padecían la enfermedad debido al estigma que podían sufrir y percibir; solo lo compartían con familiares o, en todo caso, con su pareja, pero no lo comentaban con amigos debido a que consideraban que no conocían nada sobre la enfermedad. Comentaban que en las personas de su alrededor vieron miradas diferentes y les hacían preguntas sobre sus cambios físicos (peso bajo, por ejemplo), por lo que cuando tomaban su medicación lo hacían de forma aislada para no tener que revelar su enfermedad y no sentirse rechazados, llegando a tener miedo en muchas ocasiones<sup>17</sup>.

El ANEXO II muestra un modelo conceptual del proceso del estigma basado en un estudio de la Universidad de California San Francisco.

### **5.3 Papel de Enfermería en pacientes con VIH**

El profesional sanitario de Enfermería debe tener la misma actitud ante un enfermo con VIH/SIDA que ante cualquier otro paciente que presente cualquier otro tipo de patología. Su papel debe orientarse a responder a las necesidades de los pacientes, organizando los cuidados y prestando los servicios que sean más apropiados para llevar a cabo una atención adecuada. Los cuidados que proporciona el profesional de Enfermería contribuyen a: retrasar la progresión de la enfermedad y mejorar el déficit inmunitario, prevenir la aparición de otras infecciones secundarias y tratar las complicaciones de la disfunción inmunitaria, incluyendo los tumores. Además, desde el primer caso de VIH, los profesionales de Enfermería han proporcionado cuidados a través de la educación sanitaria y teniendo un papel fundamental en la administración de TAR y en la mejora de la adherencia terapéutica<sup>18</sup>.

Algunos de los diagnósticos enfermeros que pueden darse en estos pacientes son<sup>18-22</sup>:

- Patrón 1 – Mantenimiento y percepción de la salud: incumplimiento terapéutico, riesgo de infección, riesgo de lesión y manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Patrón 2 – Nutricional-metabólico: desequilibrio nutricional por defecto, deterioro de la deglución, hipertermia, deterioro de la mucosa oral, incapacidad del adulto para mantener su desarrollo, deshidratación, deterioro de la integridad cutánea y riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

- Patrón 3 – Eliminación: diarrea, incontinencia fecal, actividad intestinal excesiva e incontinencia urinaria total.
- Patrón 4 – Actividad y ejercicio: déficits de autocuidados para las actividades de la vida diaria, deterioro de la movilidad física, fatiga y limpieza ineficaz de las vías respiratorias.
- Patrón 5 – Descanso y sueño: deterioro del patrón del sueño e insomnio.
- Patrón 6 – Cognitivo y perceptual: deterioro de la memoria, dolor agudo, dolor crónico, trastorno de la percepción sensorial (visual, gustativa y auditiva).
- Patrón 7 – Autopercepción y autoconcepto: ansiedad, baja autoestima situacional, desesperanza, riesgo de soledad, temor y deterioro de la imagen corporal.
- Patrón 8 – Rol y relaciones: aislamiento social, deterioro de la comunicación verbal y deterioro de la interacción social.
- Patrón 9 – Sexualidad y reproducción: disfunción sexual y patrones sexuales inefectivos.
- Patrón 10 – Adaptación y tolerancia al estrés: afrontamiento defensivo.
- Patrón 11 – Valores y creencias: sufrimiento espiritual.

Los pacientes con VIH pueden padecer otras enfermedades, tumores y complicaciones asociadas a esta enfermedad, por lo que el profesional de Enfermería tiene un papel fundamental para conocer los signos y síntomas de cada complicación y poder así mejorar la calidad de vida de estas personas. Estos síntomas son: fiebre, dolor, pérdida de peso, astenia, problemas respiratorios, alteraciones visuales, sequedad de piel y mucosas, cambio de la imagen corporal y dificultad motora<sup>18</sup>.

El profesional de Enfermería debe realizar varias actividades para controlar estos signos y síntomas<sup>18,20</sup>:

- Para controlar la fiebre se debe mantener la temperatura dentro de los límites de normalidad; administrar antipiréticos pautados; administrar abundantes líquidos, para mantener un correcto balance hidroelectrolítico; aplicar medios físicos (como toallas húmedas o bolsas de hielo en las axilas y en la parte interna de las piernas); mantener un ambiente fresco y aireado y evitar el exceso de abrigo.
- Para el control del dolor se debe valorar el efecto del tratamiento analgésico pautado, observar los factores que provocan un aumento del dolor, colocar al paciente en posturas cómodas para evitar cualquier molestia o dolor, enseñarle técnicas de relajación y utilizar medios físicos que puedan disminuir el dolor.
- Para reducir o evitar la astenia se debe realizar una planificación de las actividades que hace el paciente diariamente y observar el seguimiento de estas, administrar tratamiento farmacológico y disminuir y evitar los factores que la favorecen.
- Para evitar los problemas respiratorios hay que realizar un control del posible consumo de tabaco y drogas, disminuir la ansiedad, realizar oxigenoterapia, vigilar a los pacientes con EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), proporcionar una hidratación adecuada, controlar la coloración de la piel y las mucosas, vigilar la saturación de oxígeno en la sangre, favorecer la movilidad, enseñar cómo se utilizan los broncodilatadores, realizar fisioterapia respiratoria, elevar el cabecero de la cama y realizar cambios posturales.

- Para mantener la piel y las mucosas adecuadas se debe realizar una higiene y una hidratación correctas, vigilar constantemente la piel, controlar los efectos de la incontinencia, evitar úlceras por decúbito, aliviar el prurito y evitar el rascado.
- Además, se tiene que explicar la dieta hipercalórica que deben llevar a cabo los pacientes para evitar la pérdida de peso, controlar el peso y, si fuera necesario, administrar antieméticos. Por otro lado, es importante mantener la mucosa bucal en buenas condiciones para evitar las lesiones y evitar el sangrado. En cuanto a las diarreas, se debe llevar a cabo un control de la nutrición, pobre en fibra en este caso, administrar líquidos y electrolitos para evitar la deshidratación y administrar fármacos pautados si fuera necesario. Uno de los problemas más frecuentes que tienen los pacientes con VIH es el cambio de la imagen corporal, y aquí es donde más se debe actuar, ofreciendo apoyo y detectando la causa del problema.

Una vez que los pacientes han sido diagnosticados de VIH, se debe realizar un soporte nutricional adecuado a las necesidades del paciente, es decir, una dieta individualizada dependiendo de la situación clínica e inmunológica que presenten. El personal de Enfermería evaluará el estado nutricional, identificará los problemas nutricionales, establecerá una relación de confianza con el paciente para favorecer el cumplimiento de la dieta y establecerá un plan alimenticio acordado con el paciente. También deberá explicar cómo se tienen que administrar la medicación y los suplementos de la dieta si fuera necesario<sup>18,21</sup>.

Otro aspecto fundamental que hay que tener en cuenta en las personas recién diagnosticadas es la dimensión cognitiva y la necesidad del apoyo psicológico y social al individuo, aquí el personal de Enfermería presenta un papel importante. Esta dimensión tiene relación con la educación y la prevención de la enfermedad, donde se debe explicar la enfermedad, su tratamiento y los estilos de vida saludables que tienen que seguir las personas con VIH a lo largo de su vida y evitar la progresión de la enfermedad. El personal de Enfermería también debe resolver cualquier duda que surja sobre la enfermedad o cualquier problema de adaptación al nuevo estilo de vida que hay que adoptar. Otra función importante es ver cómo se adaptan las personas al tratamiento, observar si padecen algunos de los efectos secundarios (los más frecuentes son vómitos y diarreas) y ver si cumplen con el régimen terapéutico. El cumplimiento terapéutico se verá favorecido si existe una buena relación con el personal de atención médica y los pacientes cuentan con el apoyo de sus familias. La educación sanitaria solo será efectiva si se ajusta a las características del paciente, teniendo en cuenta las habilidades cognitivas, el nivel educativo, los hábitos, la edad, la orientación sexual, la religión, la etnia y otros rasgos. Durante todo el proceso de atención, es decir, desde el diagnóstico hasta la muerte, se deben brindar atención, respeto, afecto y consuelo a través de relaciones basadas en la confianza y en la comunicación. El afecto es muy importante para estos pacientes, ya que algunos se apartan de sus familias y de la sociedad, por lo que los profesionales de Enfermería brindarán apoyo y ayudarán en todo momento a entender la situación en la que se encuentre el paciente para buscar una solución a sus problemas<sup>23</sup>.

Un apoyo importante para estas personas puede ser la familia, o su entorno más cercano. El paciente, para afrontar su nueva situación, puede apoyarse en ellos. Cuando las personas afectadas deciden desvelar su seropositividad, esto supone un gran reto para ellas, pero resulta positivo para su propia satisfacción, ya que las redes sociales que establecen, y que implican confianza, son muy valiosas para ellas. Desde Enfermería se puede ayudar a especificar

cuáles son las consecuencias, tanto positivas como negativas, respecto al hecho de desvelar la enfermedad como, por ejemplo, promoviendo el crecimiento personal y contribuyendo a disminuir el impacto de las experiencias de pérdida a través de la enseñanza de herramientas para ejecutar una comunicación efectiva. También se puede orientar tanto a las familias como a los pacientes sobre cómo disminuir el estigma y la discriminación que pueden llegar a sufrir los segundos, proporcionándoles, también, apoyo emocional<sup>24</sup>.

Tanto para el manejo de los aspectos psicológicos como físicos de las personas con VIH, el profesional de Enfermería debe valorar los niveles de autocuidado, para así poder abordar aquellos aspectos que requieran una intervención. Además, cada persona debe ser atendida de forma individual, debido a que cada persona puede presentar aspectos diferentes en cuanto a sus necesidades y características. Gracias a esto, se puede conseguir recuperar la autonomía de los pacientes sobre su estado de salud y el manejo de la enfermedad, proporcionando los conocimientos necesarios sobre el tratamiento, el ejercicio y los nuevos hábitos de vida, siendo este uno de los principales objetivos de Enfermería<sup>24</sup>.

Además, este personal sanitario debe evaluar el impacto que tiene el estigma en la persona que vive con VIH y su situación socioeconómica para ayudar en caso necesario a que esta acceda a servicios sociales, legales o de financiación. Las intervenciones deben ir dirigidas a gestionar el estigma percibido, mediante el mantenimiento de las relaciones sociales y la búsqueda de apoyo, además de recordar sus derechos, para que adquieran conciencia y puedan proteger su dignidad<sup>24</sup>.

Muchos profesionales sanitarios pueden sufrir crisis en la atención a los pacientes con VIH, por lo que, a continuación, se explican algunos aspectos que se deben tener en cuenta para orientar a estos profesionales de Enfermería: tienen que aprender a sobrellevar los problemas de la vida, la muerte y la sexualidad; reconocer las propias emociones que conllevan el trabajo y la atención a la persona con VIH; averiguar en qué situaciones solo queda la impotencia; deben saber que los cambios emocionales son muy frecuentes y que pueden experimentar los mismos procesos psicológicos que vive la persona con VIH (como por ejemplo la imposibilidad de aceptar la nueva situación) y favorecer la generación de confianza entre profesional y paciente<sup>25</sup>.

Por último, es necesario romper con los tabúes que existen sobre la salud sexual que viven las personas con VIH, ya que la salud sexual es una necesidad básica del ser humano. Para ello, se debe llevar a cabo una enseñanza sobre los hábitos saludables para mantener relaciones sexuales, como promover el uso del preservativo y explicar las diferentes vías de transmisión del virus. El profesional de Enfermería debería ayudar a establecer canales a través de los cuales los pacientes con VIH pueden relacionarse con otras personas y, así, poder tener una pareja, formar una familia y establecer relaciones sentimentales. En varias situaciones, el no mantener relaciones sexuales es debido a la variedad de agentes estresantes, por lo cual es recomendable detectar la causa del problema y tratar este. Además, las estrategias de prevención del VIH están evolucionando progresivamente y, actualmente, existe la PrEP, dirigida a aquellas personas que mantienen relaciones con personas seropositivas que aporta una mayor protección. El personal de Enfermería tiene la obligación de aconsejar y de informar sobre esta medicación a aquellas parejas o personas que se encuentran en esta situación y así reducir el miedo sobre la transmisión del virus<sup>26</sup>.

## **6. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA**

Como se ha descrito anteriormente, el estigma relacionado con el VIH proviene de los prejuicios y creencias originadas por el desconocimiento de varios aspectos de la enfermedad, sobre todo, el método de transmisión, lo cual hace que las personas tengan comportamientos irracionales o percepciones falsas sobre el VIH. Estos comportamientos pueden llegar a provocar actitudes negativas como insultos, discriminación, rechazo e incluso violencia física<sup>3,9,13,15,17</sup>.

Además, muchas personas con VIH experimentan sentimientos y conductas negativas sobre su propia condición, surgiendo un estigma interno manifestado por emociones negativas como, por ejemplo, vergüenza, culpabilidad, aislamiento social, ocultación de la enfermedad y desesperación<sup>3,9,11,13,14,17</sup>.

Las personas, tras ser diagnosticadas de la enfermedad y verse acompañadas de las manifestaciones negativas del estigma, experimentan un cambio en la identidad y el inicio de un sentimiento de soledad, lo que tiene repercusiones en la calidad de vida de esas personas con VIH. Esta etapa puede conducir a dos resultados diferentes, que se promueva un cambio interno de las personas y se autoadaptan a la nueva situación en la que se encuentran o que, por el contrario, presenten un estado de negatividad y de tendencia al aislamiento social<sup>3,11,14,15</sup>.

La aparición de la ansiedad tras el diagnóstico, el estrés ante la nueva situación y la percepción del estigma dificultan la adaptación de las personas, incrementan los sentimientos negativos y el apoyo social que perciben es solo a través de sus familias y de su entorno más cercano. Todo esto conlleva una mayor vulnerabilidad a la depresión<sup>12,15,16</sup>. Cammarano Ribeiro et al. especificaron en su estudio que las personas con VIH no lo contaban a sus amigos porque consideraban que estos desconocían varios aspectos de la enfermedad y preferían contarlo antes a sus respectivas parejas<sup>17</sup>. Además, solo en el estudio de García Navarro et al. se indica que únicamente un pequeño porcentaje de padres comentaron la enfermedad de sus hijos en el colegio<sup>16</sup>.

También se identifica la necesidad de intervención en la gestión del estigma sufrido por las personas con VIH, buscando apoyo social y promoviendo las relaciones, y la valoración de la situación socioeconómica para ayudar en el acceso a servicios sociales en caso necesario<sup>24</sup>.

Uno de los problemas al que se enfrentan las personas con VIH es la búsqueda de apoyo y aceptación por su entorno, viéndose afectadas sus relaciones íntimas y su salud sexual, por lo que optan por permanecer solas o solteras para evitar desvelar su enfermedad, por sentirse estigmatizadas y por el miedo a transmitir el virus a sus parejas. Al ser un tabú en la sociedad, como profesional de Enfermería considero que la enseñanza sobre la salud sexual en estas personas debería incluirse en las consultas de Enfermería y poder resolver así todas las falsas creencias y hacerles ser conscientes a estos pacientes de que esta enfermedad es compatible con la vida sexual.

El estudio realizado por Da Silva Nascimento et al. muestra que el 72 % de los jóvenes estudiados tenían vida sexual activa y que un 75 % habría utilizado preservativo en las relaciones sexuales. Destaca que las adolescentes alcanzaban un mayor porcentaje de práctica segura del sexo que los adolescentes masculinos (66 % y 40 %, respectivamente)<sup>27</sup>. El profesional de Enfermería debe realizar una educación sanitaria sobre los hábitos saludables para mantener relaciones sexuales, como promover el uso del preservativo y explicar las diferentes vías de

transmisión del virus. Además, tiene que detectar los diversos problemas que padecen las personas con VIH a la hora de mantener relaciones sexuales y tratarlos para que puedan llevar una vida sexual satisfactoria<sup>26</sup>.

El miedo está relacionado con la discriminación y puede aparecer, en mayor o menor medida, dependiendo de las situaciones que pueden darse al revelar la enfermedad. El temor puede conllevar el abandono personal y si el miedo se instaura en la vida diaria, afectará al mantenimiento de la salud, al desarrollo y a las relaciones emocionales. Un apoyo importante para conseguir una mejora de la salud de las personas en esta situación puede venir de los profesionales de Enfermería.

La resiliencia, entendida en este caso como el proceso de adaptación a la enfermedad del VIH, permite comprender las etapas por las que pasa el individuo hasta conseguir una percepción de aceptación y crecimiento personal. Se empieza por localizar las motivaciones intrínsecas y extrínsecas del individuo, que van desde el mismo deseo de sobrevivir, la espiritualidad o plantearse los roles que desempeña en la sociedad, hasta la necesidad de percibir apoyo psicosocial por personas cercanas. Esto lleva a las personas con VIH a alcanzar una adecuada gestión de la enfermedad, en términos de autocuidados físicos y psicológicos, y a negociar consigo mismos la posibilidad de desvelar un rol altamente estigmatizado en la sociedad, considerado como el primer paso hacia una renegociación de las relaciones sociales. Finalmente, los pacientes se hacen “expertos” en su enfermedad y situación de salud, y se conviertan en pacientes proactivos que pueden, incluso, ayudar a otras personas<sup>24</sup>. Para poder conseguir todo esto, es necesario que los profesionales de Enfermería asistan a la persona con VIH en la identificación de factores de motivación, que supondrán las bases sobre las que se fundamente la resiliencia. Esto es posible mediante el diálogo terapéutico que permitirá conocer más al sujeto, su entorno, los temores, las ideas preconcebidas, su conocimiento sobre la enfermedad del VIH, etc.<sup>24,29</sup>.

Un aspecto que parece de vital importancia en el cuidado de los pacientes con VIH es incidir en la valoración y la intervención sobre los factores psicosociales que puedan interferir en la adherencia al tratamiento prescrito, además de aportar información precisa sobre la enfermedad y el propio tratamiento. En ocasiones, una adherencia prolongada acarrea una serie de efectos secundarios como, por ejemplo, el cambio en la imagen corporal, con alteración en la autoimagen y el autoconcepto. En esta línea, los profesionales deben tener conocimientos sobre los posibles efectos secundarios y las distintas técnicas para atenuar su efecto en los pacientes y evitar, de esta manera, que dejen de tomar la medicación<sup>24,28,29</sup>. La autodiscriminación y el temor a la muerte, acompañados de la depresión asociada al estigma percibido, conllevan una mala adherencia al tratamiento, por lo que una adecuada valoración psicológica conseguirá detectar los problemas en aquellas personas que tengan riesgo de no adherencia<sup>28</sup>.

Para poder atender de forma integral todas las necesidades de los adolescentes, enfocándose en la prevención y la protección de la enfermedad, es necesario un espacio diseñado para asistir a estas personas, en el cual tengan la oportunidad de poder expresar sus necesidades e intercambiar experiencias. Es aquí donde el profesional de Enfermería ejerce un papel fundamental porque ayuda a tener claridad sobre la propia identidad de los afectados y a transmitir la información necesaria para atender las necesidades de estas personas y fomentar

la práctica profesional enfermera. Las consultas de Enfermería son necesarias para poder ofrecer una atención integral y un cuidado adecuado a estos pacientes, sobre todo proporcionando apoyo psicológico<sup>30</sup>.

En cuanto a la atención a personas mayores que padecen VIH, la atención enfermera es la única medida para proporcionar los cuidados necesarios, como la educación sanitaria (orientación) y el control de la adherencia terapéutica. Se ha visto que para aquellas personas mayores que asistían a una atención ambulatoria, las indicaciones que recibían (manejo de la nutrición, asesoramiento, control del dolor, disminución de la ansiedad, etc.) estaban asociadas a los diagnósticos enfermeros<sup>31</sup>. Los diagnósticos más prevalentes en estos pacientes son: deterioro del patrón del sueño, dolor, deterioro en la deglución, desequilibrio nutricional por defecto, trastorno de la imagen corporal, riesgo de soledad y desesperanza<sup>19-22</sup>.

En el estudio realizado por Arellán Regalado y Martínez Carbajal sobre un paciente diagnosticado de VIH en el Hospital Nacional del Cono Norte (Perú), se consiguió mejorar los diagnósticos enfermeros gracias a las intervenciones del profesional de Enfermería. Los diagnósticos fueron descuido profesional, riesgo de soledad, ansiedad y bajo autoestima. Las actividades que llevaron a cabo esos profesionales para mejorar los diagnósticos fueron: mantener rutinas y establecer horarios para actividades del autocuidado; explicar todos los procedimientos que deberían realizar los pacientes; escuchar con atención al comunicarse con el paciente; favorecer un clima de confianza y poder, así, hablar de sentimientos, percepciones y miedos; efectuar una comunicación adecuada; ayudar al paciente a identificar las acciones que podían mejorar su aspecto y fomentar la interacción con la familia<sup>21</sup>.

Por su parte, J. C. Romero González, un enfermero del H. U. Virgen de Valme (Sevilla), desarrolló un plan de cuidados enfermeros para el VIH a través de los criterios taxonómicos NANDA-NOC-NIC; en ese plan aparecían los diagnósticos enfermeros, los objetivos y las actividades que el profesional de Enfermería debería llevar a cabo para proporcionar una asistencia adecuada a estos pacientes<sup>20</sup>.

Otro aspecto importante es la atención domiciliaria en estos pacientes durante el periodo de adaptación, ya que se ha demostrado que el contacto profesional favorece la adaptación de las personas con VIH<sup>30,32</sup>. Es de vital importancia que el profesional de Enfermería conozca el entorno de estos pacientes, a sus cuidadores y a los miembros de su red informal de apoyo para ayudar a que estas personas estén preparadas para convivir con la persona seropositiva, para facilitarle el tratamiento y también el contacto personal<sup>30</sup>. Tras una revisión de ensayos clínicos aleatorizados publicados en el periodo 1980-2015, Wood et al. concluyeron que gracias a la atención domiciliaria y las llamadas telefónicas a los pacientes con VIH, tanto en el inicio como en el avance progresivo de la enfermedad, se consiguió mejorar la adherencia al tratamiento por haber comentado en esas comunicaciones la importancia de seguir con la medicación y las complicaciones adversas que conllevaría no seguir con el TAR; también se redujeron los síntomas depresivos en aquellos pacientes que tenían una condición de salud mental existente debido a las consultas llevadas a cabo por las enfermeras de salud mental y al apoyo psicológico que recibían de estas. De igual manera, se obtuvo una mejoría en las escalas del estigma y del funcionamiento físico gracias al apoyo psicológico a domicilio llevado a cabo por las enfermeras y a que se comentaran y resolvieran los problemas que padecían esas personas<sup>32</sup>.

Las personas con VIH presentan comorbilidades asociadas con la edad a un ritmo mayor que las personas que no padecen la enfermedad, incluyendo enfermedades cardiovasculares, anomalías metabólicas y pérdida ósea. Las enfermeras de rehabilitación serían los profesionales de la salud que más cuidados proporcionarían a estos pacientes a medida que envejecen para ayudarles a mantener una salud adecuada mientras viven con enfermedades crónicas. Estas enfermeras comprenden las preocupaciones psicosociales y los cambios psicológicos de estas personas y adaptan las intervenciones que son necesarias, por lo que las enfermeras de rehabilitación tienen una función importante para garantizar la atención y el restablecimiento de los afectados que padecen crisis de salud agudas y enfermedades crónicas<sup>33</sup>.

Por último, los profesionales de Enfermería al tratar con este tipo de pacientes pueden experimentar diferentes emociones y sentimientos, como por ejemplo confusión a la hora de no saber cómo actuar ante esta situación, desesperación cuando la persona tiene dificultad a la hora de expresarse y comprender, fatiga debido a la excesiva atención que requieren estos pacientes, impotencia, temor a infectarse del VIH, estrés debido al exceso de trabajo que conlleva el estar con estos pacientes pero también pueden llegar a experimentar sentimientos y emociones positivos debido al asesoramiento que aportan<sup>25</sup>.

A día de hoy sigue sin existir una vacuna para prevenir la infección por el VIH, pero gracias a las investigaciones y los avances en Medicina, esta enfermedad ha pasado de ser mortal a crónica debido a la utilización de TAR. Gracias a estos medicamentos, las personas con VIH pueden tener buena calidad de vida, similar a la de cualquier otra persona, pero llevando unos cuidados esenciales que el profesional sanitario (sobre todo el personal de Enfermería) debería ofrecer y explicar a estas personas. Se ha comprobado que, con el paso de los años, las personas que padecen SIDA están menos estigmatizadas que en los primeros momentos de la historia de la enfermedad, pero muchas personas todavía siguen sufriendo rechazo y discriminación por parte de la sociedad. Es esencial que el rol del profesional de Enfermería se lleve a cabo a través de una base multi- e interdisciplinar para poder ofrecer una atención equilibrada e integral a las personas que padecen VIH, permitiendo una respuesta correcta a las necesidades reales de cada paciente para garantizar su calidad de vida.

## **7. CONCLUSIONES**

- El SIDA puede ser asintomático en las primeras semanas de la infección, pero a medida que avanza puede presentar un cuadro seudogripal con fiebre, cefalea, pérdida de peso, inflamación de los ganglios linfáticos, diarrea, cansancio, erupciones y molestias en la garganta. Asociadas a estas manifestaciones “físicas” de la enfermedad, existen otras, igualmente importantes, relacionadas con aspectos emocionales y psicosociales.
- Actualmente siguen existiendo demasiado estigma y discriminación para las personas con VIH, las cuales deben adaptarse a la nueva situación, en la que los factores de motivación, el desvelamiento de la enfermedad y la búsqueda de nuevas relaciones sociales tienen un papel fundamental.
- En cuanto a la influencia de los aspectos psicosociales en el desarrollo de la enfermedad, las personas seropositivas pueden padecer problemas de salud mental (mayor probabilidad de depresión y ansiedad), problemas sociales (aislamiento social,

- discriminación y rechazo, repercusiones socioeconómicas) y problemas en salud sexual (miedo a desvelar la enfermedad, abandono de las relaciones y de la pareja).
- Los cuidados que proporciona el profesional de Enfermería contribuyen a retrasar la progresión de la enfermedad y mejorar el déficit inmunitario, prevenir la aparición de otras infecciones secundarias y tratar las complicaciones de la disfunción inmunitaria, incluyendo los tumores. Además, los profesionales de Enfermería proporcionan cuidados a través de la educación sanitaria y tienen un papel fundamental en la administración de TAR, en la mejora de la adherencia terapéutica y en el manejo del autocuidado.
  - Ante pacientes con VIH, el profesional de Enfermería debe:
    - Adquirir los conocimientos suficientes de la enfermedad para poder ayudar psicológicamente y asesorar a estas personas.
    - Proporcionar atención al malestar que presentan estos pacientes respecto a la adaptación a la enfermedad, atender las alteraciones en el cambio de imagen que pueden experimentar y resolver los problemas que aparecen en los patrones de sexualidad.
    - Promover una comunicación adecuada entre el paciente y su familia para así poder contrarrestar actuaciones negativas de la sociedad que conducen al aislamiento social.
    - Proporcionar una atención equilibrada e integral a las personas que padecen SIDA, permitiendo una respuesta correcta a las necesidades reales de cada paciente para garantizar su calidad de vida.

## **8. BIBLIOGRAFÍA**

- (1) Miranda Gómez O, Nápoles Pérez M. Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. Rev. Cub. Med. Mil. [Internet]. 2009 [cited 21 November 2019]; 38 (3-4 Ciudad de la Habana). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572009000300007](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000300007)
- (2) VIH/sida [Internet]. Organización Mundial de la Salud. [cited 21 November 2019]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- (3) CESIDA - Coordinadora estatal de VIH y sida [Internet]. CESIDA. [cited 21 November 2019]. Available from: <https://www.cesida.org/>
- (4) Preguntas frecuentes con relación al VIH y el SIDA [Internet]. ONUSIDA. 2019 [cited 21 November 2019]. Available from: <https://www.unaids.org/es/frequently-asked-questions-about-hiv-and-aids>
- (5) Perea Pérez E, Sampredo Martínez A, Aliaga Martínez L. Hepatitis vírica. Infección por VIH. Virus emergentes. Priones. En: De la Rosa M, Prieto J, Navarro JM, eds. Microbiología en Ciencias de la Salud. Conceptos y aplicaciones. 3.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011, p. 205-214
- (6) Visión general de la infección por el VIH [Internet]. INFOSIDA. [cited 23 November 2019]. Available from: <https://infosida.nih.gov/>
- (7) Alcamí J, Coiras M. Inmunopatogenia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Enferm. Infecc. Microbiol. Clin. [Internet]. 2011 [cited 25 November 2019]; 29(3):216-226. Elsevier. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-inmunopatogenia-infeccion-por-el-virus-S0213005X11000073>
- (8) Soto Ramírez L. Mecanismos patogénicos de la infección por VIH. Rev. Invest. Clín. [Internet] 2004 [cited 25 November 2019]; 56(2). Available from: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-83762004000200005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200005)
- (9) Transmisión del VIH [Internet]. CDC. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. [cited 13 December 2019]. Available from: [https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/transmission.html#anchor\\_1566553764](https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/transmission.html#anchor_1566553764)
- (10) Vigilancia epidemiológica del VIH y el SIDA en España. Actualización 30 de junio de 2018 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2018 [cited 21 November 2019]. Available from: <https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.ht>
- (11) Tavera M. Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. Rev. Peru. Epidemiol. [Internet]. 2010 [cited 22 November 2019]; 14(3):170-176. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3990051>
- (12) Achucarro S. Calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA y atención integral de enfermería. Rev. Inst. Med. Trop. [Internet]. 2010 [cited 21 November 2019]; 5(1). Available from: [http://scielo.iics.una.py//scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1996-36962010000100004&lang=es](http://scielo.iics.una.py//scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-36962010000100004&lang=es)
- (13) Rubiano Mesa Y, Saldarriaga Vélez J. Jóvenes y VIH/SIDA: enfoques y perspectivas en investigación. Index Enferm. [Internet]. 2011 [cited 19 March 2020]; 20(1-2). Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000100016](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100016)
- (14) Fuster Ruiz de Apodaca MJ, Molero F, Holgado Tello FP, Sansinenea E. Desarrollo de un nuevo cuestionario para medir las estrategias que las personas con VIH usan para afrontar el estigma y la discriminación. Acción psicol. [Internet]. 2013 [cited 20 March 2020]; 10(2). Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1578-908X2013000200008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2013000200008)

- (15) Carrasco-Aldunate P, Araya-Gutiérrez A, Loayza-Godoy C, Ferrer-Lagunas L, Trujillo-Guarda C, Fernández-Sarmiento A et al. Cómo entender la experiencia de personas que viven con VIH: implicaciones para la clínica y la investigación. *Aquichan* [Internet] 2013 [cited 20 March 2020]; 13(3):387-395. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4955981>
- (16) García Navarro C, García I, Medín G, Ramos Amador J, Navarro Gómez M, Gómez Peña M et al. Aspectos psicosociales en una cohorte de adolescentes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por transmisión vertical. *NeuroCoRISpeS. Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* [Internet]. 2014 [cited 20 March 2020]; 32(10):631-637. Elsevier. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6150912>
- (17) Cammarano Ribeiro A, de Mello Padoin S, Cardoso de Paula, C, Gomes Terra, M. The daily living of adolescents with HIV/AIDS: impersonality and tendency to fear. *Enferm.* [Internet] 2013 [cited 20 March 2020]; 22(3). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000300014&script=sci\\_arttext&tIng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000300014&script=sci_arttext&tIng=en)
- (18) Gómez Sánchez M, Mayor Pascual A, Morales de la Cal M. Cuidados de enfermería a pacientes con infección VIH/SIDA. Madrid: ENE & CRYRE; 2009, p. 126-169
- (19) Gómez Gómez J, Mayorga Calderón M, Pérez Moreno J, Rojas Sánchez L, Orozco Vargas L, Camargo Figuera F. Prevalencia de diagnósticos de enfermería en personas con VIH/SIDA. *Enferm. Glob.* [Internet] 2013 [cited 29 March 2020]; 12(32). Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000400001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400001)
- (20) Romero González J. Plan de cuidados enfermeros VIH. *Enferm. Glob.* [Internet]. 2008 [cited 29 March 2020]; 7(2). Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2855959>
- (21) Arellán-Regalado, M., & Martínez-Carbajal, N. Bienestar psicosocial en el proceso de cuidados de enfermería de un paciente adolescente con VIH/SIDA. *CASUS.* [Internet] 2019 [cited 29 March 2020]; 4(3):194-203. Available from: <https://doi.org/10.35626/casus.3.2019.86>
- (22) De Souza Neto V, Da Silva Costa R, Da Silva Costa D. Diagnósticos ICNP<sup>®</sup> de personas que viven con SIDA e indicadores empíricos. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 29 March 2020]; 72(5). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000501226&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000501226&script=sci_arttext)
- (23) De Oliveira Sousa C, Leite da Silva A. HIV/aids care according to the perspective of healthcare providers. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet] 2013 [cited 29 March 2020]; 47. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000400907&script=sci\\_arttext&tIng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000400907&script=sci_arttext&tIng=en)
- (24) De Santis JP, Florom-Smith A, Vermeesch A, Barroso S, DeLeon DA. Motivation, Management, and Mastery: A Theory of Resilience in the Context of HIV Infection. *J. Am. Psychiatr. Nurses Assoc.* [Internet]. 2013 [cited 29 March 2020]; 19(1):36-46. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3773721/pdf/nihms501929.pdf>
- (25) Macías Bestard c, Méndez Torres V, Loo Muñoz N, Montes de Oca González Y. Algunas consideraciones teóricas sobre la asesoría y el apoyo psicológico de las personas con VIH/SIDA. *Rev. Inf. Cient.* [Internet] 2019 [cited 30 March 2020]; 98(1):106-116. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1028-99332019000100106&Ing=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332019000100106&Ing=es&nrm=iso)
- (26) Psaros C, Barinas J, Robbins GK, Bedoya CA, Safren SA, Park ER. Intimacy and sexual decision making: Exploring the perspective of HIV positive women over 50. *AIDS Patient Care STDS* [Internet] 2012 [cited 30 March 2020]; 26(12):755-760. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3513978/pdf/apc.2012.0256.pdf>

- (27) Da Silva Nascimento B, Spindola T, Reicherte Pimentel MG, et al. El comportamiento sexual de jóvenes universitarios y el cuidado de la salud sexual y reproductiva. *Enferm. Glob.* [Internet]. 2018 [cited 2 April 2020]; 17(49). Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412018000100237](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412018000100237)
- (28) Nelcy Muñoz, AM. Conviviendo con el VIH una experiencia de adherencia al tratamiento. *Cultura del Cuidado Enfermería* [Internet]. 2009 [cited 2 April 2020]; 6 (2):57-66. Available from: [https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?query=Dismax.DOCUMENTAL\\_TODO=Conviviendo+con+el+VIH+una+experiencia+de+adherencia+al+tratamiento](https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?query=Dismax.DOCUMENTAL_TODO=Conviviendo+con+el+VIH+una+experiencia+de+adherencia+al+tratamiento)
- (29) Tavares Costa V, Schilndwein Meirelles B. Adherence to treatment of young adults living with HIV/AIDS from the perspective of complex thinking. *Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2 April 2020]; 28. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072019000100387](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100387)
- (30) Koerich C, Dos Santos FC, Schilndwein Meirelles B, lorenzini Erdmann A. Management of nursing care of the adolescent living with VIH/AIDS. *Escola Anna Nery* [Internet]. 2015 [cited 2 April 2020]; 19 (1 Rio de Janeiro). Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000100115&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100115&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- (31) Gomez da Silva A, Siqueira Cavalcanti V, Simoes dos Santos T, et al. Integrative review of literature: nursing care to aged people with HIV. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2 April 2020]; 71. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672018000800884&lang=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800884&lang=es)
- (32) Wood E, Zani B, Esterhuizen TM, Young T. Nurse led home-based care for people with HIV/AIDS. *BMC Health Serv. Res.* [Internet]. 2018 [cited 2 April 2020]; 19(1):219. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29587719>
- (33) Perazzo J, Webel A, McGough E, Voos, J. People Living with HIV: Implications for Rehabilitation Nurses. *HHS public Access* [Internet]. 2018 [cited 2 April 2020]; 43(3):167-173. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6028929/>

ANEXOS

ANEXO I. MEDICAMENTOS CONTRA EL VIH AUTORIZADOS POR LA FDA

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE GENÉRICO Y ABREVIATURA	MARCA COMERCIAL	FECHA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA FDA
ITIN*	Abacavir (sulfato de abacavir, ABC)	Ziagen	17 de diciembre del 1998
	Emtricitabina (TC)	Emtriva	2 de julio del 2003
	Lamivudina (3TC)	Epivir	17 de noviembre del 1995
	Fumarato de disoproxilo de tenofovir (tenofovir, DF, TDF)	Viread	26 de octubre del 2001
	Zidovudina (azidotimidina, AZT, ZDV)	Retrovir	19 de marzo del 1987
ITINN**	Doravina (DOR)	Pifeltro	30 de agosto del 2018
	Efavirenz (EFV)	Sustiva	17 de septiembre del 1998
	Etravirina (ETR)	Intelence	18 de enero del 2008
	Nevirapina (nevirapina de liberación lenta, NVP)	Viramune	21 de junio del 1996
		Viramune XR (liberación lenta)	25 de marzo del 2011
Rilpivirina (clorhidrato de rilpivirina (RPV)	Edurant	20 de mayo del 2011	
IP***	Atazanavir (sulfato de atazanavir, ATV)	Reyataz	20 de junio del 2003
	Darunavir (etanolato de darunavir, DRV)	Prezista	23 de junio del 2006
	Fosamprenavir (fosamprenavir cálcico, FOS-APV, FPV)	Lexiva	20 de octubre del 2003
	Ritonavir (RTV) –aunque el ritonavir es un inhibidor de la proteasa, por lo general se usa como potenciador farmacocinético según lo recomendado en las Guías clínicas para el uso de agentes antirretrovirales en adultos y adolescentes con el VIH y en las Guías clínicas para el uso de agentes antirretrovirales en pacientes pediátricos con la infección por el VIH (disponibles solamente en inglés)–	Norvir	1 de marzo del 1996
	Saquinavir (mesilato de saquinavir, SQV)	Invirase	6 de diciembre del 1995
	Tipranavir (TPV)	Aptivus	22 de junio del 2005

MEDICAMENTOS CONTRA EL VIH AUTORIZADOS POR LA FDA (continuación)

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE GENÉRICO Y ABREVIATURA	MARCA COMERCIAL	FECHA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA FDA
Inhibidores de la fusión	Enfuvirtida (T-20)	Fuzeon	13 de marzo del 2003
Antagonistas de CCR5	Maraviroc (MVC)	Selzentry	6 de agosto del 2007
Inhibidores de la integrasa	Dolutegravir (DTG, dolutegravir sódico)	Tivicay	13 de agosto del 2013
	Elvitegravir (EVG)	Vitekta	24 de septiembre del 2014
	Raltegravir (potasio de raltegravir, RAL)	Isentress	12 de octubre del 2007
		Isentres HD	26 de mayo del 2017
Inhibidores posfijación	Ibalizumab-uiyk (Hu5A8, IBA, ibalizumab, TMB-355, TNX-355)	Trogarzo	6 de marzo del 2018
Potenciadores farmacocinéticos	Cobicistat (COBI, c)	Tybost	24 de septiembre del 2014
Combinaciones de medicamentos contra el VIH en un solo comprimido	Abacavir y lamivudina (sulfato de abacavir / lamivudina, ABC / 3TC)	Epzicom	2 de agosto del 2004
	Abacavir, dolutegravir, y lamivudina (sulfato de abacavir / dolutegravir sódico / lamivudina, ABC / DTG / 3TC)	Triumeq	22 de agosto del 2014
	Abacavir, lamivudina, y zidovudina (sulfato de abacavir / lamivudina / zidovudina, ABC / 3TC / ZDV)	Trizivir	14 de noviembre del 2000
	Atazanavir y cobicistat (sulfato de atazanavir / cobicistat, ATV / COBI)	Evotaz	29 de enero del 2015
	Bictegravir, emtricitabina, y alafenamida de tenofovir (bictegravir sódico / emtricitabina / fumarato de alafenamida de tenofovir, BIC / FTC / TAF)	Biktarvy	7 de febrero del 2018
	Darunavir y cobicistat (etanolato de darunavir / cobicistat, DRV / COBI)	Prezcobix	29 de enero del 2015
	Darunavir, cobicistat, emtricitabina, y alafenamida de tenofovir (etanolato de darunavir/ cobicistat / emtricitabina / tenofovir AF, etanolato de darunavir / cobicistat / emtricitabina / alafenamida de tenofovir, darunavir / cobicistat / emtricitabina / tenofovir AF, darunavir / cobicistat / emtricitabina / fumarato de alafenamida de tenofovir, DRV / COBI / FTC / TAF)	symtuza	17 de julio del 2018

MEDICAMENTOS CONTRA EL VIH AUTORIZADOS POR LA FDA (continuación)

CLASE DE MEDICAMENTO	NOMBRE GENÉRICO Y ABREVIATURA	MARCA COMERCIAL	FECHA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA FDA
<b>Combinaciones de medicamentos contra el VIH en un solo comprimido (continuación)</b>	Dolutegravir y lamivudina (dolutegravir sódico/ lamivudina, DTG / 3TC)	Dovato	8 de abril del 2019
	Dolutegravir y rilpivirina (dolutegravir sódico / clorhidrato de rilpivirina, DTG / RPV)	Juluca	21 de noviembre del 2017
	Doravirina, lamivudina, y fumarato de disoproxilo de tenofovir (doravirina / lamivudina / TDF, doravirina / lamivudina / tenofovir DF, DOR / 3TC / TDF)	Delstrigo	30 de agosto de 2018
	Efavirenz, emtricitabina, y fumarato de disoproxilo de tenofovir (efavirenz / emtricitabina / tenofovir, efavirenz / emtricitabina / tenofovir DF, EFV / FTC / TDF)	Atripla	12 de julio del 2006
	Efavirenz, lamivudina, y fumarato de disoproxilo de tenofovir (EFV / 3TC / TDF)	Symfi	22 de marzo del 2018
	Efavirenz, lamivudina, y fumarato de disoproxilo de tenofovir (EFV / 3TC / TDF)	Symfi Lo	5 de febrero del 2018
	Elvitegravir, cobicistat, emtricitabina, y alafenamida de tenofovir (elvitegravir / cobicistat / emtricitabina / fumarato de alafenamida de tenofovir, EVG / COBI / FTC / TAF)	Genvoya	5 de noviembre del 2015
	Elvitegravir, cobicistat, emtricitabina, y fumarato de disoproxilo de tenofovir (QUAD, EVG / COBI / FTC / TDF)	Stribild	27 de Agosto del 2012
	Emtricitabina, rilpivirina, y alafenamida de tenofovir (emtricitabina / rilpivirina / tenofovir AF, emtricitabina / rilpivirina / fumarato de alafenamida de tenofovir, emtricitabina / clorhidrato de rilpivirina / tenofovir AF, emtricitabina / clorhidrato de rilpivirina / alafenamida de tenofovir, emtricitabina / clorhidrato de rilpivirina / fumarato de alafenamida de tenofovir, FTC / RPV / TAF)	Odefsey	1 de marzo del 2016
	Emtricitabina, rilpivirina y fumarato de disoproxilo de tenofovir (emtricitabina / clorhidrato de rilpivirina / fumarato de disoproxilo de tenofovir, emtricitabina / rilpivirina / tenofovir, FTC / RPV / TDF)	Complera	10 de agosto del 2011

MEDICAMENTOS CONTRA EL VIH AUTORIZADOS POR LA FDA (continuación)

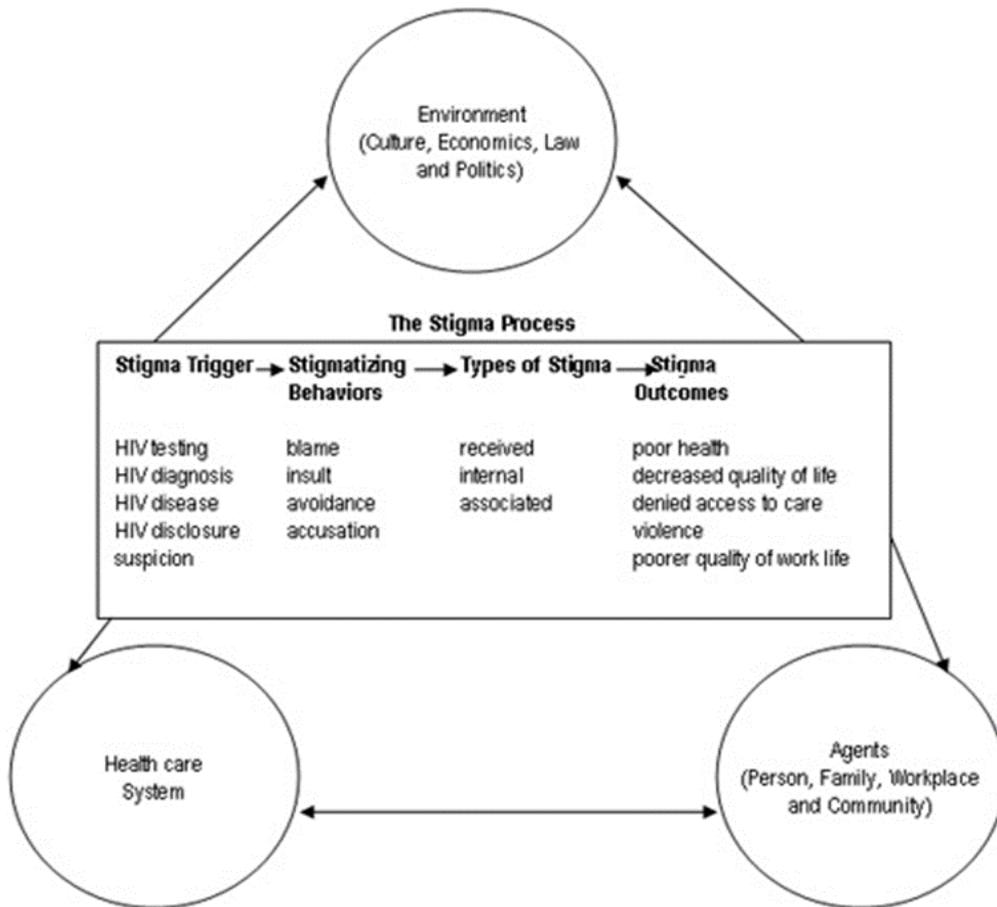
<b>CLASE DE MEDICAMENTO</b>	<b>NOMBRE GENÉRICO Y ABREVIATURA</b>	<b>MARCA COMERCIAL</b>	<b>FECHA DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DE LA FDA</b>
<b>Combinaciones de medicamentos contra el VIH en un solo comprimido (continuación)</b>	Emtricitabina y alafenamida de tenofovir (emtricitabina / tenofovir AF, emtricitabina / fumarato alafenamida de tenofovir, FTC / TAF)	Descovy	4 de abril del 2016
	Emtricitabina y fumarato de disoproxilo de tenofovir (emtricitabina / tenofovir DF, FTC / TDF)	Truvada	2 de agosto del 2001
	Lamivudina y fumarato de disoproxilo de tenofovir (Temixys, 3TC / TDF)	Cimduo	28 de febrero del 2018
	Lamivudina y zidovudina (3TC / ZDV)	Combivir	27 de septiembre del 1997
	Lopinavir y ritonavir (lopinavir reforzado con ritonavir, LPV/r, LPV / RTV)	Kaletra	15 de septiembre del 2000

\* ITIN (Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos)

\*\* ITINN (Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos)

\*\*\* IP (Inhibidores de la proteasa)

ANEXO II. PROCESO DEL ESTIGMA.



Fuente: <https://www.ucsf.edu/news/2009/01/8237/hiv-stigma-plagues-nurses-developing-countries>