



## CARTAS AL DIRECTOR

## Percepción del riesgo de infección por VIH-SIDA de los usuarios de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en la prevención-control del VIH-SIDA en Catalunya

### Perception of the risk of HIV-AIDS infection of users by Non-Governmental Organisations (ONGs) who work in prevention-control of HIV-AIDS in Catalonia

Sr. Director:

La percepción de riesgo es un proceso complejo construido por la experiencia subjetiva de la vida diaria, el contexto social, político y cultural<sup>1</sup>. En este estudio, para comprender la percepción de riesgo de infección por el virus de

la inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA), se han considerado las opiniones de los usuarios de las organizaciones no gubernamentales (ONG-SIDA). El abordaje mediante una investigación cualitativa proporciona información complementaria y permite avanzar en el conocimiento del tema. El trabajo, que forma parte de otro más amplio sobre las experiencias de las ONG-SIDA en actividades de prevención y control del VIH-SIDA<sup>2</sup>, se propone conocer cómo perciben el riesgo de infección por VIH-SIDA los usuarios de las ONG-SIDA de Catalunya. Los resultados pueden ser aplicables en atención primaria, dadas sus competencias en las intervenciones para prevenir el VIH-SIDA.

Se trata de una investigación cualitativa fenomenológica con muestreo opinático con información obtenida mediante 22 entrevistas personales semiestructuradas y 2 observaciones en jóvenes y adolescentes<sup>2</sup>.

Se realizó un análisis de contenido temático de las anotaciones de las observaciones y de las transcripciones de las entrevistas (tabla 1).

Tabla 1 Verbatims seleccionados y perfiles discursivos

Código	Sexo	Edad	Grupo	Verbatims
U1	M	40	Usuaría de droga	«La gente tiene mucho miedo a saber si tienen el virus o no... si todo el mundo se hiciera la prueba no habría tantas personas con esta enfermedad... porque el problema no es de saber que existe sino de pensar que existe»
U3	M	50	Trabajadora del sexo comercial	«En algunas ocasiones los clientes se hacen el tonto y vuelven a insistir en el tema del condón.» Dicen «la otra chica lo hace sin». Yo respondo que no lo creo y añado que si quiere se lo preguntamos y verá como no es así. Además informo al cliente de que el condón también lo protege a él y le digo «usted no tiene nada, pero no puede saber si yo tengo algo»
U7	H	22	Hombre que tiene relaciones sexuales con otros hombres	«La cultura aquí... No estoy criticando. Porque yo tengo una cultura, cada país tiene su cultura, ¿no? Pero Europa tiene una cultura que no valora la salud. Aquí es normal no hablar de condón. Si estoy saliendo con una chica no es lo mismo que el trabajo... En una fiesta, o lo que sea. Las personas en general no se preocupan por la salud. Se preocupan cuando es demasiado tarde y nosotros no»
U12	H	35	Usuario de droga	«El mundo de la droga es un mundo muy complicado, no lo entiendes hasta que estás dentro. En el momento que estás con la droga no ves absolutamente nada más que pincharte y es indiferente si lo haces con una jeringuilla limpia o sucia. Lo importante es darte el placer de pincharte»

Tabla 1 (Continuación)

Código	Sexo	Edad	Grupo	Verbatims
U14	H	40	Hombre que tiene relaciones sexuales con otros hombres	«En los sitios oscuros no se habla, solo se hace lo que se hace, allí no hay ninguna posibilidad de negociación de condón»
U22	H	40	Interno penitenciario	«...tengo amigos que van con gente y no se ponen preservativo y sabiendo que esa persona lo tiene y les da igual. Y a lo mejor tienen familias e hijos y pueden infectarlos. No son conscientes. La sociedad le tiene miedo a decir: sin condón no, yo voy a protegerme para no cogerlo»

H: hombre; M: mujer.

Mayoritariamente los informantes relatan miedo al diagnóstico y, como consecuencia, hay muchas personas sin diagnosticar, lo que favorece el contagio (U1).

Los usuarios conocen las formas de transmisión del VIH-SIDA, pero algunos inmigrantes expresan que existe la percepción de que se trata de una infección que afecta mayoritariamente a colectivos de riesgo (U7).

Las trabajadoras/as del sexo comercial defienden diariamente el derecho a su salud y a la prevención. A menudo, sus clientes solicitan servicios sin preservativo a cambio de más dinero, al igual que los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres que expresan la misma dificultad. Además, algunos clientes también consumen drogas, lo que dificulta la negociación del preservativo (U3, U14).

En muchos escenarios, la percepción de riesgo del VIH-SIDA es relativa, dados otros riesgos considerados más importantes (integridad física, detención o la pérdida de la oportunidad de tener una relación sexual)<sup>3</sup>.

Los usuarios de drogas señalan una percepción de riesgo baja. Además, cuando se está atrapado en la adicción resulta muy difícil pensar en la prevención. El inyector sabe el riesgo de infección por VIH y otras enfermedades, pero lo asume con tal de inyectarse la dosis, además todavía se comparten agujas y jeringas (U12).

Las personas infectadas manifiestan que existen más campañas de información que cuando se infectaron, pero persisten las barreras a la prevención. Las personas anticipan el placer inmediato a la prevención de una enfermedad que puede ocurrir a largo plazo (U22).

Los resultados indican que el sexo protegido sugiere desconfianza en la relación, mientras que el sexo no protegido facilita el acercamiento e intimidad con la «pareja», y se asume como libre de riesgo. Además, el riesgo se percibe en función de la apariencia de persona «sana o enferma», lo que explicaría la decisión de tener relaciones sexuales sin protección con personas «aparentemente sanas»<sup>4</sup>.

En concordancia con otros estudios<sup>5,6</sup>, los jóvenes y adolescentes tienen información sobre el VIH-SIDA, pero la baja percepción de riesgo obstaculiza la prevención. El riesgo de embarazo (efecto inmediato) es el factor que más contribuye a que se adopten medidas preventivas. Consideran que el VIH-SIDA no afecta a los jóvenes y adolescentes,

y que con las relaciones sexuales esporádicas es difícil infectarse.

Los jóvenes justifican las discrepancias entre actitudes y conductas por la confianza en la otra persona o por falta de control debido al consumo de alcohol. A pesar de su fácil acceso utilizan esporádicamente los preservativos. Es necesario profundizar en estrategias para impulsar cambios de conducta que ayuden a prevenir el VIH y las infecciones de transmisión sexual.

## Financiación

Este estudio ha sido financiado por el Programa de Prevención y Asistencia al SIDA (PPAS), del Departamento de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya.

## Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a los profesionales de las ONG-SIDA por haber actuado de informantes clave y a los usuarios que han participado en este estudio.

## Bibliografía

- Taylor-Gooby P, Zinn JO. Current directions in risk research: new developments in psychology and sociology. *Risk Anal.* 2006;26:397-411.
- Berenguera A, Pujol-Ribera E, Violan C, Romaguera A, Mansilla R, Giménez A, et al. Experiences about HIV-AIDS preventive-control activities. Discourses from non-governmental organizations professionals and users. *Gac Sanit.* 2011;25:184-90.
- Estrada JH. Prevention models in the fight against HIV/AIDS. *Acta Bioethica.* 2006;12:91-100.
- Bayes R. Sida y Psicología. Martínez Roca: Barcelona; 1995.
- Brown S, Guthrie K. Why don't teenagers use contraception? A qualitative interview study. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2010;15:197-204.
- Saura SS, Fernandez de Sanmamed Santos MJ, Vicens VL, Puigvert VN, Mascort NC, Garcia MJ. Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Aten Primaria.* 2010;42:143-8.

Anna Berenguera<sup>a,d</sup>, Jesús Almeda<sup>a,b,c</sup>, Concepció Violan<sup>a</sup> y Enriqueta Pujol-Ribera<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Institut Català de la Salut, Barcelona, España

<sup>b</sup> Àmbit d'Atenció Primària de Costa de Ponent, Avaluació Sanitària i Recerca, Hospital Duran i Reynals, Barcelona, España

<sup>c</sup> CIBER, Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España  
<sup>d</sup> Departament de Salut Pública, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: epujol@idiapjgol.org (E. Pujol-Ribera).

doi:10.1016/j.aprim.2011.05.013

## Consideraciones sobre los estudios de prevalencia de fragilidad en el mayor en España

### Comments on studies on the prevalence of frailty in the elderly in Spain

Sr. Director:

Hemos leído con enorme interés el artículo de Jürschik et al. «Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio Piloto»<sup>1</sup>, publicado recientemente en su revista. Ante todo queremos felicitar a los autores y animarles a que continúen con el estudio longitudinal.

A propósito de esta publicación nos gustaría realizar algunas consideraciones sobre la prevalencia del mayor frágil en España. Nuestro grupo ha analizado la fragilidad en una cohorte poblacional urbana iniciada en 2008 y cuyos resultados ya han sido publicados meses atrás en esta misma

revista<sup>2</sup>. Actualmente estamos inmersos en el estudio de campo del segundo corte, con el que esperamos obtener resultados sobre incidencia de fragilidad.

En nuestro país, en los últimos años va ganando relevancia el concepto de «fragilidad» en el anciano como síndrome, y se han realizado diversos estudios de base poblacional<sup>1-4</sup> que han empleado para su definición los criterios de Fried<sup>5</sup> (pérdida de peso no intencionada, debilidad muscular, agotamiento, lentitud al caminar y baja actividad física). En la [tabla 1](#) se comparan aspectos metodológicos, así como los resultados obtenidos en las cohortes de Leganés (Madrid)<sup>3</sup>, Peñagrande (Madrid)<sup>2</sup>, Lérida<sup>1</sup> y Albacete (estudio FRADEA)<sup>4</sup>.

Los resultados sobre prevalencia muestran una amplia divergencia que oscila entre el 8,5 y el 20,4%. Dicha variabilidad puede estar en parte justificada por las diferentes características de las poblaciones. La prevalencia obtenida en Lérida deberá ser confirmada con los datos de la cohorte completa, ya que los datos publicados se refieren a un estudio piloto. La cohorte de Leganés fue creada en 1993 y, por

Tabla 1 Estudios de fragilidad realizados en España empleando los criterios de Fried

Características	Leganés <sup>3</sup>	Peñagrande <sup>2</sup>	Lérida <sup>1</sup>	albacete (FRADEA) <sup>4</sup>
Tipo de estudio	Cohorte creada 1993. Corte 2006	Cohorte basal 2008	Cohorte basal. Estudio piloto	Cohorte basal 2008
Ámbito de estudio	Poblacional	Poblacional	Poblacional	Poblacional
N.º de individuos cohorte inicial	1.546	1.250	1.334	1.172
N.º de individuos de muestra	265	814	323	993
Edad	> 75 años	> 65 años	> 75 años	≥ 70 años
Sexo (% mujeres)	51,3	51,4	57,6	60,5
Prevalencia de fragilidad	20,4% <sup>a</sup>	10,3%	8,5%	16,9%
Variables asociadas a fragilidad	Edad	Edad > 85		Edad
	Sexo femenino	Sexo femenino	Sexo femenino	Sexo femenino
		Bajo nivel educativo	Bajos ingresos	Bajo nivel educativo
	Comorbilidad <sup>b</sup>	Comorbilidad	Comorbilidad	
	Discapacidad <sup>b</sup>	Discapacidad	Discapacidad	
			Desnutrición	Institucionalización
			Depresión	Necesidad de ayuda social

<sup>a</sup> En la publicación original se hace referencia a la prevalencia de hombres y mujeres por separado.

<sup>b</sup> Datos pendientes de publicación.