



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Original

Prácticas y percepción del riesgo en hombres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que tienen sexo con otros hombres

Sol Fernández de Mosteyrín, María del Val Acebrón, Teresa Fernández de Mosteyrín y Manuel L. Fernández Guerrero*

División de Enfermedades Infecciosas, Departamento de Medicina, Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de septiembre de 2012

Aceptado el 17 de abril de 2013

On-line el 27 de julio de 2013

Palabras clave:

Hombres que tienen sexo con hombres
Enfermedades transmisión sexual
Virus de la inmunodeficiencia humana

R E S U M E N

Introducción: La incidencia de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades de transmisión sexual aumenta en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) a pesar del conocimiento sobre cómo prevenirlas. Determinar los mecanismos que estarían motivando el fracaso de la prevención es importante para reconducir la tendencia.

Pacientes y métodos: Con objeto de conocer las prácticas y conductas sexuales de riesgo así como las percepciones y valoraciones de los pacientes respecto a dicho riesgo, se realizaron encuestas anónimas, voluntarias y autoadministradas a HSH VIH+ que acudían a una consulta hospitalaria, que incluía 58 preguntas divididas en 10 apartados para explorar conocimientos, actitudes y comportamientos frente al VIH. También se pasaron encuestas a médicos con objeto de explorar sus percepciones, actitudes y opiniones respecto a la situación de la epidemia, prevención, percepción de la enfermedad y del paciente; y valores en la práctica clínica.

Resultados: Se analizaron 495 encuestas a pacientes. El 87% dijeron conocer la manera de adquirir VIH y el 97% sabía cómo evitarlo, pero el 69% reconocía estar en situación de riesgo y el 43% se sentían poco preocupados de contraer VIH. El 65% tenían relaciones sexuales con ≥ 2 personas en un mismo día, el 47% encuentros por Internet y 26% sexo en grupo. El 65% de los encuestados consideraron que actuaban con impulsividad. Señalaron falta de información (33%), mala suerte (32%), riesgo excesivo asumido (36%) y despreocupación (25%) como motivos principales de la adquisición de la infección. Ante el diagnóstico, el 41% respondieron «nunca pensé que me pudiera pasar a mí» y el 32% respondieron «tuve mala suerte». De los 121 médicos encuestados, 24% consideraron que la infección por VIH/sida estaba fuera de control en España y el 65% respondieron que se tenía respecto a VIH/sida la imagen de enfermedad controlada y poco preocupante. El 71% de los encuestados juzgaron que el aumento de nuevas infecciones evidenciaba que no se tenía un plan preventivo adecuado.

Conclusiones: La gestión del riesgo de adquirir VIH se hace desde un grado de preocupación bajo, motivado por el optimismo fruto de los avances en la lucha contra la enfermedad y la dulcificación actual del discurso. La banalización del riesgo, al desvirtuar la idea de conducta arriesgada, es un determinante de actitudes que imposibilitarían adoptar un comportamiento preventivo eficaz y tomar decisiones prudentes y anticipadas.

© 2012 Elsevier España, S.L. y Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Todos los derechos reservados.

Practices and perception of risk in human immunodeficiency virus infected males who have sex with other males

A B S T R A C T

Keywords:

Males who have sex with males
Sexually transmitted diseases
Human immunodeficiency virus

Introduction: The incidence of human immunodeficiency virus (HIV) and other sexually transmitted diseases increases in males who have sex with males (MSM), despite the knowledge on how to prevent them. To determine the mechanisms that are driving this lack of prevention is important to reverse the trend.

Patients and methods: An anonymous, voluntary and self-reporting questionnaire was completed by HIV+ MSM patients who were seen in a hospital clinic, with the aim of finding out the sexual risk practices and behaviour, as well as their perceptions and assessment as regards this risk. The questionnaire included

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlfernandez@fjd.es (M.L. Fernández Guerrero).

58 questions, divided into 10 sections, to explore the knowledge, attitudes, and behaviour as regards HIV. The questionnaires were also given to the physicians, with the aim of exploring their perceptions, attitudes and opinions as regards the situation of the epidemic, prevention, perception of the diseases and the patient, and values in clinical practice.

Results: A total of 495 questionnaires from the patients were analysed. Most of them (87%) said they knew how HIV was acquired, and 97% knew how to prevent it, but 69% knew they were in a risk situation, and 43% had little concern of contracting HIV. Almost two-thirds (65%) had sex with ≥ 2 persons on the same day, 47% met on the Internet and 26% had group sex. The same percentage of those surveyed considered that they acted impulsively. They highlighted a lack of information (33%), bad luck (32%), assumed excessive risk (36%), and lack of concern (25%), as the main reasons for acquiring the infection. When confronted with diagnosis 41% of patients answered «I never thought that it would happen to me», and 32% said «I had bad luck». Of the 121 physicians who completed the questionnaire, 24% considered that infection due to HIV/AIDS was out of control in Spain, and 65% responded that there was an image that HIV/AIDS was a controlled disease and of little concern. A large majority (71%) of those surveyed, considered that the increase in new infections showed that there was no suitable preventive plan.

Conclusions: The management of the risk of acquiring HIV maintains a low level of concern, due to the optimism produced by the advances in the fight against the disease and the current toning down of the discussion. The trivialisation of the risk, on distorting the idea of risky behaviour, is a determining factor of attitudes that makes it impossible to adopt effective preventive behaviour and to take sensible and anticipated decisions.

© 2012 Elsevier España, S.L. and Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. All rights reserved.

Introducción

La infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) están aumentando entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Del total de nuevos diagnósticos de VIH declarados en 2009 en España, el 42,5% se produjeron en HSH, y durante el periodo 2004–2009 la tendencia en los nuevos diagnósticos de VIH en este colectivo fue indiscutiblemente ascendente¹. A escala europea el número de diagnósticos entre HSH ha aumentado un 24%, y este incremento también se ha observado en otros países de renta alta como Estados Unidos, Australia y Canadá².

Por otro lado, desde el inicio de la década del nuevo siglo se ha observado un importante aumento de las ETS. En Madrid la incidencia de sífilis aumentó un 223% de 2003 a 2007, afectando principalmente a HSH³. Las notificaciones de las comunidades autónomas indican que a partir de 2004 los diagnósticos de sífilis han aumentado respecto a la década precedente, así como los casos notificados de infección gonocócica. Entre 2005 y 2008, el 60% de los diagnósticos de estas enfermedades se produjeron en HSH¹.

Además de este crecimiento de la incidencia de VIH y otras ETS, se observa el fenómeno de la coinfección entre VIH y sífilis, gonorrea y otras^{1,4}. Durante el periodo 2003–2008, el 33% de los HSH diagnosticados de infección VIH en centros venereológicos presentaron de forma simultánea otra ETS, mientras que esto ocurrió en menor medida entre personas heterosexuales¹. El 28% de los HSH diagnosticados de sífilis y el 15% de los pacientes con gonorrea identificados estaban coinfectados por el VIH¹. Por otra parte, la prevalencia de sífilis entre los nuevos diagnósticos de VIH fue del 15%, la de condilomas del 7%, la de gonorrea del 5% y la infección por *Chlamydia trachomatis* del 3%⁴.

Causa frustración ver cómo esto ocurre en sociedades desarrolladas como la española, donde existe un acceso amplio a los servicios sanitarios, conocimiento e información suficiente sobre mecanismos de transmisión y medidas preventivas.

Son varios los artículos que en los últimos años han llamado la atención sobre la necesidad de enfrentar los retos actuales de la epidemia de VIH y urgen a retomar una acción global, urgente y revitalizada para la prevención de la infección^{5–8}. Esto parece de la máxima urgencia, puesto que la reducción del número de nuevas infecciones se ha detenido en los países desarrollados⁹.

Por todas estas razones, realizamos un estudio cuyo objetivo principal fue investigar los mecanismos que estarían motivando

el fracaso de la prevención, cuya consecuencia más evidente y dramática es la creciente incidencia de VIH y otras ETS entre HSH. En concreto, pretendíamos conocer prácticas y conductas sexuales de riesgo y las percepciones y valoraciones de los pacientes respecto a dicho riesgo.

Pacientes y métodos

Se realizó un estudio prospectivo entre junio 2010 y enero 2012 en HSH con infección VIH que asistían a una consulta hospitalaria para su control y seguimiento en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, hospital universitario que sirve una zona del centro de Madrid con una población de 400.000 habitantes.

Se pasaron cuestionarios autoadministrados, anónimos y voluntarios de elaboración propia. Debido a que interesaba conocer las prácticas y conductas sexuales así como las percepciones y valoraciones antes de adquirir la infección, el único criterio para participar fue que la infección VIH hubiera sido diagnosticada ≤ 24 meses antes. Todos los pacientes que cumplían este requerimiento fueron invitados a participar por el médico y la enfermera que habitualmente les atendían, explicándoles las razones y los objetivos del estudio, su voluntariedad y anonimato, y firmaron una hoja de aceptación.

El cuestionario para pacientes incluía 58 preguntas divididas en 10 apartados. Cada uno de ellos tenía como objetivo explorar conocimientos, actitudes y comportamientos frente al VIH en lo referente a: 1) situación actual de la epidemia; 2) interlocutores de la enfermedad; 3) conciencia de enfermedad y exclusión; 4) conocimientos básicos; 5) hábitos; 6) preocupación; 7) prevención; 8) confidencialidad; 9) implicación y responsabilidad, y por último, 10) valores en la relación clínica e imagen del VIH. El apéndice 1 contiene el cuestionario de pacientes. Los pacientes fueron provistos de sus correspondientes cuestionarios, que completaron a solas en la misma consulta.

También se realizó un estudio de conveniencia a médicos especialistas en enfermedades infecciosas y/o con experiencia en VIH (médicos hospitalarios o que pasaban consultas ambulatorias), reclutados por los autores en reuniones y congresos patrocinados por la SEIMC y con participación voluntaria. A estos profesionales se les explicaron las razones del estudio y se les proveyó del cuestionario que ulteriormente era recogido en lugares convenientes. El cuestionario a profesionales sanitarios incluía 48 preguntas divididas en 7 apartados, y cada uno de ellos tenía como objetivo explorar

Tabla 1

Prácticas, percepciones y actitudes ante el riesgo de infección con VIH en hombres que tiene sexo con hombres. Madrid, 2010-2012

	Número/Total de respuestas	Prevalencia 95%	IC
<i>Hábitos preventivos</i>			
Uso de preservativo antes del diagnóstico	365/488	75	0,94-1,03
Uso de preservativo después del diagnóstico	456/479	75	1,36-1,50
Análisis VIH regulares	274/483	57	0,52-0,61
Pregunta el estado serológico a la pareja sexual	132/487	27	0,38-0,52
Informa del estado serológico a la pareja sexual	219/476	46	1,06-1,19
<i>Comportamientos sexuales</i>			
Uso de drogas durante la relación sexual	134/484	28	0,42-0,56
Uso de poppers/viagra	218/484	45	0,70-0,86
Fisting ^a	60/485	12	0,44-0,59
Relaciones sexuales con ≥ 2 personas distintas en un mismo día	310/485	64	1,08-1,24
Relaciones sexuales en grupo (≥ 3 personas)	125/484	26	0,40-0,54
Contacto para encuentros sexuales por Internet	226/487	46	0,68-0,84
«Serosorting» (relación sexual desprotegida entre seroconcordantes)	41/479	9	0,10-0,19
<i>Factores subjetivos asociados a la infección</i>			
Falta de información	163/490	33	0,29-0,37
Pareja sexual	100/490	20	0,17-0,24
Casualidad	87/490	18	0,14-0,21
Mala suerte con los métodos preventivos	68/490	14	0,11-0,17
Estado de ánimo	81/490	16	0,13-0,20
<i>Reacciones ante el diagnóstico</i>			
«Nunca pensé que me pudiera pasar a mí»	202/489	41	0,37-0,46
«Pensaba que me protegía adecuadamente»	124/489	25	0,21-0,29
«Tuve mala suerte»	158/489	32	0,28-0,36
«Me arriesgué demasiado»	178/489	36	0,32-0,41
«Me despreocupé respecto a la enfermedad»	121/489	25	0,21-0,29
«Me engañaron y sé quién me contagió»	71/489	15	0,11-0,18
«No sé cómo pudo pasar»	71/489	15	0,11-0,18
«Pensé que me podía suceder en algún momento»	59/489	12	0,09-0,15

^a Fisting: acto de insertar la mano o el puño en el recto.

percepciones, actitudes y opiniones del personal sanitario respecto a: 1) situación actual de la epidemia; 2) prevención; 3) percepción de la epidemia como problema; 4) percepción de la enfermedad; 5) imagen del VIH; 6) percepción del paciente, y 7) valores en la práctica clínica. El apéndice 2 contiene el cuestionario de profesionales sanitarios.

Tanto los cuestionarios de los pacientes como los de los médicos estaban abiertos a cualquier comentario por escrito o consideración que los encuestados quisieran aportar a los resultados del estudio.

El estudio se realizó garantizando el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal en la recogida, análisis y publicación de los resultados, y fue aprobado por el Comité Ético y de Investigación Clínica de la institución.

Se calcularon proporciones y sus intervalos de confianza al 95%. El análisis de los datos se realizó con un paquete estadístico SPSS 16.0.

Resultados

Se propuso la participación a 522 HSH, de los que 495 (95%) aceptaron y finalmente cumplimentaron sus encuestas. La edad media de los encuestados era de 39 años (entre 22 y 81 años). El 76% estaban en tratamiento antirretroviral. Se realizaron también 121 encuestas a médicos especialistas en VIH y/o enfermedades infecciosas.

Los resultados referentes al cuestionario realizado a pacientes se dividen, para su mejor comprensión, en 2 categorías: a) Prácticas y comportamientos sexuales considerados de riesgo, y b) Percepciones, actitudes y valoraciones frente al riesgo (tabla 1). Ya que tanto los cuestionarios de los pacientes como los de los médicos estaban abiertos a comentario, se incluyeron aquí los que fueron repetidos con mayor frecuencia y sobre los que se estimó había mayor grado de coincidencia entre los encuestados.

Prácticas y comportamientos sexuales

Como muestra la tabla 1, entre los pacientes encuestados el 65% habían mantenido, habitual u ocasionalmente, relaciones sexuales con 2 o más personas distintas en un mismo día, es decir, mayoritariamente existía una simultaneidad de parejas sexuales. Además, el 47% de estos pacientes planeaba viajes o encuentros sexuales a través de Internet, y el 26% tenían habitual u ocasionalmente relaciones sexuales en grupo. Además de esta pauta de relaciones sexuales, los datos mostraron que el 73% de los pacientes nunca preguntaban el «status serológico» de la pareja sexual. En este apartado algunos pacientes comentaron que habían «notado un aumento de las ofertas de prácticas de riesgo» o que «han aumentado un 100% las prácticas gays sin protección y consumiendo drogas». Preguntados por el consumo de drogas antes o durante el acto sexual, apareció que el 27% de los encuestados reconocían consumir alcohol/cocaína/anfetaminas y un 45%, poppers o viagra.

En lo referido a las medidas preventivas adoptadas por los encuestados, el 63% decía usar el preservativo «siempre o casi siempre» pero solo en las relaciones con penetración, frente al 29% que decía usarlo siempre, incluso en las relaciones sexuales orales. Solo el 5% decía no usarlo habitualmente.

Percepciones, actitudes y valoraciones del riesgo

El 87% de los encuestados reconocían tener conocimientos sobre la manera de adquirir la infección y el 97% sabían las formas de prevenirla. Al ser preguntados específicamente por la percepción del riesgo de contraer la infección, el 69% se sabían expuestos y con riesgo de adquirirla; sin embargo, el 43% se mostraron poco preocupados ante la posibilidad de contraerla.

En una serie de preguntas que tenían como objetivo analizar las actitudes que podían determinar cómo el paciente se enfrentaba a la posibilidad de adquirir la infección (gestión del riesgo),

el 65% de los encuestados consideraron que generalmente actuaban con impulsividad y el 30% reconocieron una pérdida de control en su conducta. Al ser preguntados por los factores que identificaban como determinantes o influyentes a la hora de adquirir la infección, los pacientes señalaban falta de información (33%) y, en menor número, la casualidad (18%), la mala suerte (14%) o el estado de ánimo (17%). En este sentido, algunos encuestados señalaron también la «falta de percepción del riesgo», «la pérdida del miedo» y «el exceso de confianza».

En cuanto a la valoración y reacción ante el diagnóstico de la infección, mayoritariamente (41%) respondieron «nunca pensé que me pudiera pasar a mí», y en menor medida (25%) escogieron la opción «pensaba que me protegía adecuadamente». Ante la misma pregunta aparecieron también motivaciones tales como la mala suerte (32%), el riesgo excesivo asumido (36%) o la despreocupación con respecto a la enfermedad (25%). En un porcentaje menor aparecieron explicaciones como el engaño de la pareja sexual (15%). Reacciones y explicaciones que también quedan reflejadas en los siguientes comentarios de los encuestados: «la gente cree imposible contraerla», «no estaba suficientemente preocupado por la enfermedad», «sabía que tenía riesgo, pero crees que no te va a tocar».

Se distribuyeron 190 cuestionarios a profesionales médicos. Solo 121 (64%) devolvieron los cuestionarios completos y fueron analizados. Los cuestionarios realizados a los médicos mostraron que el 24% de ellos consideraron que la infección por VIH/sida actualmente estaba fuera de control en España y el 71% de los encuestados juzgaron que el hecho de que hubiera aumentado el número de nuevas infecciones evidenciaba que actualmente no se tenían un plan adecuado frente al VIH/sida. A este respecto, el 81% pensaron que en la actualidad la lucha contra la enfermedad se centraba fundamentalmente en la terapéutica. No obstante, el 87% manifestaron que ahora creían necesario priorizar la prevención.

En cuanto a la percepción e impacto de la epidemia, el 82% se consideraron preocupados y el 54% creían que esa preocupación faltaba en la sociedad, no en los grupos de riesgo, que para el 68% de los médicos mostraban preocupación. Mayoritariamente (82%) manifestaron que en los últimos años la enfermedad había perdido importancia y repercusión social, y en un sentido parecido, el 62% opinaron que el discurso actual sobre la enfermedad se había dulcificado, entre otras cosas «para no crear alarma», «no estigmatizar a ciertos colectivos o no poner en tela de juicio la eficacia del sistema de salud pública». El 63% también expresaron que este discurso había perdido autoridad, que ya no tenía un carácter duro y disuasorio. Preguntados por la actuación de las autoridades sanitarias referentes a la prevención de la enfermedad, el 42% de los encuestados consideraron que las campañas eran poco eficaces, frente al 58% que afirmaron su eficacia.

En el apartado que indagaba sobre los determinantes de la creciente incidencia de nuevos casos de VIH, el 65% de los profesionales respondieron que, debido a los avances médicos y farmacológicos, se tenía respecto al VIH/sida la imagen de una enfermedad leve, controlada y poco preocupante. El 82,5% consideraron que actualmente la reacción de la sociedad frente a la enfermedad era despreocupada. Por otro lado, el 71% pensaban que el desconocimiento también podría ser otro factor que estuviera determinando este incremento. En sentido parecido, el 65,5% consideraron que la sociedad tenía una idea de las personas que padecen VIH/sida que no se correspondía con la realidad, y el 78% juzgaron que este hecho podría estar entorpeciendo la prevención.

En lo que se refiere a la relación clínica, el 57% consideraron la información que transmitían al paciente con respecto a prácticas de riesgo, significado de la enfermedad, implicaciones del tratamiento o perspectivas de salud como eficaz y suficiente. El 24% juzgaron que esta no era suficiente, y el 19% no contestaron a la pregunta. Examinando la percepción de estigma por parte de los

profesionales, los datos mostraron que el 72% pensaban que la actitud del personal sanitario con respecto a los pacientes con VIH era diferente en comparación con otro tipo de enfermedades, como cáncer o diabetes. Igualmente, el 72% consideraron que a día de hoy no constituíamos una sociedad integradora de las personas infectadas.

En lo que se refiere a la actitud del profesional con respecto a la prevención, resultó que mientras que el 52% consideraban que tenían un papel relevante en la prevención, el 48% de los médicos se consideraban impotentes a la hora de reducir el número de nuevos contagios.

Mayoritariamente (91%), los médicos encuestados pensaban que sí existían grupos de riesgo, con comportamientos de riesgo, en los que la enfermedad es más frecuente. También mayoritario (92%) fue que los profesionales juzgaran que alguno de sus pacientes tenía un comportamiento no responsable en sus relaciones sexuales. En este sentido, el 72% reconocieron haberse enfrentado a algún dilema moral suscitado por la conducta de alguno de sus enfermos.

Discusión

Entre la mayoría de los profesionales médicos encuestados existía la percepción de que el problema de la creciente incidencia del VIH entre HSH estaba mostrando las deficiencias de la prevención, y aunque no identificamos ningún discurso predominante sobre las causas de la actual situación, sí fue mayoritaria la opinión de priorizar la prevención en la lucha contra la enfermedad.

Nuestro estudio muestra que las ya documentadas prácticas que incrementan el riesgo de adquirir VIH —el uso de alcohol y drogas durante los encuentros sexuales, las prácticas sexuales anónimas o los múltiples y simultáneos *partners* sexuales— son frecuentes entre los pacientes encuestados^{10,11}. Aunque estos datos no se pueden extrapolar a todo el grupo de HSH, son consistentes con otros estudios que indican una notable tendencia a realizar tales prácticas entre personas pertenecientes a este grupo poblacional^{12,13}.

Además de la elevada frecuencia de estas así llamadas conductas de riesgo, también observamos que mayoritariamente los encuestados tenían una clara percepción de estar en riesgo de adquirir VIH, pues el 69% se sabían expuestos a la infección antes de ser diagnosticados. No obstante, el 40% de ellos se mostraron poco preocupados ante la posibilidad de contraer la infección.

De acuerdo con la literatura existente, que sugiere que las muy extendidas prácticas de riesgo son consecuencia del clima optimista y de seguridad que ofrece hoy la situación de la epidemia, podríamos interpretar la escasa preocupación frente a la infección como una trivialización de la realidad^{14,15}. Es decir, los pacientes, aun sabiéndose en riesgo, lo considerarían poco preocupante. Ello, además, podría favorecer la consolidación de las susodichas prácticas de riesgo y el uso contingente o equivocado de medidas preventivas. En otras palabras, habría un incremento en las prácticas de riesgo suscitado por la minimización de la percepción del peligro¹⁵. Ilustrativo de esto es el comentario de algunos encuestados que sugerían que el aumento de la incidencia se debía a «una equivocada percepción de la situación actual debida a la medicación existente; aumentan las prácticas de riesgo porque la gente se siente segura al existir tratamientos eficaces». La desinhibición y la euforia causadas por el uso simultáneo de alcohol y drogas probablemente contribuyen a la práctica de sexo inseguro. En este sentido nos parecen ilustrativas las palabras de Elton John, el famoso cantante británico de rock que, en una reciente entrevista, decía: «Cuando mezclas alcohol y drogas, te sientes invencible»¹⁶.

Siguiendo este argumento, si tenemos en cuenta los avances conseguidos en la lucha contra la enfermedad y que actualmente ofertamos y publicitamos varias vías para evitar la infección

—preservativo, profilaxis pre y post-exposición, microbicidas o tratamientos antirretrovirales—, podemos inferir que la magnitud del riesgo que puede asumir una persona susceptible de adquirir VIH será elevada, pues la sensación de seguridad que ofrece el discurso actual sobre el sida también es elevada¹⁷. Nuestro estudio muestra que, aunque mayoritariamente decían conocer los medios de adquirir y evitar la infección, este conocimiento no se tradujo en prácticas preventivas eficaces y puede deducirse un uso contingente, y por tanto ineficaz, del preservativo¹⁸.

Teniendo en cuenta que la pre-ocupación es el fundamento de la prevención, creemos que la pérdida de sentido y contenido de la idea de riesgo es lo que podría explicar la creciente incidencia del VIH y otras ETS entre HSH. Este fracaso en la prevención no sería causado por falta de información sobre la enfermedad o la ausencia de percepción del riesgo, sino más bien por la valoración que de ese riesgo hace la persona en su contexto sociocultural. Valoración y actitud que sería fundamentalmente trivial y despreocupada.

Es interesante recordar que, a pesar de conocer ampliamente las maneras de prevenir la infección, el 33% de los encuestados consideraron la falta de información como un factor determinante a la hora de adquirir la infección, lo cual podría mostrar que no se está haciendo llegar un mensaje adecuado sobre la importancia y la gravedad de la enfermedad. A nuestro entender no sería falta de información, sino más bien la ineficacia de la información, que no tendría una repercusión que permita a la persona reducir las prácticas de riesgo y emplear métodos preventivos eficaces. Algo similar ha sido sugerido por Richens et al.¹⁴ al afirmar que la proliferación de prácticas de riesgo no sería por ignorancia o incompetencia. Así, estudios orientados a investigar y comprender las razones por las que una persona se expone al riesgo nos parecen de la máxima importancia.

Esta investigación tiene importantes limitaciones. Se trata de un estudio basado en encuestas, y aunque voluntarias y anónimas, pueden contener datos no enteramente fidedignos. Las preguntas sobre prácticas sexuales no se centraban en un periodo temporal limitado, sino que incluía un largo e indefinido periodo previo al diagnóstico de la infección. Además, las encuestas no fueron realizadas en todos los pacientes inmediatamente después del diagnóstico, con lo cual se pudo introducir otro factor de confusión. Finalmente, la comparación con un grupo de personas HIV-negativas habría podido dar más significación al estudio. No obstante, creemos que los datos aquí presentados pueden aportar información útil para entender alguna de las razones del aumento de nuevas infecciones en HSH.

A partir de los datos recogidos y en coherencia con la literatura existente, podemos concluir que fundamentalmente existen 2 factores que podrían estar determinando una banalización del riesgo de adquirir la infección. Primeramente existiría una dulcificación y pérdida de repercusión e impacto del discurso actual sobre el sida. Por un lado las campañas de prevención habrían perdido el carácter duro y disuasorio de los primeros años de la epidemia. Por otro, los medios de comunicación habrían priorizado el mensaje del éxito o se habría hecho un manejo puramente estadístico de la enfermedad en lugar de ofrecer un refuerzo a la prevención.

Como recogen otros estudios, la cobertura mediática de la enfermedad ha caído y se aprecia un *agotamiento* del tema y una situación en la que la información de los medios se centra más en lo efectista y en lo nuevo, que en aportar un punto de vista ciertamente informativo y educativo a la vez^{19–21}. Incluso observamos cómo se publicita sin crítica la posible terminación de la epidemia^{22–24}. En este sentido, aunque exista discusión sobre cuál debe ser la naturaleza de los mensajes que han de mandarse a la población, según la evidencia presente no parece ni realista ni prudente hablar del fin de la epidemia^{25,26}.

Como otros, pensamos que, debido a los avances médicos y farmacológicos, pero también políticos y sociales, existe hoy una

imagen de control y optimismo transmitida a la población. Esto tiene también consecuencias en las conductas sexuales de las gentes^{27,28}. Vivimos en un ambiente de optimismo en la lucha contra el VIH/sida, pero también vivimos en un mundo cambiante con grandes recortes presupuestarios a nivel nacional y global que podrían hacer peligrar lo conseguido²⁹. El continuado aumento de nuevas infecciones que viene a incrementar el ya muy extenso grupo de personas necesitadas de tratamiento constituye una sobrecarga más sobre un sistema sanitario casi exhausto. Por estas y otras razones, parece importante un renovado impulso a la prevención de la infección por el VIH.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Situación epidemiológica de la infección por VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2011 <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/SituacionEpidemiologicaVIHSH.pdf2>
2. European Centre for Disease Prevention, Control/WHO, Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2009. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2010.
3. González-López JJ, Fernández-Guerrero ML, Luján R, Tostado SF, de Górgolas M, Requena L. Factors determining serologic response to treatment in patients with syphilis. 2009;49:1505–11.
4. Grupo EPIVIH. Proyecto EPIVIH. Nuevos diagnósticos de infección por VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico de VIH, 2003–2008. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología; 2010.
5. El-Sadr WM, Mayer KH, Hoddler SL. AIDS in America—forgotten but not gone. *N Engl J Med*. 2010;362:967–70.
6. Van de Laar MJ. HIV/AIDS and other STI in men who have sex with men—a continuous challenge for public health. *Euro Surveill*. 2009;14, pii: 9423.
7. De Cock K, Jaffe HW, Curran J. Reflections on 30 years of AIDS. *Emerg Infect Dis*. 2011;17, <http://dx.doi.org/10.3201/eid1706.100184>.
8. Horton R. Putting prevention at the forefront of HIV/AIDS. *Lancet*. 2008;372:421–2.
9. Van de Laar MJ, Likatavicius G, Stengaard AR, Donoghoe MC. HIV/AIDS surveillance in Europe: Update 2007. *Euro Surveill*. 2008;13, pii: 19066.
10. Folch C, Esteve A, Zaragoza K, Muñoz R, Casabona J. Correlates of intensive alcohol and drug use in men who have sex with men in Catalonia, Spain. *Eur J Public Health*. 2010;20:139–45.
11. McFarlane M, Bull SS, Rietmeijer CA. The Internet as a newly emerging risk environment for sexually transmitted diseases. *JAMA*. 2000;284:443–6.
12. Folch Toda C, Muñoz R, Zaragoza L, Casabona J. Sexual risk behaviour and ITS determinants among men who have sex with men in Catalonia, Spain. *Euro Surveill*. 2009;14, pii: 19415.
13. Elford J, Bolding G, Davis M, Sherr L, Hart G. Trends in sexual behaviour among London homosexual men 1998–2003: Implications for HIV prevention and sexual health promotion. *Sex Transm Infect*. 2004;80:451–4.
14. Richens J, Imrie J, Copas A. Condoms and seat belts: The parallels and the lessons. *Lancet*. 2000;355:400–3.
15. Cassel MM, Halperin DT, Shelton JD, Stanton D. Risk compensation: The Achilles' heel of innovations in HIV prevention. *BMJ*. 2006;332:605–7.
16. Diario El País, Sección Cultura. Jueves 19 Jul 2012, p 50.
17. Eaton LA, Kalichman S. Risk compensation in HIV prevention: Implications for vaccines, microbicides, and other biomedical HIV prevention technologies. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2007;4:165–72.
18. Ahmed S, Lutalo T, Wawer M, Serwadda D, Sewankambo NK, Nalugoda F, et al. Incidence and sexually transmitted disease prevalence associated with condom use: A population study in Rakai, Uganda. 2001;15:2171–9.
19. Brodie M, Hamel E, Brady LA, Kates J, Altman DE. AIDS at 21: Media coverage of the HIV epidemic 1981–2002. *Columbia Journalism Review*. 2004;42:8.
20. Martín Fernández R. El sida ante la opinión pública: el papel de la prensa y las campañas de prevención estatales en la representación social del sida en España. *Revista Humanidades*. 2009;15:237–68.
21. Wright K. AIDS: Hiding in plain sight. *Columbia Journalism Review*. 2004;42:5.
22. Granich RM, Gilks CF, Dye C, de Cock KM, Williams BG. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: A mathematical model. *Lancet*. 2009;373:4857.
23. Holtgrave DR. Is the elimination of HIV infection within reach in United States? Lesson from an epidemiologic transmission model. *Public Health Rep*. 2010;125:372–6.
24. Wilson DP, Hosein SR. It is too early to discuss HIV elimination. *Public Health Rep*. 2010;125:786.
25. Folkers GK, Fauci AS. Controlling and ultimately ending the HIV/AIDS pandemic: A feasible goal. *JAMA*. 2010;304:350–1.

26. Slavin S, Batrouney C, Murphy D. Fear appeals and treatment side-effects: An effective combination for HIV prevention? *AIDS Care.* 2007;19:130–7.
27. Dilley JW, Woods WJ, McFarland W. Are advances in treatment changing views about high risk sex. *N Engl J Med.* 1997;337:501–2.
28. Abelson J, Rawstorne P, Crawford J, Mao L, Prestage G, Kippax S. HIV optimism does not explain increases in high-risk sexual behaviour among gay men of positive or negative HIV status in Sydney, Australia. *AIDS.* 2006;20:1215–6.
29. Havlir D, Beyrer C. The beginning of the end of AIDS? *N Engl J Med.* 2012;367:685–7.