

Manual práctico para informadores/as de teléfonos de información sobre VIH

Manual práctico para informadores/as de teléfonos de información sobre VIH



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO
SECRETARÍA GENERAL TÉCNICA

Paseo del Prado, 18 - 28014 Madrid

NIPO: 351-07-032-4

Depósito Legal: M. 48.928-2007

Imprime: Sociedad Anónima de Fotocomposición

Talísio, 9

28027 Madrid

<http://www.060.es>

Manual práctico para informadores/as de teléfonos de información sobre VIH



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

Índice

1. **Presentación**
2. **Introducción**
3. **Objetivos del servicio de información telefónica y población diana**
4. **Características del servicio telefónico**
5. **Principios generales**
6. **¿Cómo informar?**
7. **Formación de las personas que atienden el servicio**
8. **Perfiles de las personas usuarias del teléfono**
9. **Respuestas de consenso a preguntas complejas**
 - Síntomas de la infección, período ventana, pruebas diagnósticas del VIH y tratamientos
 - Relaciones sexuales con penetración
 - Relaciones sexuales orales y masturbación
 - Profilaxis post exposición no ocupacional
 - Discriminación y aspectos legales
 - Miscelánea
10. **Búsqueda de información a través de internet**
11. **Indicadores. Recogida de datos**
12. **Difusión del servicio**
13. **Bibliografía**
14. **Grupo de consenso**

1. Presentación

Los servicios de atención telefónica sobre la infección por el VIH constituyen una eficaz herramienta de prevención ya que no solamente suministran información precisa y rigurosa a la persona que lo solicita sino que además promueven actitudes y comportamientos saludables.

En 1998, la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida coordinó la elaboración de un manual de consenso entre los distintos servicios de atención telefónica sobre sida, con el fin de mejorar su calidad y proporcionar criterios de atención y respuestas a las preguntas más complejas. Hoy, diez años después, algunos apartados requerían una actualización, que es la que aquí se presenta. La estructura y el texto original se han respetado, salvo en aquellos apartados que el nuevo grupo de consenso ha considerado necesario ampliar o actualizar.

A lo largo de estos años han surgido en todo el país nuevos teléfonos de información del VIH promovidos tanto por administraciones públicas como por organizaciones no gubernamentales (ONG). Hoy día existen gran cantidad de teléfonos diferentes, algunos específicos sobre el VIH y otros más generales sobre sexualidad, distribuidos por todas las comunidades autónomas, a los que las personas pueden dirigirse para consultar sus preocupaciones o dudas acerca de la infección por el VIH.

El objetivo de este manual es mejorar la calidad de los servicios de información telefónica sobre el VIH. Para ello se unifican los criterios de atención, se ofrecen pautas para mejorar la comunicación y se han consensuado las respuestas a determinadas preguntas que en la actualidad se han comprobado menos homogéneas entre los distintos teléfonos de información.

Este manual está dirigido a las personas que atienden consultas sobre el VIH a través del teléfono y que, por tanto, ya tienen una formación básica sobre la infección producida por este virus.

Es importante señalar que si bien este manual se centra, fundamentalmente, en la información telefónica acerca del VIH, actualmente ésta es una infección que en nuestro país se transmite sobre todo a través de prácticas sexuales desprotegidas, por lo que la exposición de riesgo para adquirir el VIH supone, a la vez, exposición de riesgo de adquirir otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Esto hace que los servicios de información telefónica a los que se dirige este manual sean un recurso idóneo para dar información básica que contribuya también a prevenir dichas infecciones.

2. Introducción

En nuestro país, los primeros servicios telefónicos de información sobre el VIH surgieron en 1987 como respuesta a la necesidad percibida de informar de manera anónima a las personas interesadas en saber más sobre determinados aspectos de la infección producida por el VIH.

Las características del servicio telefónico —el anonimato, la accesibilidad y la inmediatez— favorecen que la persona que llama pueda expresarse libremente sin disimulos ni necesidad de ocultar. Esto es importante si tenemos en cuenta que muchas veces se tratan los aspectos más íntimos de las personas, y que todavía no están totalmente superados los prejuicios y las actitudes de rechazo y discriminación hacia las personas infectadas por el VIH.

Desde un teléfono de información no siempre es posible dar una solución a los problemas que se plantean, pero sí puede ayudarles a sentirse mejor y a enfrentarse de una manera más eficaz a los problemas y a las dificultades con las que se encuentran.

Tampoco existe una fórmula única ni una receta especial para responder las llamadas que llegan hasta un teléfono de información sobre el VIH. La misma consulta puede formularse de distintas maneras y quien pregunta puede responder emocionalmente de forma diferente ante las situaciones y conflictos planteados.

Por ello es fundamental que la persona que informe tenga una **formación básica sobre el VIH y otras ITS y disponga de las habilidades necesarias** para poder decidir qué tipo de información resulta más útil para la persona que llama. En la comunicación que se establece a través del teléfono adquiere tanta relevancia **la forma** en que se transmite la información como **el contenido** de la misma.

En cualquier caso, los mensajes transmitidos a través de un servicio de atención telefónica siempre serán mejor aceptados si responden a las necesidades de la persona que demanda sus servicios. Para lograrlo, los mensajes deben:

- Ser de interés **directo** para la persona afectada.
- Centrarse en su «**situación única e importante**», tal y como es narrada por la misma.
- Ayudarle a definir **por sí misma** la índole de los problemas que se le plantean.

- Orientarle en la toma de **decisiones realistas** sobre su propia responsabilidad y modo de vida.

Por último, no se debe olvidar que el momento de atender la llamada constituye una ocasión única para recordar las medidas de prevención y que algunas prácticas que conllevan bajo riesgo frente al VIH suponen un importante riesgo para otras ITS. Es importante por tanto que la persona que informa aproveche siempre estos momentos para incidir en la **adopción de medidas preventivas** para evitar la transmisión del VIH y otras ITS, ya que, a pesar de los años de evolución de la epidemia, **la prevención sigue siendo la principal medida contra esta infección.**

3. Objetivos del servicio de información telefónica y población diana

Objetivos

1. Responder de forma clara, precisa y rigurosa a las preguntas de las personas que llaman.
2. Ofrecer apoyo a las personas afectadas por el VIH.
3. Difundir medidas preventivas y promover actitudes favorables para la aplicación de las mismas.
4. Fomentar el respeto hacia las personas infectadas por el VIH.
5. Favorecer la resolución de los problemas psicosociales facilitando el acceso a los recursos existentes relacionados con la infección por VIH.
6. Ofrecer un recurso de acceso fácil e inmediato a la población que no acude a otros servicios de información y asesoramiento.

Población diana

Cualquier persona que se plantee dudas sobre este tema o necesite tener una información más amplia y detallada:

- Personas que piensan o creen estar infectadas por el VIH.
- Individuos que necesitan saber si su comportamiento o el de personas cercanas a ellos les pone en riesgo de infectarse por el VIH y si es necesario realizarse la prueba del VIH.
- Personas que viven con el VIH.
- Personas que están pensando en realizarse la prueba.
- Familiares o amigos/as de personas que viven con la infección, etcétera.

4. Características del servicio telefónico

El teléfono de información sobre el VIH es un instrumento útil para la población porque:

1. **Es un canal directo de comunicación.** La comunicación se establece directamente entre la persona que precisa la información sobre el VIH y la que informa. Además la respuesta se individualiza siempre.
2. **Es anónimo y, por tanto, confidencial.** En los temas de salud y sobre todo en los relacionados con el comportamiento sexual, la confidencialidad es básica. La llamada a un teléfono de información sobre el VIH garantiza esa confidencialidad puesto que no se solicitan más datos que los necesarios para proporcionar una buena respuesta.
3. **Es inmediato.** La respuesta es inmediata. No precisa pedir cita previa, ni desplazarse del lugar en que se encuentra, ni buscar el momento más oportuno para acceder al servicio.
4. **Es accesible.** Las posibilidades de acceder a un servicio telefónico son múltiples. Algunos de los teléfonos de información sobre el VIH disponibles actualmente son además gratuitos.

Para facilitar esta comunicación, evitar interferencias (ruidos de fondo, voces, teléfonos, etc.) y asegurar la máxima privacidad, es importante que el emplazamiento del servicio telefónico no sea una zona de paso o ruidosa que pueda hacer disminuir la concentración del informador/a y que a la persona que llama le surjan dudas sobre la calidad del servicio, sino que se buscará un sitio lo más silencioso posible.

5. Principios generales

Las actitudes y destrezas de la persona que informa en la atención del teléfono son el producto de su formación y experiencia. Por ello, es imprescindible que el informador haya recibido una formación previa adecuada y que esté al día de la información más reciente sobre el VIH, las ITS y los recursos existentes. Es conveniente asimismo que cuente con formación específica sobre habilidades de comunicación y consejo y que se le facilite formación continuada mediante la asistencia a cursos, congresos y a través de la realización de reuniones periódicas entre los miembros del equipo de atención telefónica.

Para proporcionar un buen servicio y mejorar la eficacia del mismo, se recomienda aplicar los siguientes principios generales:

1. Las respuestas deben basarse **siempre en los conocimientos científicos actuales** y estar respaldadas por la bibliografía.
2. Es fundamental tener capacidad de empatizar con la persona que llama, ponerse en el lugar del otro, y aceptar a la persona que llama tal y como es. Empatizar no significa estar de acuerdo con la conducta de quien llama, sino que ésta perciba que se le está comprendiendo y que es aceptada cualesquiera que sea su estilo de vida, su preferencia sexual y su situación socioeconómica, cultural o religiosa. Por ello, es importante **saber escuchar**.
3. No tener prisa. Disponer de un **tiempo suficiente** de comunicación será útil:
 - A quien solicita la información, para relatar con más detalle la cuestión que le preocupa, si así lo desea.
 - A quien informa, para realizar una mejor evaluación del riesgo al que la persona se ha expuesto, precisar la respuesta y poder detectar el grado de ansiedad y otras preocupaciones específicas. Es importante saber no sólo **qué se le va a decir**, sino también **la forma** en que esa información le va a ser más útil.
4. Ser **convinciente** en la respuesta y, en ocasiones, tajante. Las dudas, imprecisiones e inseguridades contribuyen a que la persona que solicita la información no quede satisfecha, recurra a otras

fuentes de información, o tenga momentos de incertidumbre innecesaria. Para ello quien informa debe:

- Prever el efecto de la respuesta y comprender las reacciones de la persona que llama (la persona que es razonable, la que tiene miedo, la que es aprensiva, la que se siente culpable, la que se derrumba, etc.).
 - Ofrecer «frases clave» que ayuden a asimilar los mensajes. Por ejemplo, son útiles frases como «*es necesario un contacto íntimo y una concentración suficiente de virus para que se transmita el VIH*», «*la saliva no transmite el VIH*», etc.
5. Tener en cuenta la edad, el país de origen y el **nivel cultural** de quien solicita información. En todo caso, siempre hay que dar una respuesta adaptada a las características de cada persona y utilizar términos sencillos y fácilmente comprensibles. **La misma verdad se puede decir de muy distintas maneras.**
- En ocasiones la persona que realiza la llamada puede utilizar términos despectivos, discriminatorios que pueden ser corregidos sutilmente por quien informa.
6. Saber **derivar** si no se conoce la respuesta. Es mejor no contestar y emplazar a la persona que llama a hacerlo un poco más tarde o remitirle a algún centro especializado. La persona que informa **no tiene por qué saber de todo, ni el teléfono de información es un instrumento para dar informaciones técnicas, médicas o que requieran de la intervención de especialistas.** Por tanto, es importante saber **derivar** estas preguntas a los organismos o profesionales adecuados. Para ello es importante conocer los recursos existentes y los diferentes teléfonos de información disponibles en las distintas comunidades autónomas para derivar cuando sea necesario.
7. En muchas ocasiones **la información no garantiza que se tomen medidas preventivas.** Esto es debido a diferentes aspectos que, al margen de la información, influyen en que se mantengan prácticas con riesgo de infección por el VIH. Algunos de estos factores pueden ser la falta de habilidades para una efectiva comunicación y negociación del uso del preservativo, la baja autoestima, los ideales románticos, especialmente importantes en la adolescencia, la baja percepción de riesgo y los condicionantes de género que colocan a las mujeres en una situación de ma-

yor vulnerabilidad frente al VIH. Es necesario que a través del servicio telefónico se tengan en cuenta estas cuestiones y que **los mensajes que se transmitan, se adapten a las necesidades de los diferentes usuarios/as** con el objetivo no sólo de informar sobre la necesidad de prevenir riesgos, sino de asesorar y orientar en diferentes aspectos que puedan estar influyendo en que no se adopten las medidas preventivas.

8. **Reducir el daño/riesgo.** Como complemento al punto anterior, ante la percepción de rechazo, dificultad o imposibilidad de adoptar las medidas de prevención y/o protección que se indiquen, se debe hacer el máximo esfuerzo para ofrecer otras posibilidades más acordes con los argumentos que nos dé el/la usuario/a, a fin de que finalmente puedan ser aceptadas y útiles.

Vigilancia y evaluación de la calidad del servicio

El servicio de información telefónica cumplirá sus objetivos si es de calidad y soluciona los problemas que van surgiendo de forma apropiada. Para ello es importante realizar una constante vigilancia y evaluación de su calidad. Debe analizarse, entre otras cosas, el contenido de las llamadas, los problemas asociados a las llamadas fallidas, la coherencia de las respuestas y la capacidad para responder inmediatamente a las preguntas sobre los temas que van surgiendo y revisar de forma continua las bases de datos de referencia, las derivaciones a los servicios adecuados y la formación continuada recibida por los/as teleoperadores/as.

Evaluar la eficacia de este tipo de servicio resulta difícil, ya que, debido al anonimato y confidencialidad, no se puede hacer seguimiento de las personas que llaman, no hay forma de evaluar el impacto del servicio sobre el comportamiento de las personas o determinar si las derivaciones que se hicieron fueron efectivas y si las personas recibieron un servicio satisfactorio y de buena calidad. La falta de seguimiento directo impide que se conozcan los resultados. Sin embargo, puede ser un indicador de la eficacia del servicio el hecho de recibir llamadas de personas estimuladas por otras que habían llamado anteriormente.

6. ¿Cómo informar?

La eficacia de la comunicación establecida por teléfono depende de la relación que se establece entre la persona que llama y el/la informador/a, y del intercambio de datos y mensajes.

Una de las claves de una buena información, por tanto, se encuentra precisamente en **la persona que informa**. Una buena comunicación guarda una relación directa con el grado en que quien llama expresa sus pensamientos, sus miedos y sus sentimientos. Por ello, es fundamental:

- No juzgar, ironizar ni mostrar escepticismo.
- No mostrar irritación, ni excesiva compasión.
- Tener autodominio y ser coherente.
- Aportar seguridad ante los miedos sobre el VIH que sean poco realistas.
- Mostrar atención, respeto, interés y comprensión.
- Ayudar a la persona, pero no controlarla, ni actuar de manera paternalista.
- Tener claro que cada persona es distinta a las demás.
- No dejarse condicionar por los sentimientos o creencias.

A continuación se describen algunos factores que pueden condicionar las respuestas de las personas que informan:

1. La cantidad de información aportada por el usuario del teléfono

El nivel de respuesta de quien informa depende en gran medida de la cantidad y la calidad de la información que aporta la persona que llama sobre la situación que le preocupa. Por ello, en la conversación se debe aludir a que la exactitud de la respuesta ofrecida se basa en la información facilitada (según lo que me has comentado, el riesgo,...).

En este sentido, hay personas que solicitan una información escueta sin alusiones a circunstancias personales concretas. Por ejemplo, consultas como vías de transmisión del VIH o la realización de la prueba. En estos casos se debe:

- Ofrecer una información real, lo más concreta posible.

- Respetar su intimidad sin «invadirle» con preguntas.
- Procurar un ambiente de confianza que permita, si quiere, narrar o explicar su situación o vivencia.
- Incidir en la adopción de medidas preventivas, aunque no se pregunte directamente.

2. Temporalidad de la exposición

Los mensajes se tratan de forma diferente si se está haciendo referencia a una exposición al VIH pasada o futura. Aunque la información va a ser siempre la misma, lo que varían son los objetivos a conseguir en la comunicación:

1. La referencia es **pasada**: son personas que han tenido prácticas de riesgo (o que las consideran como tales). El principal objetivo en este caso es **reducir el nivel de incertidumbre**. Para ello es importante:
 - Ofrecer información **veraz y en su justa medida** sobre la magnitud del riesgo al que han estado sometidas, las medidas preventivas, los recursos, las pruebas de detección del VIH. La persona que informe debe ser realista, pero sensible, cuando transmita un mensaje.
 - Huir tanto del **catastrofismo** («no hay nada que hacer», «tienes muchísimas posibilidades de estar infectado/a»), como del **optimismo exagerado** («seguro que no te has infectado»).
 - Incidir en la adopción de medidas preventivas ante futuras exposiciones. Siempre que se hable de la utilización de las medidas de prevención, es importante desdramatizar el posible uso de por vida de estas medidas.
2. La referencia es **futura**: son personas que prevén posibles exposiciones al VIH, tienen prácticas que conllevan riesgo de infección y transmisión del virus. En esta situación, el principal objetivo es **incidir en la adopción de las medidas preventivas**. Además se deberá:
 - Reducir la ansiedad que puede generar la falta de información.
 - Valorar el riesgo si se prevé una exposición, señalando la posibilidad de llegar a infectarse.

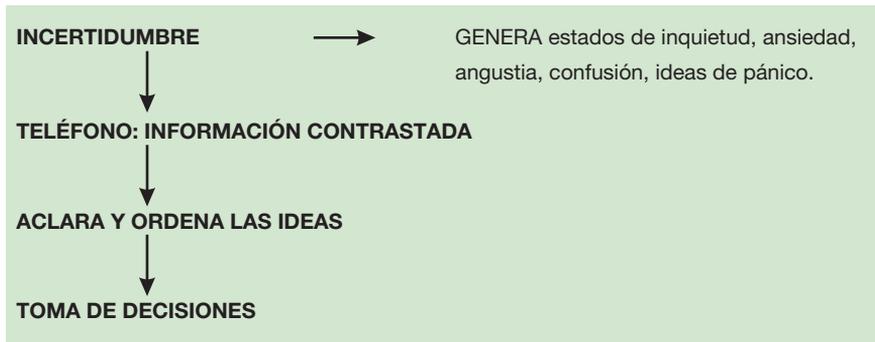
- Adelantar posibles consecuencias de sus acciones, como el riesgo de adquirir el VIH y otras ITS, insistir en los beneficios de la realización de la prueba, etc.

3. Grado de incertidumbre detectada

Las llamadas a los teléfonos de información sobre VIH pueden conllevar un mayor o menor grado de incertidumbre. Un cierto nivel de miedo, ansiedad o angustia es lo habitual como consecuencia de la situación desconocida.

La forma en que la persona que llama interpreta su propia situación es uno de los puntos claves que determinarán si esa persona va a enfrentarse eficazmente a esa situación o si se va a sentir desbordada e incapaz de sobrellevarla.

Esa situación de incertidumbre puede aclararse si recibe una información contrastada que le oriente, que le ayude a ordenar las ideas y a tomar sus propias decisiones.



La intervención para **reducir la incertidumbre** pasa por:

- Facilitar con nuestra escucha que exprese sus sentimientos y las vivencias que los producen.
- Mostrar comprensión y normalidad ante los sentimientos expresados por la persona que llama.
- Intentar modificar las creencias irracionales o distorsionadas cuando se detecten:
 - Aportando información contrastada con seguridad.
 - Señalando la improductividad y los posibles efectos negativos de determinadas actitudes.

- Reforzar lo positivo.
- Ayudarle a reconocer lo que sí ha salido bien. Empezar por la idea que es más fácil de ordenar.
- Informar sobre la posibilidad de que la misma incertidumbre genere síntomas inespecíficos (diarrea, insomnio, pérdida de apetito).
- Ofrecer la oportunidad de volver a llamar si no se controla esa intranquilidad.

4. Personas infectadas por el VIH o cercanas a éstas

El hecho de que las personas que llaman se identifiquen como personas infectadas por el VIH o como cercanas a éstas (amigos/as, familiares) no debe constituir una dificultad en la comunicación que se establece, aunque en ocasiones el tratamiento de la llamada pueda resultar delicado. El nivel de información del que normalmente disponen estas personas es muy alto y por tanto demandan **información precisa y/o actual**.

El mensaje diferirá únicamente en el hecho de que se habla de una realidad ya establecida y no de hipótesis, riesgos o posibilidades, como ocurre en casi todas las llamadas que se reciben en un teléfono de información. En estos casos, la persona que vive con el VIH, el familiar o amigo/a agradece del informador/a:

- Ser claro y realista, **dejando un margen a la esperanza**.
- No caer en victimismos, ni paternalismos.
- Tener delicadeza en la exposición.
- Aplicar el refuerzo positivo, es decir, **ahondar en los aspectos positivos**, minimizando los negativos.

7. Formación de las personas que atienden el servicio

Las personas seleccionadas para realizar la atención telefónica deberán tener un **perfil determinado**:

- Formación previa en aspectos relacionados con la prevención del VIH.
- Capacidad para resolver problemas y tomar decisiones.
- Actitud positiva frente a cuestiones relacionadas con el VIH y la sexualidad.
- Capacidad para no juzgar ni emitir juicios de valor.

Además, deberán realizar un **proceso de formación en información y asesoramiento sobre el VIH**, bajo la **supervisión** de la persona responsable del servicio telefónico. Es aconsejable contar un mínimo de 15 horas de formación distribuidas en diferentes módulos realizados por expertos/as en los diferentes temas que se traten y utilizar una metodología dinámica participativa que incluya técnicas de role playing para poder escenificar posibles preguntas con las que se podrán encontrar.

Entre los diferentes temas a contemplar en este proceso de formación se encuentran:

1. Formación inicial

- **Institucional:** de manera que todas las personas, profesionales y/o personal voluntario, que desarrollen su labor dentro de la institución que gestiona el servicio de atención telefónica, conozcan tanto la ideología y principios que subyacen a la intervención, como la estructura y funcionamiento de la misma.
- **Atención y gestión del servicio:** se trata de transmitir una visión muy clara del objetivo del programa y de la forma de proceder dentro del mismo. Se capacitará a las personas que van a intervenir en este servicio sobre la forma de transmitir esa información (claridad, rigor, empatía, respeto,...etc.), ya que no solo es importante lo que se dice sino el modo en el que se dice. Estos aspectos se pueden practicar mediante la escenificación de papeles y sesiones de asesoramiento telefónico simulado. También se asesorará

sobre la propia gestión del programa (protocolos de actuación, sistema de registro, recogida de datos, tratamiento de los datos, elaboración de informes...). Se hará especial hincapié en las características del servicio: la confidencialidad y el anonimato, y en el rigor y precisión en los contenidos de la información. Determinados perfiles de las personas que realizan llamadas, junto con llamadas de broma u ofensivas pueden aumentar la tensión y conducir al desgaste de las personas encargadas de contestar al teléfono, lo que puede tener un impacto negativo en la calidad del servicio y provocar elevadas tasas de movimiento del personal. Por ello es importante entrenar en la forma de manejar estas llamadas, con paciencia y educadamente, pero con firmeza.

- **Intervención:** se trabajará de forma directa la capacitación en la intervención dentro de los programas dirigidos a personas afectadas por el VIH, una intervención basada en las técnicas de counselling, apoyo y acompañamiento en los procesos.
- **Competencias:** se proporcionará información sobre la estructura en la atención a las personas afectadas por el VIH dentro de nuestro país, tanto en el ámbito de la administración central como de las comunidades autónomas y administración local, señalando las competencias de cada una de ellas.
- **Infección por el VIH:** se trata de proporcionar los conocimientos necesarios para poder informar de forma adecuada sobre las cuestiones relacionadas con el VIH que puedan plantearse y resolverse a través del teléfono. Se transmitirán algunos datos sobre la situación epidemiológica y se trabajarán en profundidad los aspectos relacionados con las vías de transmisión, formas de prevención, prueba diagnóstica del VIH, desarrollo de la enfermedad, tratamiento, enfermedades asociadas, aspectos sociales relacionados con la infección, profilaxis post exposición, otras infecciones de transmisión sexual, etc.
- **Sexualidad:** se trata de reflexionar sobre las propias actitudes hacia la diversidad de las sexualidades y de las orientaciones del deseo y se proporcionarán unos conocimientos básicos sobre el hecho sexual humano, la respuesta sexual, la identidad sexual, el deseo sexual y la afectividad, los comportamientos sexuales, la fecundidad y los métodos anticonceptivos, sus mecanismos, acceso a los mismos y su capacidad o incapacidad de proteger frente a infecciones.

- **Competencias:** se proporcionará información sobre la estructura en la atención a las personas afectadas por el VIH dentro de nuestro país, tanto en el ámbito de la administración central como de las comunidades autónomas y administración local, señalando las competencias de cada una de ellas.

2. Formación continuada

- **Actualización periódica:** teniendo en cuenta que se trata de un campo donde la innovación es constante y que es un tema de actualidad con multitud de referencias en los medios de comunicación que pueden dar lugar a nuevas consultas, es importante estar al tanto de las novedades y avances para asegurar que los mensajes que se ofrezcan sean coherentes. Se debe facilitar la posibilidad, tanto a las personas que supervisan el servicio como a las que realizan la atención telefónica, de asistir a talleres y conferencias de temas vinculados con su trabajo.
- **Supervisión:** Es importante que las personas que atienden el teléfono tengan a alguien que supervise y les pueda orientar diariamente. También es conveniente que, al menos una vez al mes, se puedan celebrar sesiones de información y liberación de tensiones. Las personas responsables de supervisar el servicio deben identificar las necesidades individuales de las personas encargadas de contestar las llamadas y ofrecer apoyo, formación especializada y ayuda en directo. Para prevenir el desánimo y el desgaste es aconsejable que se mantengan abiertos los cauces de comunicación y se construyan relaciones sólidas entre el personal.

3. Material de apoyo

- **Otras fuentes de información:** se proporcionarán guías de recursos, páginas web de interés, recepción de noticias diarias, materiales de apoyo y otros teléfonos de información, tanto de ámbito estatal como autonómico, para poder derivar cuando sea necesario.

8. Perfiles de las personas usuarias del teléfono

La gran mayoría de las personas que llama a los teléfonos de información sobre el VIH asimila correctamente y razona la información que se le da. Toma así sus propias decisiones sobre las medidas preventivas a adoptar, sobre las prácticas de riesgo realizadas o sobre la conveniencia de realizarse la prueba del VIH.

Sin embargo, no todas las consultas al teléfono se resuelven de esta manera. En ocasiones, la persona que informa puede sentirse incómoda ante llamadas reiteradas, o ante el cariz emocional que adquiere la intervención, y puede tener dificultades para responder adecuadamente.

Algunos estudios muestran además que alrededor de la décima parte de las llamadas que se reciben en un teléfono de información sobre VIH están realizadas por personas que pueden tener problemas psicológicos o psiquiátricos en mayor o menor grado. Muchas veces, las necesidades de personas con estos problemas se solapan con problemas relacionados con el VIH. En estos casos, si la comunicación establecida lo permite y el criterio de quien informa es claro al respecto, puede ser conveniente sugerir la posibilidad de consultar a un/a especialista.

En este capítulo se han recogido algunas de las situaciones que pueden generar más incertidumbre al informador/a y que se producen con más frecuencia. Estas situaciones no son únicas en su contenido y además pueden ser diferentes dentro del mismo problema. Las pautas específicas señaladas pueden ser de utilidad y deben ser siempre complementarias a las generales expuestas anteriormente.

1. Personas con un gran componente emocional

Un cierto nivel de ansiedad es necesario para desarrollar una vida normal. Sin embargo, a veces y tras vivir una situación límite, ese estado de ansiedad se hace insoportable.

En ocasiones, las personas que llaman se sienten tristes por alguna cuestión relacionada con la infección por VIH: personas que viven con el VIH que no consiguen adaptarse al diagnóstico o que están desanimadas por la evolución clínica, familiares de personas seropositivas, individuos

con prácticas de riesgo a la espera de resultados o personas que no pueden afrontar la realización de la prueba.

A veces, sin datos objetivos, pueden hasta mostrarse desbordadas emocionalmente. El simple hecho de dejarles hablar puede suponer un alivio y puede mejorar la adaptación a nuevas situaciones. En todo caso, es importante:

- Mostrar interés sin exceso de sobreprotección.
- Manifiestarles nuestra posición de escucha e indicarles que recibirán la información precisa.
- No rechazarles, ya que ello puede aumentar sus sentimientos de incompreensión o soledad.
- Ayudarles a relativizar las situaciones vividas que generan ese malestar subjetivo. Centrar las ideas en la visión positiva de las cosas.
- Animarles a que realicen alguna actividad que les satisfaga, y en lo posible, a que mantengan un ritmo normal de vida.
- Mantener una actitud de calma, control, confianza y apoyo.
- Evitar las indagaciones e interpretaciones sobre el origen de las emociones expresadas.
- Ante ideas suicidas es importante que la persona que informa no se asuste, le conceda más tiempo y le indique que sus ideas pueden ser fruto de sus emociones. Dejarles abierta la posibilidad de acudir a un/a especialista.

2. Personas con síntomas inespecíficos que aparecen tras haber tenido una posible práctica de riesgo y que asocian con la infección por el VIH

Es frecuente que personas que han tenido una posible práctica sexual de riesgo se autoanalicen en exceso, atribuyendo cualquier alteración física a la posibilidad de haberse infectado por el VIH. Las pautas a seguir son las siguientes:

- Ofrecerles una información adecuada y aconsejarles que se realicen la prueba del VIH.
- No considerar que sus ideas son raras ni indicarles que con el tiempo su inquietud desaparecerá. Para estas personas los síntomas son reales.
- Manifiestar interés sin sobrepasarse.

- Orientarles para que relativicen su situación. Dar razonamientos que puedan ser aceptables para ellos/as.
- Insinuar la posibilidad de que esos síntomas puedan estar también asociados a otras situaciones que les producen malestar e inquietud.
- Indicarles que acudan a su médico para la valoración de otras patologías, si persisten los síntomas.
- Animarles a que desarrollen una vida normal.
- Ser prudente con lo que se les dice, ya que todo lo que se diga puede ser registrado y puede confundirles, o puede ser utilizado contra quien informa.

3. Personas que no han tenido riesgo de infectarse por el VIH, pero que tienen pensamientos sobre el sida que no pueden controlar ni justificar

Estas personas tienen elementos de juicio suficientes para saber que no están infectadas por el VIH. Saben que no es un peligro real, conservan cierta capacidad de acción, pero sienten un impulso imperioso en evitar la supuesta situación de riesgo, lo que les produce una enorme ansiedad. En ocasiones, el sida puede llegar a convertirse en su obsesión y pueden tener miedo de infectar a otras personas. En estos casos, es importante:

- Ser rotundo/a en las afirmaciones y mantenerlas en las diferentes llamadas efectuadas por esa persona, ya que pueden estar cotejando la información recibida por otras vías.
- Repetir el mismo argumento y/o la misma frase. Esto evita que surjan conflictos con la información que se les ha dado ya. Además les ayuda a controlar las dudas que se generen tras la llamada.
- Reforzar lo positivo: señalar la nula posibilidad de transmisión.
- Señalar que nuestra información está avalada científicamente y a su disposición.

4. Personas que llaman múltiples veces, o a distintos teléfonos, filtrando únicamente la información que les interesa

Muchas personas que llaman a estos teléfonos de información consultan repetidamente. Las razones para ello son muchas: que se haya establecido un clima de confianza durante la comunicación, la necesidad de reforzar la información dada anteriormente o de cotejar la información que ha recibido por otras vías. La existencia de llamadas múltiples por parte de la misma persona debe alertar a quien informa sobre la presencia de problemas no superados.

Establecer un contacto continuo, de confianza con una persona, puede hacer posible que ésta continúe desarrollando una vida normal con esa ayuda, sin la cual se sentiría incapacitada. Sin embargo puede crearse una cierta dependencia que se debe evitar. Las consultas que estas personas pueden realizar en distintos medios y el cuestionamiento que hacen de la información recibida pueden llegar a irritar a quien informa. No obstante es importante:

- Tener paciencia.
- Dar la información precisa, sin excederse.
- Perseverar en el mismo argumento; no dar lugar a dudas con las imprecisiones porque serán anotadas y utilizadas tanto en próximas llamadas como en consultas a otros teléfonos de información.
- No ceder ante el chantaje: «tú me dijiste que.... «

5. Personas con problemas psiquiátricos severos

Aunque no suele ser una situación muy frecuente, quien informa puede atender a personas que parecen no comprender, que continúan hablando rápidamente, que no mantienen su atención en una única cuestión o que tienen pensamientos persecutorios. Posiblemente no sean conscientes de que tienen un problema psicológico o psiquiátrico serio y que su capacidad de acción puede estar muy mermada. Evidentemente requieren de una intervención especializada que desde el teléfono no se debe proporcionar. No obstante, es importante ejercitar la escucha y reconocer las limitaciones de la persona que informa en la atención de la llamada.

6. Personas que han agotado todos los recursos

La persona que informa puede quedarse sin más opciones: no tiene nada más que decir, no existen más recursos de apoyo donde remitirle o no puede aguantar más a la persona que llama. En estos casos, lo más sencillo es hacerse cargo de la situación, hacerle partícipe y:

- Mostrar interés y atención.
- Explorar las necesidades y abrir todas las posibilidades de cobertura de las mismas.
- Expresarse en términos como: «Me temo que no contamos con más recursos».
- Dejar siempre el teléfono abierto a sus nuevas llamadas.

7. Personas que contactan por motivos no directamente relacionados con la transmisión del VIH, en cuya consulta se detectan posibles relaciones sexuales con riesgo de infección por el VIH

En el caso de los teléfonos de información sexual, algunas personas tras haber tenido una relación sexual de riesgo, tienen en cuenta la posibilidad de un embarazo no deseado pero no perciben el riesgo de transmisión del VIH o lo rechazan.

Algunas de estas consultas pueden ser:

- **Falta o retraso de la menstruación:** consulta originada por miedo al embarazo por haber practicado la marcha atrás o por haber confiado en que durante la menstruación no es posible quedarse embarazada.
- **Información sobre tratamiento postcoital:** consulta originada por una rotura del preservativo, por no haberlo utilizado o por utilizar de forma irregular la píldora anticonceptiva.
- **Información sobre píldora anticonceptiva** u otro método anticonceptivo no de barrera (parche, anillo vaginal, DIU): consulta originada por el abandono del preservativo como consecuencia de la estabilización de la relación sentimental.
- **Interrupción Voluntaria del Embarazo.**
- **Haber sufrido abusos/ violación.**

En estos casos, es importante:

- Asesorar acerca del motivo de consulta que han solicitado.
- Dar información acerca del VIH y sus vías de transmisión, así como la posibilidad de haber estado expuestas al virus del sida y otras ITS tras un coito sin protección.
- Informar, si procede, sobre la prueba diagnóstica del VIH y el período ventana.
- Hacer hincapié en la importancia de tomar medidas preventivas en sus próximas relaciones.

9. Respuestas de consenso a preguntas complejas

La complejidad de algunas cuestiones planteadas en los teléfonos de información puede dar lugar a que quienes llamen obtengan respuestas diferentes si consultan a distintos servicios de atención telefónica sobre VIH, lo que les puede producir inseguridad y aumentar su desconcierto.

En este capítulo se han seleccionado las preguntas que generan más dudas y se les ha dado una respuesta consensuada entre las personas que han formado parte del grupo de trabajo creado para la elaboración del presente manual. Las respuestas se basan en la información científica disponible y en la experiencia de los autores/as. El objetivo es conseguir que desde todos los teléfonos de información sobre el VIH se transmita el mismo contenido en los mensajes.

Las respuestas que siguen no son un modelo a reproducir en la totalidad de los casos, sino que deben entenderse **dentro del contexto de un teléfono de información**. Por ello, estas preguntas-respuestas **no pretenden en absoluto ser un modelo «standard» al que las personas que informan tengan que ajustarse fielmente**. Al contrario, su intención es únicamente la de facilitar algunas claves que puedan serles útiles en la elaboración de la respuesta más adecuada a las prácticas, necesidades y preocupaciones específicas de la persona que llama y a las circunstancias que la rodean.

Por último, es importante recordar que **se ha de aprovechar siempre la oportunidad que ofrece la consulta telefónica para insistir** a las personas que llaman **sobre la necesidad de adoptar las medidas preventivas** ante situaciones que puedan suponer un riesgo de infección para ellas. Por ejemplo se podría finalizar la conversación telefónica recordando el uso del preservativo en las relaciones sexuales con riesgo de infección por el VIH y la conveniencia de realizarse la prueba diagnóstica del VIH si se ha tenido alguna práctica de riesgo.

1. Síntomas de la infección, periodo ventana, pruebas diagnósticas del VIH y tratamientos

1.1. ¿Cuáles son los síntomas de la infección por el VIH?

No existen síntomas específicos cuya presencia permita confirmar por sí misma la existencia de infección por el virus del sida.

El diagnóstico definitivo de la infección por el VIH sólo puede establecerse por métodos de laboratorio, ya que en ningún caso las manifestaciones clínicas son lo suficientemente específicas.

1.2. ¿Cuánto tiempo hay que esperar hasta hacerse la prueba del VIH después de haber tenido una práctica con riesgo?

No debe esperar. Si ha tenido una práctica de riesgo debe acudir ya a su médico o centro de ITS donde valorarán su caso, le indicarán la prueba y le dirán si debe repetírsela a los 3 meses.

Las pruebas de diagnóstico del VIH que se emplean habitualmente son tests que miden los anticuerpos que genera el organismo frente al VIH. El sistema inmunitario tarda un tiempo en producir anticuerpos suficientes para ser detectados por la prueba, y este tiempo no es igual para todo el mundo. A este tiempo en el que se puede obtener un resultado negativo aún estando infectado se le conoce a menudo como «período ventana». Generalmente se tarda entre 2 y 8 semanas tras la infección en desarrollar anticuerpos detectables, y casi todas las personas los han generado a los 3 meses de la práctica de riesgo. No obstante en algunos casos se puede tardar más. Por esto, en casos concretos, como las personas con prácticas de riesgo reiteradas o una historia clínica incompatible con el resultado de la prueba, el médico valorará si está indicado repetirla a los 6 meses.

1.3. ¿Qué pruebas se utilizan para detectar la infección por el VIH?

La detección de anticuerpos específicos anti-VIH en sangre es la forma habitual de diagnosticar la infección por el VIH.

En la mayoría de los casos se usan **técnicas inmunoenzimáticas** (EIA, ELISA) en una muestra de sangre. En caso de que el resultado sea positivo, se confirma igualmente de forma automática en el laboratorio sobre la misma muestra con una prueba más específica, siendo el **Western Blot** el método más empleado.

El VIH también puede determinarse por métodos directos que incluyen el cultivo vírico, la determinación del antígeno p24 en plasma o suero y la demostración de genoma vírico mediante técnicas de biología molecular (PCR). Estos métodos se reservan para situaciones especiales: estudios de variabilidad genética, diagnóstico de recién nacidos, screening de donantes, seguimiento de pacientes VIH positivo, etc.

1.4. ¿En qué consisten las pruebas rápidas de detección del VIH?

La característica fundamental es que el resultado puede obtenerse en menos de 30 minutos. Un resultado positivo a estas pruebas sólo tiene un carácter provisional y requiere una confirmación posterior.

Estas pruebas son rápidas en cuanto al tiempo de espera desde la extracción de la muestra hasta la obtención del resultado, no en cuanto al periodo ventana.

Las pruebas rápidas emplean una pequeña muestra de sangre que se obtiene de un dedo mediante un pinchazo con una lanceta. Son muy útiles en situaciones que requieren un resultado inmediato. Pueden hacerse en saliva y orina.

En el caso de que el resultado sea positivo, la confirmación se realizará mediante una prueba ELISA en una muestra de sangre y una Western Blot de confirmación.

1.5. ¿Puede hacerse la prueba del VIH sin mi consentimiento?

La prueba diagnóstica del VIH es voluntaria, requiere el consentimiento de la persona y se debe guardar la confidencialidad de la información tanto en el sistema sanitario público como en el privado.

También existen centros en algunas ciudades en los que la prueba se realiza de forma totalmente anónima.

Sólo se puede llevar a cabo la prueba sin el consentimiento de la persona interesada cuando la situación es de urgencia, existiendo imposibilidad de conseguir el mismo, e implicando un grave riesgo para la persona.

Las pruebas de detección sí son obligatorias en los siguientes casos: en las donaciones de sangre, plasma sanguíneo y productos hemoderivados, en los trasplantes e implantación de órganos humanos y en técnicas de reproducción asistida.

1.6. ¿A partir de qué edad no se necesita el consentimiento materno/paterno para realizarse la prueba del VIH?

La legislación española establece la emancipación sanitaria en los 16 años.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, establece que cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con 16 años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.

1.7. ¿Cuál es el mejor tratamiento para la infección por el VIH y el sida?

El tratamiento antirretroviral es individualizado y debe ser prescrito, revisado y modificado por los especialistas que realizan el seguimiento de las personas infectadas. Está cubierto por la Seguridad Social.

La persona que informa a través del teléfono **en ningún caso puede realizar indicaciones de tratamiento**, ni asesorar sobre tratamientos, en-

fermedades, efectos secundarios, etc. Sin embargo, sí puede reforzar al usuario/a en la importancia de una correcta adherencia al tratamiento en cuanto a la toma de las dosis, el cumplimiento de los horarios o el régimen de comidas indicados. También puede reforzar el papel del médico especialista como referente para todos aquellos aspectos que interaccionan directa o indirectamente con su infección.

2. Relaciones sexuales con penetración

2.1. ¿Es eficaz el preservativo para evitar la transmisión del VIH?

Sí. Los preservativos son una forma eficaz de protección frente al VIH y otras ITS siempre que se usen de forma correcta y sistemática en todas las relaciones sexuales con penetración (vaginal, anal u orogenital).

Estudios de laboratorio indican que los preservativos de látex constituyen una barrera física efectiva que impide el paso de microorganismos u otras partículas del tamaño del virus. Protegen frente a la transmisión del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. Las posibles roturas y deslizamientos del preservativo se deben más a fallos del usuario que al producto en sí. Es importante respetar la fecha de caducidad, que esté homologado, no guardarlos en sitios que tengan temperaturas elevadas y vigilar no romperlo al abrir el envoltorio. También existen preservativos de poliuretano para personas alérgicas al látex.

El **preservativo femenino** es un método de prevención alternativo al masculino, que protege frente a la transmisión del VIH, otras infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados y puede comprarse en algunas farmacias. Generalmente es de poliuretano por lo que no causa alergias ni irritación como puede producir en algunas personas el látex, y se puede emplear tanto con lubricantes con base de aceite o agua.

El **uso de espermicidas no confiere una mayor protección contra el virus**. Existen estudios que sugieren que los espermicidas con Nonoxonyl-9 producen irritación de la mucosa vaginal que podría favorecer infecciones adicionales por otros microorganismos. Estas infecciones lesionan la mucosa, lo que favorece la transmisión del VIH.

En el caso de usar lubricantes, deben ser **siempre lubricantes de base acuosa**. No se deben utilizar aceites grasos como lubricación (vaselina, cremas o lociones corporales).

2.2. ¿Qué debo hacer si durante la penetración, anal o vaginal, se rompe un preservativo?

Si durante una relación sexual anal o vaginal de riesgo se rompe el preservativo, debe interrumpirse la penetración y sustituir éste por uno nuevo, siendo recomendable la realización de la prueba diagnóstica del VIH y examen de otras ITS.

En caso de tratarse de una penetración vaginal se podría valorar tomar la anticoncepción de emergencia para evitar un posible embarazo no deseado.

Excepcionalmente y en el caso de existir un riesgo elevado, puede estar indicado el tratamiento antirretroviral como medida profiláctica.

3. Relaciones sexuales orales y masturbación

3.1. ¿Me puedo infectar por una felación?

Aunque el riesgo potencial de transmisión del VIH es mucho menor que en la penetración anal o vaginal, la felación no está completamente exenta de riesgo.

El riesgo es mayor si la persona infectada **eyacula en la boca** de quien la realiza. Si no hay eyacuación se reduce mucho el riesgo de infección por VIH, pero el riesgo de adquirir otras ITS como sífilis, gonorrea, hepatitis B, herpes o condilomas es importante, tanto en la persona a la que realizan la felación como quien la realiza.

El riesgo de transmisión, tanto del VIH como de otras ITS, se elimina si se utiliza correctamente el preservativo.

La felación **no tiene riesgo de transmisión si la realiza una persona infectada**, ya que el VIH no se transmite a través de la saliva.

3.2. ¿Me puedo infectar por un cunnilingus?

Aunque el riesgo potencial de transmisión del VIH es mucho mayor en la penetración anal o vaginal, el cunnilingus no está completamente exento de riesgo.

El cunnilingus es una práctica sexual que sí comporta riesgo potencial de transmisión del VIH cuando se **le practica a una persona infectada**, debido al contacto del flujo vaginal infectado o sangre (que contienen virus) con la mucosa bucal, pero el riesgo es extremadamente bajo. En cambio, al igual que en la felación, el riesgo de adquirir otras ITS es importante.

El cunnilingus **no tiene riesgo de transmisión si lo realiza una persona infectada** ya que el VIH no se transmite a través de la saliva.

El riesgo descrito se puede eliminar utilizando métodos de barrera como preservativos abiertos, toallitas de látex o protectores de plástico.

3.3. ¿Se transmite el VIH por un anilingus?

Existe riesgo potencial de transmisión del VIH, aunque éste es extremadamente bajo.

La transmisión del VIH podría producirse si se realiza un anilingus **a una persona infectada** habiendo presencia de **sangre** en las heces o en la zona anal (hemorroides, fístulas, etc). En cambio, **ésta práctica sexual** sí está relacionada con la transmisión de otras ITS como la sífilis, gonorrea, hepatitis A, y algunas parasitosis, por lo que debe recomendarse el uso de métodos de barrera (preservativos abiertos en su longitud, por ejemplo).

3.4. ¿Puedo infectarme por masturbar a otra persona o que ésta me masturbe a mí?

No. La presencia de fluidos transmisores (sangre, semen, flujo vaginal) en la piel sana de otra persona no tiene riesgo de transmisión del VIH.

Existiría riesgo teórico en el caso de que en la piel hubiera heridas abiertas o sangrantes, ya que constituirían una vía de entrada al organismo de esa persona. En este caso, pueden utilizarse guantes de látex o cubrirse los dedos con un preservativo.

4. Profilaxis post exposición no ocupacional

4.1. ¿Qué es la profilaxis post exposición, en qué consiste y cuándo está recomendada?

La profilaxis post exposición no ocupacional (PPENO) es una medida de prevención secundaria dirigida a evitar el desarrollo de la infección por el VIH tras una exposición accidental al virus, por vía sexual o parenteral, fuera del ámbito sanitario.

La PPENO consiste en un tratamiento con fármacos antirretrovirales durante 28 días, debe iniciarse lo antes posible, preferiblemente en las 6 primeras horas tras la exposición al VIH y siempre antes de transcurridas 72 horas.

La PPENO no debe suplir a la prevención primaria del VIH y sólo debe considerarse en situaciones excepcionales que se producen de forma esporádica. La PPENO está desaconsejada cuando se tienen prácticas de riesgo repetidas.

La PPENO está recomendada en los siguientes casos: 1) personas receptoras de una penetración anal desprotegida o con rotura de preservativo con una persona VIH positiva y 2) personas que intercambian agujas o jeringuillas con una persona VIH positiva.

Cada situación debe ser analizada de forma individualizada, y la decisión última tomada conjuntamente entre médico y paciente, una vez valorados los riesgos y los beneficios. El médico también valorará el riesgo de transmisión de otras infecciones.

El tratamiento pautado en la PPENO no garantiza que la infección por el VIH no se produzca. Además, puede tener riesgos y efectos secundarios para la salud.

5. Discriminación y aspectos legales

5.1. ¿Qué puedo hacer en caso de que sufra discriminación por estar infectado por el VIH?

Si el caso se ha producido en el ámbito sanitario, se puede poner en contacto con la oficina del defensor del paciente de la comunidad autónoma, en aquellas comunidades autónomas en las que exista esta figura o con las unidades de atención al paciente de hospitales o centros de salud.

Ante otro tipo de situaciones de discriminación se puede contactar con:

- El defensor del pueblo estatal o autonómico, en aquellas comunidades autónomas en las que exista esta figura.
- El Plan Nacional sobre el Sida o el plan autonómico de sida.
- Asociaciones con asistencia jurídica para casos de discriminación.

5.2. ¿Qué hago si soy VIH+ y me piden un certificado médico para poder disfrutar de algún servicio o prestación?

Para poder acceder a determinadas residencias, centros deportivos u otros servicios suelen pedir un certificado médico de no padecer una enfermedad contagiosa. Para evitar situaciones de discriminación injustificadas, se puede acudir al médico que le realiza el seguimiento en la unidad de VIH para que valore y certifique que el/la paciente no padece enfermedad infecto-contagiosa alguna que le impida: viajar, estar en una residencia, desarrollar determinada tarea, etc...

5.3. ¿Qué problemas puedo tener como trabajador si soy VIH+?

- Los/as trabajadores/as tienen derecho a no ser discriminados/as una vez contratados/as por circunstancias relativas a cualquier tipo de disminución de carácter físico o psíquico, siempre que se hallen en condiciones de aptitud para trabajar.
- Siempre que no exista riesgo demostrable de transmisión del VIH a terceras personas en el desempeño de una labor profesional, quien emplea no puede descartar a una persona con VIH como aspirante para desempeñar el puesto que le corresponda, ni tampoco puede exigir que se haga la prueba del VIH.

- Durante las entrevistas de trabajo no existe la obligación de decir si se es o no VIH+.
- Los controles médicos periódicos, que se han de garantizar a los/as empleados/as, sólo podrán llevarse a cabo cuando el/la trabajador/a preste su consentimiento. En todo caso debe respetarse el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los resultados.

5.4. ¿Puedo contratar un seguro de vida o pedir una hipoteca siendo VIH+?

Ser VIH positivo puede dificultar la contratación de una hipoteca o un seguro de vida, como con otros estados de salud de la persona. Sin embargo, existen, compañías y bancos que ofrecen estos servicios independientemente del estado serológico con respecto al VIH. Antes de solicitar una hipoteca o un seguro de vida, es importante conocer la política de la empresa o banco o consultar con una asesoría financiera o abogado/a.

5.5. Soy una persona VIH+ y quiero viajar ¿Qué debo hacer?

Algunos países han impuesto restricciones de entrada y de visado a las personas con VIH. El alcance de las restricciones varía. En algunos países es obligatorio que todos o determinados viajeros se sometan a una prueba del VIH. También, en algunos países se prohíbe la entrada de personas VIH+, ya sean turistas o migrantes, o se autoriza la deportación de los extranjeros VIH positivos.

6. Miscelánea

6.1. ¿Cuanto tiempo sobrevive el VIH fuera del organismo humano?

El VIH fuera del organismo es muy lábil, se inactiva con facilidad, pierde enseguida su capacidad infectante y es incapaz de reproducirse.

El tiempo que sobrevive el VIH fuera del organismo es muy variable, dependiendo de diversos factores (temperatura, humedad relativa, etc.). Se considera que el 90-99 % del VIH existente en un fluido fuera

del organismo se inactiva en el plazo de unos minutos a unas horas. Para valorar el riesgo de infección se deberá tener en cuenta el grado de posible exposición al virus y el tiempo que ha pasado desde que ese fluido ha podido dejar el organismo portador.

Hasta hoy no se ha demostrado ningún caso de transmisión del VIH a través de un contacto casual con un medio supuestamente contaminado (pinchazo accidental con una jeringuilla en el parque, en la calle o en la playa, manipulación de preservativos usados, etc). En general, en caso de contacto con alguno de estos objetos, no se recomienda la realización de la prueba del VIH. Otras infecciones como el VHB, VHC o el tétanos sí deben descartarse tras una exposición de este tipo.

6.2. Tengo una herida y he mantenido contacto con un fluido que puede infectar (sangre, semen, flujo vaginal o leche materna) ¿Me he podido infectar?

No existe riesgo de transmisión si la herida está cicatrizada.

La transmisión sólo puede producirse si el fluido potencialmente infectado entra en contacto con la sangre del receptor. Por tanto, no hay ningún riesgo de transmisión del VIH si la piel está intacta. El contacto de uno de los fluidos citados con un padastro o una herida superficial y/o cicatrizada, en general, no se considera que pueda suponer riesgo de transmisión del VIH.

En el caso de heridas abiertas u otro tipo de lesiones en la piel, la probabilidad de transmisión es muy remota por lo que se debe hacer una valoración real del riesgo teniendo en cuenta **el grado de exposición al fluido que infecta** que haya tenido la persona, valorando:

- La profundidad de la herida.
- La cantidad de fluido infectante que entra en contacto.
- El tiempo que esté en contacto.
- El estado de la piel (sana o con ulceraciones).

Se debe insistir en la importancia de cubrir las heridas cuando se prevea un posible contacto con un fluido potencialmente infectante.

6.3. ¿Puede infectarse una persona a través de transfusiones?

En España la probabilidad de infectarse hoy día por una transfusión de sangre es prácticamente nula.

La probabilidad de infectarse por una transfusión de sangre donada en el periodo ventana de la infección es cada vez menor debido a la exclusión de los donantes con prácticas de riesgo y a la mayor fiabilidad de las técnicas analíticas empleadas actualmente.

En nuestro país, desde 1987, todos los bancos de sangre realizan un **control analítico exhaustivo de las donaciones y un cribaje de la idoneidad de las personas que donan**. Desde esa fecha no existe ningún caso documentado de infección por VIH a través de sangre o hemoderivados.

6.4. ¿Puedo contagiarme por convivir con una persona VIH+?

No. La convivencia diaria con una persona VIH + no conlleva riesgos de transmisión del VIH.

Por el contacto cotidiano con una persona VIH+, ya sea en el trabajo, escuela, contacto social, familiar, etc., no se transmite el VIH. Por lo tanto, no se transmite por compartir platos, beber del mismo vaso, toser, estornudar, tocarse, besarse o acariciarse, duchas, piscinas, alimentos, objetos, baños, aseos, lugares públicos en general.

El VIH no se transmite:

- Por el aire ni por el agua.
- A través de animales o insectos (como los mosquitos).
- Por compartir instrumentos que no impliquen contacto sanguíneo o de fluidos sexuales.
- Por las heces, el fluido nasal, la saliva, el sudor, las lágrimas, la orina o los vómitos, a no ser que contengan sangre.

Los niños VIH+ no presentan riesgo de transmisión para los demás niños en el colegio ni para las otras personas.

6.5. ¿Una persona VIH+ puede reinfectarse?

Sí. Cuando una persona con VIH es infectada por segunda vez con otra variante del VIH, esto se conoce como reinfección o súper infección.

Hay más de un tipo de VIH, que a su vez están divididos en subtipos diferentes y cada subtipo tiene diferentes formas recombinantes.

La súper infección por el VIH tiene varias repercusiones clínicas. En primer lugar se ha observado que el deterioro inmunológico se acelera. En segundo lugar la respuesta a medicamentos antirretrovirales puede verse gravemente afectada. Si una persona que ha logrado un buen control del virus con medicamentos se infecta con otras variantes del virus que sean resistentes a esos medicamentos, el control logrado seguramente se perderá y hará que el tratamiento falle.

Es muy probable que la súper infección con variantes del VIH ocurra más comúnmente de lo que suponemos. Esto reafirma la necesidad de practicar sexo con protección, aún entre personas infectadas con el VIH.

10. Búsqueda de información a través de internet

Internet es una herramienta que ofrece oportunidades de colaboración insospechadas en la comunicación e intercambio de información, rompiendo las fronteras y permitiendo una mayor colaboración en el campo científico y educativo. Dada su complejidad y su peculiaridad es necesario disponer de los conocimientos básicos que nos permitan utilizar sus ventajas y evitar sus inconvenientes.

La ausencia de filtros o controles que discriminen la certeza, calidad o rigor de los contenidos permite la manipulación o la divulgación de información no validada, lo que junto al gran volumen de la misma existente hace necesario que, al usar la red, se disponga de unos criterios que aumenten la eficiencia de la búsqueda y garanticen el rigor científico y la fiabilidad de la información obtenida.

10.1. Criterios de calidad básicos para valorar la información que se obtiene de Internet

- **Autor/a:** todas las páginas que ofrecen información de calidad referencian convenientemente su autoría, sobre la que habría que analizar los siguientes aspectos: credenciales, experiencia, citado por otros/as autores/as, pertenencia a instituciones de prestigio y si dispone de contacto.
- **Fecha de publicación:** Este dato es de gran importancia en los campos científicos donde la evolución se mide en semanas o días, y no en años. Aunque estemos en una página Web de prestigio, es imprescindible mirar la fecha de la última actualización para evitar recoger información obsoleta.
- **Editor/a:** Es la persona o entidad que sufraga el gasto que supone mantener la información en la Red. Es necesario que queda claro cuál es su propósito al mantener la página en la Red, pues la información podría estar distorsionada o sesgada para favorecer sus intereses particulares; si bien el aval de una institución respetable, por si sola, no garantiza la calidad de la información.
- **Análisis del contenido:** examinar si la información es material primario, es decir, producido por los/as autores/as de la investigación

o es secundario, basado en otras fuentes. En este caso las citas bibliográficas son fundamentales. Debe estar claramente indicado a qué tipo de audiencia se dirige la información (publicación especializada o enfocada al público general), para saber si es una fuente elemental o demasiado técnica. También habría que identificar si son hechos comprobados, opiniones del autor, o simple propaganda.

- **Análisis del continente:** el diseño de la página es la primera impresión visual que tenemos de ella. Debe ser clara en su visualización. El texto tendrá un tamaño suficiente para que se lea sin dificultad. Las imágenes y fondo, deberán ser siempre complementos de mejora y no motivos principales. La presencia del índice es fundamental, y debe estar bien situado, de forma que podamos acceder y movernos por las distintas opciones sin perdernos.

10.2. Criterios para buscar información a través de Internet

1. Darle preferencia a los enlaces que aparecen en las páginas del Ministerio de Sanidad y Consumo y ONUSIDA y aquellas que consideremos como fundamentales.
2. Comprobar que la información que contiene la página web se actualiza con periodicidad.
3. Darle prioridad a aquellas páginas que estén avaladas por un organismo reconocido oficialmente.
4. Observar y revisar que el contenido de las páginas no estén fundamentados en artículos de opinión, sino que tengan una base científica.
5. Contrastar la respuesta en al menos dos páginas.

10.3. Relación de páginas web de interés

- **Ministerio de Sanidad y Consumo (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida):**
<http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/planNalSida/home.htm>
- **Ministerio de Sanidad y Consumo (Plan Nacional sobre Drogas):** <http://www.pnsd.msc.es/>
- **Centro Nacional de Epidemiología:**
<http://cne.isciii.es/htdocs/sida/sidavih.htm>
- **ONUSIDA: Programa Conjunto de VIH/sida de las Naciones Unidas:** <http://www.unaids.org>
- **Organización Mundial de la Salud:** <http://www.who.int>

- **Organización Panamericana de la Salud:** <http://www.paho.org>
- **Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del VIH:**
<http://www.eurohiv.org/>
- **Información de los CDCs sobre ETS y VIH/sida:**
<http://www.cdc.gov/nchstp/od/nchstp.html>
- **NIH (National Institutes of Health):** <http://www.nih.gov>
- **AIDS & Mobility Europe:** <http://www.aidsmobility.org>
- **NAM:** <http://www.aidsmap.com>
- **Family Health International:** <http://www.fhi.org/en/index.htm>
- **Gesida:** <http://www.gesida.seimc.org>
- **Cruz Roja Española:** <http://www.cruzroja.es/vih>
- **Fundación «La Caixa» Sida Saber Ayuda:** <http://www.sidasaberayuda.com/nou/index.html>
- **Sida studi:** <http://www.sidastudi.org>
- **Stopsida:** <http://www.stopsida.org>
- **Red 2002:** <http://www.red2002.org.es>
- **Grupo de trabajo sobre tratamientos de VIH:**
<http://www.gtt-vih.org>
- **VIH positivo:** <http://www.vihpositivo.com>

11. Indicadores. Recogida de datos

Los datos que se pueden recoger a través del teléfono son importantes en la medida en que reflejan las necesidades de información de la población en general y permiten orientar las campañas de información y prevención.

Hay datos como el sexo, el día, la hora o el motivo de la consulta, que no requieren más que la escucha de la persona que responde la llamada y su registro. Otros datos que pueden ser de interés como la edad (o el intervalo de edad), la provincia desde la que se llama, etc., pueden obtenerse indirecta o directamente, en cuyo caso es preciso solicitar a la persona que llama su conformidad.

Existen diferentes modelos de planillas para registrar las consultas realizadas. Proponemos a continuación una agrupación de los distintos tipos de datos que se pueden recoger, sin que ello constituya un modelo unificado ni universal. Su único objetivo es que pueda ser útil para instituciones u organismos con teléfonos de información en la elaboración de su propia planilla en base a sus necesidades y posibilidades de acción.

Además de los datos recogidos en la planilla que se propone a continuación, con el fin de poder analizar las llamadas y el funcionamiento del servicio, es importante registrar información como el número de llamadas recibidas, atendidas y abandonadas, si se trata de consultas, confusiones o bromas, el tiempo medio de atención y de espera y la distribución horaria en la que se realiza la llamada.

Datos a considerar para la elaboración de una planilla para registrar las consultas

Día:

Hora:

Sexo:

Edad: recogida por intervalos que puedan ser significativos:

- < De 20 años
- De 20 a 24 años
- De 25 a 29 años
- De 30 a 34 años
- De 35 a 39 años
- De 40 a 44 años
- De 45 a 50 años
- > De 50 años
- No identifica

Procedencia de la llamada: identificando la provincia o extranjero.

Conocimiento del teléfono a través de:

- Amigos
- Publicidad
- Otros

1. Motivo principal de la consulta:

- Posibilidad de transmisión
- Prueba diagnóstica
- Medidas preventivas
- Solicitud de material divulgativo
- Información general
- Información clínica/tratamiento
- Recursos asistenciales
- Otros.

2. Práctica motivo de la consulta:

- **Prácticas sexuales con riesgo:** penetración sin preservativo o rotura, felación, cunnilingus, anilingus, etc.
- **Prácticas sexuales sin riesgo:** besos, caricias, masturbación, prácticas sexuales con preservativo, etc.
- **Información sobre el diagnóstico o la prueba:** periodo ventana, fiabilidad, etc.
- **Otras situaciones:** exposición parenteral, exposición casual, saliva, heridas, etc.
- **Información de métodos barrera:** uso, eficacia, indicaciones.
- **Convivencia con paciente VIH +**
- **Información sobre la clínica o tratamiento, reproducción**
- **Otros / no específica:** actos discriminatorios, solicitud de ayuda económica, asistencia domiciliaria, asistencia psicológica,

asistencia social, vivienda, dentista, peluquero, reclusos, guardería, etc.

3. Derivación de la llamada

- Recurso sanitario: Plan autonómico de sida
Médico de atención primaria / seguimiento de la infección
Hospital de referencia
Centro de realización de prueba de VIH
Centro de ETS
- Recurso social: Centros de atención social
Delegaciones provinciales de salud
ONGs
CPDs (Centros Provinciales de Drogodependencia)
Otros

12. Difusión del servicio

Los servicios de atención telefónica requieren una difusión continuada y periódica para asegurar la mayor cobertura posible, por lo que es muy conveniente integrar las actividades de divulgación en el propio servicio.

Se pueden realizar acciones que promocionen directamente el teléfono de información, como incluirlo en los anuncios en prensa, en las secciones de teléfonos de urgencia cuya inserción puede ser gratuita, o aprovechar los diferentes materiales de prevención sobre el VIH (carteles, folletos, guías...) que se editen para incluirlo. Se pueden hacer coincidir las actividades de divulgación con fechas especiales para aumentar su impacto, como el día 1 de diciembre.

Para llegar a colectivos específicos, se deben utilizar canales especializados, por ejemplo en el caso de la población inmigrante, utilizar sus asociaciones, revistas, publicaciones, portales de internet, etc.

Es conveniente diversificar los canales de difusión para asegurar que se pueda llegar a conocer el servicio a través de diferentes vías. Una forma de saber cuáles son los canales de difusión más efectivos y usados por las personas que llaman, es incorporar en el registro de las consultas una pregunta sobre cómo conoció el servicio.

Después de una intensa actividad promocional, el número de llamadas suele aumentar de forma inmediata. Hay que estar preparado para que la posible demanda no supere la capacidad de respuesta del servicio. En general es más conveniente realizar las acciones de difusión y divulgación de forma escalonada, por fases, que de forma puntual.

13. Bibliografía

De la edición de 1998

1. Berrey M. Oral sex and HIV transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr and Human Retrovirol* 1997; 14(5):475.
2. Bimbela JL. Cuidando al Cuidador. Counseling para profesionales de la Salud. Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, 1995.
3. Boldsen JL, Jeune B, Madsen PC. Aspects of comfort and safety of condom. A study of two thousand intercours among volunteer couples. *Scand J Soc Med* 1992; 20(4): 247-52.
4. Carey RF, Herman WA, Retta SM et al. Effectiveness of latex condoms as a barrier to human immunodeficiency virus-sized particles under conditions of simulated use. *Sex Transm Dis.* 1992; 19(4): 230-4.
5. CDC. AIDS information-survival of HIV in the environment. Last Updated: October 1, 1997. <http://www.CDC.GOV/nchstp/hiv-aids/hivinfo/vfax/260030.htm>
6. CDC. AIDS information. Evaluation of testinf. Last updated: October 1, 1997. <http://www.CDC.GOV/nchstp/hiv-aids/hivinfo/vfax/260310.htm>
7. CDC National AIDS Clearinghouse. Facts about condoms and their use in preventing HIV infection and other STDs. *Journal of School Health.* 1995; 64: 215-6.
8. CDC. Update: barrier protection against HIV infection and other sexually transmitted diseases. *MMWR* 1993; 42(30): 589-91.
9. Chu S, Hammet T, Buehler J. Update: Epidemiology of reported cases of AIDS in women, United States, 1980-1991. *AIDS* 1992;6(5):518-519.
10. FASE. Escuela de sida, salud y convivencia. Madrid, 1998.
11. Gill S, Loveday C, Gilson R. Transmission of HIV-1 infection by oral-anal intercourse. *Genitourin Med* 1992;68(4):254-257.
12. Guide sécurisexe. Sexualité, santé et VIH. Un ressource pour les éducateurs et les conseillers. Sida Info Service, mars 1994.
13. Gürtler L. Dificultades y estrategias en el diagnóstico del VIH. *Lancet* (ed/española) 1996;29(6):374-377.
14. Herrell DA. Telephone hotline's capacity for HIV education and behavior change motivation. *Int-Conf-Aids* 1994 Aug 7-12; 10(2):362 (abstract no. PD 0629).
15. Ilaria G, Jacobs JL, Polsky B, Koll B, Baron P, McLeow C, Armstrong D, Schelegel PN. Detection of HIV-1 DNA sequences in pre-ejaculatory fluid. *Lancet* 1992;340: 1469.
16. Info sida. L'ús de les proves serològiques per al diagnòstic de la infecció pel VIH. Generalitat de Catalunya. Comunicat 6 febrer 1993.
17. Kalichman SC, Belcher L. AIDS information needs: conceptual and content analyses of questions asked of AIDS information hotlines. *Health Educ Res* 1997; 12(3):279-288.
18. Keet IP, Albrecht van Lent N, Sandfort TG, Countinho RA, Van Griensven G J. Orogenital sex and the transmission of HIV among homosexual men. *AIDS* 1992;6:223-6.

19. Lifson AR, O'Malley PM, Hessel NA, Buchbinder SP, Cannon L, Rutherford GW. HIV seroconversion in two homosexual men after receptive oral intercourse with ejaculation: implications for counseling concerning safe sexual practices. *Am J Public Health* 1990;80:1509-11.
20. Manual d'educació sanitària per a la prevenció de la infecció pel VIH. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat y Seguretat Social. 1996.
21. Ministère de la Santé du Canada. Centre fédéral sur le sida. L'Art du Counselling. À la découverte d'un trésor. Western Shore, Nouvelle-Écosse, du 25 au 27 octobre 1991.
22. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre el Sida. Tratamiento Antirretroviral (4.ª edición). Recomendaciones del Consejo Asesor Clínico del Plan Nacional sobre Sida, número 10, noviembre 1997.
23. Monzon O, Capellan J. Female-to-female transmission of HIV (letter). *Lancet* 1987;2:240-241.
24. Najera R. Sida: respuestas y orientaciones. Aguilar, Madrid, 1997.
25. OMS. Directrices para la labor de consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por el VIH. Ginebra (Serie OMS sobre el Sida n.º 8), 1991.
26. Padian NS, Shiboski SC, Jewell NP. Female to male transmission of human immunodeficiency virus. *JAMA* 1991;266:1664-1667.
27. Petersen LR, Doll L, White C, Chu S. No evidence for female-to female HIV transmission among 960.000 female blood donors. The HIV Blood Donor Study Group. *J Acquir Immune Defic Synd* 1992;5:853-855.
28. Pinkerton SD, Abramson PR. Effectiveness of condoms in preventing HIV transmission. *Soc Sci Med* 1997;44:1303-1312.
29. Program for Appropriate Technology in Health (PATH) A response to recent questions about latex condom effectiveness in preventing sexual transmission of the Aids virus. Family Planning Logistics Management Project. January 1994.
30. Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)-OMS. Récommandations concernant le choix et l'utilisation des tests de mise en évidence des anticorps anti-VIH- Version révisée. Pag 81-87. Mars 1997.
31. Pudney J, Oneta M, Mayer K, Seage G, Anderson D. Pre-ejaculatory fluid as potential vector for sexual transmission of HIV-1(letter). *Lancet* 1992;340:1470.
32. Quatro M, Germinario C, Troiano T et al. HIV transmission by fellatio. *Eur J Epidemiol* 1990;6:339-40.
33. Raiteri R, Baussano M, Giobbia M, Fora R, Sinicco A. Lesbian sex and risk of HIV transmission. *AIDS* 1998;12(4):450.
34. Richman KM, Rickman LS. The potential for transmission of human immunodeficiency virus through human bites. *J Acquir Immune Defic Synd* 1993;6:402-406.
35. Royce RA, Seña A, Cates W, Cohen MS. Sexual Transmission of HIV. *N Engl J Med* 1997;336(15):1072-1078.
36. Safran MA, Waller RR. Mental health-related calls to the CDC National AIDS Hotline. *Aids Education and Prevention* 1996;8(1):37-43.
37. Seeley MF. Hotlines as discrete services in mental health and human service organizations. *Crisis* 1996; 17(3), 100-104.
38. Seeley MF. Hotlines as discrete services. Part 2. *Crisis* 1996;17(4):155-156.
39. Schreiber GB, Busch MP, Kleinman SH, Korelitz JJ. The risk of transfusion-transmitted viral infections. The Retrovirus Epidemiology Donor Study. *N Engl J Med* 1996;334(26):1734-5.

40. Shertzer B, Stone S. Manual para el asesoramiento psicológico. Paidós, Barcelona, 1992.
41. Stephens PC, Heimer R. Viral load in cervical, vaginal and menstrual fluids as compared to peripheral blood levels in a group of women with HIV and AIDS. Natl-Conf-Women-HIV. 1997 May 4-7:165 (abstract no.P1.41).
42. Soriano V, Gonzalez-Lahoz J. Manual del sida. Idepsa, Madrid, 1997.
43. Spitzer P, Weiner N. Transmission of HIV infection from a woman to a man by oral sex. N Engl J Med 1989;320(4):251.
44. Trussell J, Warner DL, Hatcher RA. Condom slippage and breakage rates. Fam Plann Perspect 1992; 24(1): 20-3.
45. Tsoukas CM, Hadjis T, Shuster J, Theberge L, Feorino P, O'Shaughnessy M. Lack of transmission of HIV through human bites and scratches. J Acquir Immune Defic Synd 1988;1:505-507.
46. Usieto R, De Andrés R, Cuberta F Sida transmisión heterosexual del VIH. Teléfono de información sida. Un instrumento de educación para la salud. 99-101. Marzo 1992.
47. Waller RR, Lisella LW. National AIDS Hotline: HIV and AIDS Information Service Through a Toll-Free Telephone System. Public Health Reports 1991;106(6):628-634.
48. Weller SC. A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted HIV. Soc Sci Med. 1993; 36: 1635-44.
49. WHO. Guide pour l'adaptation du mode d'emploi des préservatifs. OMS. Gêneva, 1992;WHO/GPA/CNP/92.1.
50. WHO. Operational characteristics of commercially available assays to detect antibodies to HIV-1 and/or HIV-2 in human sera. Geneva, 1993, GPA/RES/DIA/93.4.
51. Zulaica D, Usieto R, Cuberta F. Un desafío para la comunidad. Modelos de consejo en sida 125-127. Diciembre 1992.

De la edición de 2007

1. Bertrand JT, Anhang R. The effectiveness of mass media in changing HIV/AIDS-related behaviour among young people in developing countries. World Health Organ Tech Rep Ser. 2006; 938:205-41.
2. Castilla J, Lorenzo JM, Izquierdo A, Lezaun ME, López L, Moreno-Iribas C, Núñez D, et al. Characteristic and trends of newly diagnosed HIV-infections, 2004-2005. Gac Sanit. 2006; 20(6):442-8.
3. Castilla J, Sobrino P, Lorenzo JM, Moreno C, Izquierdo A, Lezaun ME, López L, Núñez D, Perucha M, R'kaina Liesfi C, Zulaica D. Situación actual y perspectivas futuras de la epidemia de VIH y sida en España. An. Sist. Sanit. Navarra.2006; 29:13-25.
4. Cayo L. La discriminación por razones de discapacidad en la contratación de seguros. Edición de Luis Cayo Pérez Bueno n.º 11. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. 2004.
5. CDC. Antirretroviral postexposure prophylaxis after injection-drug user, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States. MMWR, 2005/54(RR02).
6. CDC. Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR, 2005/54 (RR-9).
7. CDC. Revised Guidelines for HIV, Counseling, Testing, and Referral. MMWR, 2001/50 (RR-19).
8. CDC. Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings. MMWR, 2006/55 (RR-14).
9. CDC. Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV. MMWR, 2003/52(RR-12).

10. CDC. Guidelines for the treatment of sexually transmitted diseases: an opportunity to unify clinical and public health practice. *Ann Intern Med.* 2002; 137(4):255-62.
11. Consejo de la juventud de España. Guía de prevención de la transmisión del VIH para mediadores y mediadoras juveniles. Campaña de prevención del VIH «El lugar no importa. La luna es imprescindible». 2005.
12. Federación de Planificación Familiar. Documentos del II Seminario Estatal de Profesionales Socio-Sanitarios: Las mujeres y la prevención de la transmisión del VIH-SIDA. Madrid, 2002.
13. Fisher M, Benn P, Evans B, Pozniak A, Jones M, Maclean S, Davidson O, Summerside J, Hawkins D; Clinical Effectiveness Group (British Association for Sexual Health and HIV). UK Guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure. *Int J STD AIDS.* 2006. 17(2):81-92.
14. Gallo MF, Grimes DA, Schulz KF. Preservativos masculinos sin látex versus preservativos masculinos con látex como método anticonceptivo. *La Biblioteca Cochrane Plus*, n.º 2, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>
15. Garnett GP, Garcia-Calleja JM, Rehle T, Gregson S. Behavioural data as an adjunct to HIV surveillance data. *Sex Transm Infect.* 2006 Apr; 82 Suppl 1:57-62.
16. Global Campaign for Microbicides, Female condom. Washington, DC: Program for Appropriate Technology in Health, 2002.
17. Greenwald JL, Burstein GR, Pincus J, Branson B. A rapid Review of Rapid HIV Antibody Test. *Current Infectious Disease Reports* 2006, 8:125-131.
18. Gutiérrez MA, Haro L, de Armas C, Capote L, García-Ramos E, Martín P, Rodríguez-Franco J, Núñez D. Internet como fuente de información en las ITS y SIDA. Criterios de calidad, en *Guía Educativa para un sexo más seguro*. 5.ª edición. Diciembre 2006. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Salud Pública. www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/sida.htm
19. Hawkins D, Blott M, Clayden P, de Ruiter A, Foster G, Gilling-Smith C, Gosrani B, Lyall H, Mercey D, Newell ML, O'Shea S, Smith R, Sunderland J, Wood C, Taylor G; BHIVA Guidelines Writing Committee. Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women and the prevention of mother-to-child transmission of HIV. *HIV Med.* 2005; 6 Suppl 2:107-48.
20. HIV Prophylaxis Following Non-Occupational Exposure Including Sexual Assault. New York State Department of Health AIDS Institute. HIV guidelines. Actualizado 14/11/2006 www.hivguidelines.org.
21. Holmes K, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82: 454-461.
22. Hutchinson AB, Branson BM, Kim A, Farnham PG. A meta-analysis of the effectiveness of alternative HIV counseling and testing methods to increase knowledge of HIV status. *AIDS.* 2006 Aug 1; 20(12):1597-604.
23. Johnson BT, Carey MP, Chaudoir SR, Reid AE. Sexual risk reduction for persons living with HIV: research synthesis of randomized controlled trials, 1993 to 2004. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2006 Apr 15; 41(5):642-50.
24. Kalichman SC, Cherry C, Cain D, Pope H, Kalichman M, Eaton L, Weinhardt L, Benotsch EG. Internet-based health information consumer skills intervention for people living with HIV/AIDS. *J Consult Clin Psychol.* 2006 Jun; 74(3):545-54.
25. Kimmel AD, Losina E, Freedberg KA, Goldie SJ. Diagnostic tests in HIV management: a review of clinical and laboratory strategies to monitor HIV-infected individuals in developing countries. *Bull World Health Organ.* 2006 Ju; 84(7):581-8.

26. Marston C, King E. Factors that shape young people's sexual behaviour: a systematic review. *Lancet*. 2006 Nov; 368(9547):1581-6.
27. Merlo JA. La evaluación de la calidad de la información Web: aportaciones teóricas y experiencias prácticas. Universidad de Salamanca. <http://www.juntaex.es/consejerias/idt/dgsi/Publicaciones/recursosinformativos.PDF>
28. Ministerio de Sanidad y Consumo, Gesida, CEESCAT. Guía de actuación para la profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid 2002.
29. OMS. El derecho de saber. Nuevos enfoques del asesoramiento y las pruebas del VIH, 2003.
30. OMS/ONUSIDA. Pautas sobre pruebas de detección de infección por VIH y asesoría por recomendación de profesionales de salud. Proyecto para información y comentarios - OMS/ONUSIDA, 2006.
31. ONUSIDA. Asesoramiento sobre el VIH/SIDA: basta con una llamada. Cuatro estudios de caso de proyectos de un servicio de consulta/ayuda telefónica directa. Colección Prácticas Óptimas de ONUSIDA. 2003.
32. ONUSIDA. El género y el VIH/SIDA. 2000.
33. OPS. Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 de la OPS: 6-12.
34. PAHO/WHO. Youth- Centered counseling for HIV/STI prevention and promotion of sexual and reproductive health: a guide for front-line providers. PAHO. Washington, DC, 2005.
35. Proposed recommendations for the management of HIV post-exposure prophylaxis after sexual, injecting drug or other exposures in Europe. *Eurosurveillance*, 2004; volumen 9/Issue 6.
36. Rogstad KE; Clinical Effectiveness Group of the British Association for Sexual Health and HIV. HIV testing for patients attending general medical services: concise guidelines. *Clin Med*. 2004; Mar-Apr 4(2):136-9.
37. Santos-Corraliza E, Fuertes A. Side effects of antiretroviral therapy. *Fisiopathology, clinical manifestations and treatment. An Med Interna*. 2006;23(7):338-44.
38. Travel and residence regulations for people with HIV and AIDS, 2007. Information for counsellors in AIDS service organisations. Deutsche AIDS-Hilfe e.V. www.eatg.org/hivtravel
39. UNAIDS. International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights. UNAIDS, 2006.
40. Universidad Carlos III. Cruz Roja Española. Discriminación y VIH/SIDA. 2005. Estudio Fipse sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o Sida. Fipse, Madrid 2006.
41. Velasco S. La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en las mujeres. Instituto de la mujer. Madrid, 2002.
42. Weller S, Davis K. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002.
43. Weller S, Davis K. Efectividad del preservativo en la reducción de la transmisión del VIH en heterosexuales. *La Biblioteca Cochrane Plus*, n.º 2, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>
44. WHO. Effectiveness of male latex condoms in protecting against pregnancy and sexually transmitted infections. WHO, 2000.
45. WHO. Increasing Access to HIV Testing and Counselling: Report of a WHO Consultation. 19-21 November 2002. Geneva.

46. WHO Information Update: Considerations regarding Reuse of the Female Condom, 2002.
47. WHO. The Safety and Feasibility of Female Condom. Reuse: Report of a WHO Consultation. 28-29 January 2002. Geneva.
48. WHO/UNAIDS. AIDS epidemic update. UNAIDS, 2006.
49. WHO/UNAIDS. Scaling-up HIV testing and counselling services. WHO, 2005.
50. WHO/UNAIDS/UNFPA/FHI. The Male Latex Condom: Specification and Guidelines for Condom Procurement 2003. WHO, 2004.
51. WHO/UNAIDS/UNFPA. Condoms and HIV Prevention. WHO, 2004.
52. Wilkinson D, Ramjee G, Tholandi M, Rutherford G. Nonoxynol-9 para prevenir el contagio vaginal de la infección por VIH de hombres a mujeres. La Biblioteca Cochrane Plus, n.º 2, 2005. Oxford, Update Software Ltd. Disponible a: [http:// www.update-software.com](http://www.update-software.com)

14. Grupo de Consenso

Este documento ha sido revisado y actualizado en 2007 por un Grupo de consenso formado por las siguientes personas:

Coordinadora: DÑA. ANA KOERTING. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo.

D. JUAN CARLOS CARRIO. Centro Sanitario Sandoval. Comunidad de Madrid.

D. JUAN CARLOS DIEZMA. Instituto de Salud Pública de la Comunidad de Madrid.

DÑA. ALMUDENA ECHEVARRÍA. Cruz Roja Española. Madrid.

D. LUIS HARO. Dirección General de Salud Pública del Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife.

DÑA. AMPARO JUAN. Centro de información y prevención del SIDA de la Comunidad Valenciana.

DÑA. GUIOMAR LÓPEZ. Teléfono de información sexual para jóvenes. Comunidad de Madrid.

DÑA. MAR MARESMÀ. Dirección General de Salud Pública. Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña.

DÑA. CRISTINA MENOYO. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo.

DÑA. CARMEN SÁNCHEZ. Servicio telefónico «Salud Responde». Andalucía.

DÑA. NEREA SANCHO. Federación de Planificación Familiar Estatal. San Sebastián.

DÑA. CLAUDIA SICHETTI. Teléfono de información sobre VIH/sida. Consejo de Juventud de Ceuta.

DÑA. MÓNICA SUÁREZ. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo.

DÑA. AMAIA VITORIA. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo.

El documento inicial fue elaborado en octubre de 1998 por un grupo de trabajo formado por las siguientes personas:

Coordinadora: DÑA. INMA ZUBÍA. Plan de Prevención y Control del Sida del País Vasco. Donostia-San Sebastián.

DÑA. ASSUMPTA RECASENS. Programa per a la Prevenció y l'Assistència de la Sida. Barcelona.

DÑA. CRISTINA MARTÍN. Fundación Anti-sida de España. Madrid.

DÑA. ÁNGELA BOLEA. Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

D. DANIEL ZULAICA. Plan de Prevención y Control del Sida del País Vasco. Donostia-San Sebastián.

DÑA. ROSARIO ALFONSO. Centro de Información y Prevención del Sida. Valencia.

DÑA. MAITE GORROTXATEGI. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

DÑA. PAQUI LUCHA. Asociación Ciudadana de Lucha contra el Sida de Gipuzkoa. Donostia- San Sebastián.

D. PEDRO MONTILLA. Oficina Regional de Acciones frente al VIH. Madrid.

DÑA. CARMEN PITTI. Programa Regional de Sida de Canarias. Sta. Cruz de Tenerife.

DÑA. ANA RODÉS. CEESCAT. Badalona.

No existe una fórmula única para responder las llamadas que llegan hasta un teléfono de información sobre el VIH. La misma consulta puede formularse de distintas maneras y quien pregunta puede responder emocionalmente de forma diferente ante las situaciones y conflictos planteados. Pero es necesario contar con un instrumento que unifique los criterios de atención, ofrezca pautas para mejorar la comunicación y en el que se den respuestas consensuadas a las preguntas más complejas o polémicas, todo ello con el fin de mejorar la calidad de los servicios de información telefónica sobre el VIH.

En 1998, la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida coordinó la elaboración de un manual de consenso entre los distintos servicios de atención telefónica sobre sida. Diez años después, algunos apartados requerían una actualización, que es la que aquí se presenta.