

**VIH – SIDA Y SEXUALIDAD**  
**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**  
**MELISSA SCHOLZ G.**  
**DIPLOMADO EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**  
**CHÍA**  
**JUNIO DE 2006.**

## Resumen

A lo largo de los últimos años, se han hablado diferentes aspectos del virus de la inmunodeficiencia humana, sin embargo no han sido muchos los estudios que relacionen este virus con el impacto que éste genera en la vida sexual de quienes viven con la enfermedad. Los objetivos específicos estuvieron encaminados a conocer como funciona este aspecto dentro de la población seropositiva y evaluar su necesidad. Se concluye la necesidad de reevaluar creencias y permitir a quienes viven con la enfermedad continuar llevando una vida en la que se les permita ser humanos y cumplir sus necesidades.

*Palabras claves:* VIH (SC 23084), SIDA (SC 01516), Demencia por VIH (SC 01514), Actitudes de afrontamiento (SC 01516), Prevención (SC 01517), Sexualidad (SC 47120)

## Abstract

Throughout the latest years its been much what it has been spoken about the virus of the human immunodeficiency, has nevertheless not been many the studies that can relate this virus with the impact that it generates in the sexual life of toes who live with the disease.

The specific objectives were directed to know how this aspect Works within the “zero positive” population and evaluate it necessity.

The necessity concludes to reevaluate relieves and to allow toes who leave with the disease to continue taking a life which it is allowed be human and fulfil his necessity.

*Key words:* VIH (SC 23084), AIDS (SC 01516), Dementia complex (SC 01514), Attitudes the onward (SC 01516), Prevention (SC 01517), Sexuality (SC 47120).

## VIH – SIDA Y SEXUALIDAD

*“Si quieres preservarte, preserva a los demás. Si preservas a los anónimos, salvas al mismo tiempo a los elegidos de tu corazón”.*

André Gluksman.

La Fisura del Mundo.

Hablar de VIH – Sida es hablar de una de las pocas enfermedades que hasta el momento y aún a pesar de los grandes avances de la medicina, no tiene cura, lo que hace que las personas que viven con ella, estén expuestos a innumerables sentimientos y reacciones no solo a nivel físico sino también emocional. Desde el comienzo de la historia el virus de la inmunodeficiencia humana, se ha visto relacionado según Luque. A (2001) con comportamientos poco aceptados socialmente. “En alguna etapa inicial al SIDA se le conoció como Inmunodeficiencia Relacionada con Homosexuales” (Luque. A 2001. Pág. 62), lo que marco un estigma que ha sido muy difícil de erradicar con el paso de los años. Haciendo que las personas que hoy en día “viven con el virus” (Maciado, 2006) deban enfrentarse a múltiples reacciones de discriminación en la que se encuentran: Según Luque. B (2001) despidos a nivel laboral, rechazo a nivel familiar, rechazo en el ámbito hospitalario y violación de los derechos humanos básicos. Lo que hace necesario replantear los conceptos sociales de la enfermedad y de esta manera brindarle a las personas que viven con ella, tener no solo una mejor calidad de vida, sino la posibilidad de continuar viviendo sin tener que llevar auestas un rotulo que los aleje de la felicidad.

Es por esto que el propósito de este artículo es acercarnos a la parte humana de quienes han sido infectados por el único virus para el cual la medicina aún no a encontrado cura, pero que a su vez, y desde hace poco, gracias a los avances en el área de la salud y en el tratamiento de la misma, Según Lert (2000) dejó de considerarse como una enfermedad mortal para ser catalogada como una enfermedad crónica. Con el fin de reconocerlos como seres humanos que hacen parte de una sociedad y que por lo mismo necesitan de esta para llevar a cabo sus proyectos y para fortalecerse ante las diferentes situaciones por las que deben atravesar, haciendo énfasis en la parte emocional y relaciones interpersonales a las que debido a su condición son rechazados.

Sin embargo para empezar a hablar de la relación entre VIH y sexualidad es necesario antes que nada conocer de que se trata el virus del VIH, las diferentes formas de infección y los posibles tratamientos que actualmente existen para hacerle frente a la esta enfermedad, así como también es necesario aclarar algunos conceptos que por lo general se confunden con facilidad.

Cuando se hace referencia a un Virus, se habla de “un microorganismo capaz de vivir y reproducirse solamente en el interior de las células vivas. Cada partícula viral se compone de una cápsula hecha de proteínas que contienen material genético. Un virus es un organismo vivo, de la estructura más sencilla que se conoce” (Luque. 2003. Pág. 49) teniendo claro este concepto, es posible especificar que el VIH “se asocia a un tipo de retrovirus denominado virus de inmunodeficiencia humana” (Calderón, 2001. Pág 319), el cual se inserta “en los linfocitos T4, también conocidos como células CD4, una especie de glóbulos blancos que hacen parte del sistema

inmune o defensas corporales”(Luque. 2003 Pág.49), lo que de alguna manera explica su alto nivel de complejidad, pues al manejar células iguales a las defensas inmunes del organismo de los seres humanos, poder atacarlo se hace casi imposible. Para entender esto de una mejor manera, se explicará el proceso que sigue el virus dentro del organismo.

El VIH se reproduce dentro de las células mencionadas y termina destruirlas, produciendo nuevos virus que infectarán a su vez, a otras células y así sucesivamente. Con los años, los linfocitos disminuyen a tal punto, que se debilita la capacidad del organismo para controlar las otras enfermedades, principalmente de tipo infeccioso, desencadenando como consecuencia el cuadro clínico conocido como SIDA. (Luque. 2003 Pág. 49-50).

Sabiendo pues como es el recorrido que cumple el virus para transformarse en enfermedad, entramos a explicar uno de los conceptos en lo que más se observa confusión. Ya que para muchos VIH es igual a hablar de SIDA. Sin embargo esto no es verdad. Cuando se habla de VIH se hace referencia exclusivamente al “virus de inmunodeficiencia humana mientras que SIDA se refiere al síndrome de inmunodeficiencia adquirida y todos los complejos que se relacionan con este” (Pérez. 2001. Pág. 125). Sin embargo para poder entender cual es la diferencia exacta entre ambos conceptos, se requiere conocer el significado de síndrome. Cuando se menciona síndrome, se refiere según Luque (2003) a la existencia de indicadores claros de enfermedad. Entre estos posibles indicadores se pueden observar: “sudoración y fiebre, fatiga severa, pérdida de peso, diarrea prolongada, deterioro

progresivo de la función inmune y aparición de infecciones oportunistas” (Calderón, 2001. Pág. 319) entre otros posibles. Mientras que las personas que “Viven con la enfermedad son asintomáticos, lo que quiere decir, que físicamente no existen manifestaciones de enfermedad, lo que no indica que no puedan transmitir a otros el virus” (Maciado, 2006).

Teniendo claridad en los diferentes conceptos relacionados con el VIH y la diferencia entre virus y enfermedad, con el fin de hablar acerca de las diferentes maneras en las que es posible contraer el virus de la inmunodeficiencia humana. Hasta el momento se han establecido según Calderón (2001) algunos medios en que el contagio por VIH, sin embargo para que esto ocurra debe existir contacto directo con los mismos, entre estos se encuentran: el semen, la sangre y las secreciones vaginales, con el fin de explicar cada uno de estos factores y de esta manera determinar, cuales son en realidad los factores de mayor riesgo y de esta manera no solo prevenir el contagio sino también evitar que por falta de información se sigan presentando situaciones de rechazo frente a quienes actualmente son VIH positivo.

Según Bethesda, (1999) una de las formas en que el virus se propaga con mayor facilidad es mediante el contacto sexual con una persona VIH positiva. Esto se debe a que el virus del VIH tiene fácil acceso al cuerpo a través del semen, los fluidos vaginales, el recto y la boca, órganos que se involucran de manera activa durante una relación sexual. Lo que nos lleva necesariamente a hablar acerca de lo que significa la sexualidad para el ser humano, sus conceptos más relevantes y el manejo que a esta se le debe dar, no solamente en personas VIH positivas sino también en personas que no lo son, para de esta manera orientarla positivamente y

evitar así un mayor número de contagios. Para lograr esto, es necesario según González, et.al. (1998) retomar algunos aspectos esenciales de la de la historia de las manifestaciones de la sexualidad femenina y masculina, pues es solo de esta manera que lograremos identificar los indicadores para determinar en que medida han podido ejercer el derecho a la libertad en esta esfera de la vida. Al igual que entender cuales eran por lo contrario los motivos que la favorecen o impiden. “Solo el enfrentamiento con esta realidad nos permitirá comprender cómo concebir la sexualidad y como proporcionar en cada ser humano su realización cada vez más plena y rica, en favor de si mismo y de los que le rodean” (González, et.al. 1998, Pág. 28). De esta manera es posible empezar a determinar que la sexualidad no debe entenderse como un aspecto lejano al ser humano, sino todo lo contrario, como una conducta que demuestra libertad y expresión, razón por la cual nada puede hacer que sea obviada dentro de las necesidades del hombre. Sin embargo, según González, et.al. (1998) dentro de las sociedades surgió lo que hoy conocemos como moral, con la idea de servir de vía para garantizar la convivencia y la sobre vivencia en la lucha de la vida, pero desafortunadamente la moral se “aparta de las necesidades de la mayor parte de los seres humanos y de cada persona en particular, desconociendo sus potencialidades y sacrificando las necesidades y libertades de los seres humano” (González, et.al., 1998, Pág. 28), llevando a lo que hoy ha complicado de manera importante el curso natural de la misma, sobre todo en personas que no cuentan con un estado de salud favorable como es el caso de las personas que viven con el VIH, a quienes socialmente se les ha impedido expresar libremente su sexualidad, mediante lo Olivera (1998) denomina como educación domesticadora, en la que “no nos preparan

para conocer siquiera nuestro propio cuerpo, cómo somos físicamente y psíquicamente como funcionamos unos con otros” (Olivera, 1998, Pág. 29) llegando pues a desintegrar todo aquello que nos hace como seres humanos, en vez de ser factores de liberación de las potencialidades humanas. “busca reducirnos a lo peor que hay en nosotros mismos, al buscar oponernos unos a otros, oponiendo la cabeza del cuerpo, el sentimiento de la razón, lo intelectual de lo manual, la teoría de la práctica” (Olivera, 1998, Pág. 30). Mediante este pequeño recorrido por lo que la sociedad entiende por sexualidad, se pretende lograr que las personas que lean este artículo, reconsideren sus creencias y abran su mente a la posibilidad de ver la sexualidad como un componente que nos hace ser humanos, que nos permite expresarnos y comportarnos como tal, para de esta manera deje de contemplarse tan solo como un factor de riesgo frente a diferentes enfermedades de transmisión sexual, en la que claramente se involucra el SIDA, pues a pesar de no poder obviar que es por medio de relaciones sexuales como se trasmite en mayor porcentaje el virus de la inmunodeficiencia humana, no es la sexualidad la culpable, sino más bien las conductas inadecuadas de su expresión.

Por otro lado, nos encontramos con otros medios por el cual es posible contraer el virus de inmunodeficiencia humana, según Bethesda (1999) es el contacto directo con sangre infectada. El VIH puede transmitirse a través de transfusiones sanguíneas. Sin embargo este tipo de infección ha “reducido notablemente en los últimos años, ya que hoy en día la sangre que se utiliza para estos procedimientos es detalladamente analizada antes de utilizarla” (Maciado, 2006). Lo que se complementa a su vez, según Bethesda (1999) con el alto nivel de selección de sangre

y el tratamiento térmico, hacen que el riesgo de adquirir el virus de inmunodeficiencia sea muy bajo.

Otro de los medios a través del cual es posible contraer el virus, es el intercambio de agujas, el cual se da frecuentemente en personas que consumen drogas. Esto se debe a que luego de inyectarse una persona con una aguja, en esta queda una mínima cantidad de sangre que entrará en el organismo de que quien reutilice este instrumento. (Bethesda, 1999). De igual manera el virus de la inmunodeficiencia humana es transmisible de madre a hijo durante el embarazo o en el momento del parto, lo que se ha sido posible controlar reduciendo el riesgo de infección en un uno porciento mediante el suministro de AZT durante el embarazo y el empleamiento de la cesárea en el momento del parto. (Bethesda, 1999). Siendo sin embargo, según Bethesda, la lactancia materna otra manera de trasmisión directa del virus. Razón por la cual las madres no deben lactar a sus hijos si se pretende reducir el riesgo de infección en los infantes. Sin embargo aún sigue siendo muy alto el porcentaje de bebés que nacen infectados, razón por la cual es necesario enfatizar el trabajo con las madres en cuanto a su sexualidad y de esta manera evitar nuevas infecciones.

Teniendo claras las diferentes maneras en las que es posible infectarse del virus del VIH, es posible descartar circunstancias que hasta el momento han sido confundidas y catalogadas como posibles factores de riesgo, entre estas se encuentra el contagio a través de la saliva. Sin embargo estudios recientes han demostrado que no existe relación entre la infección y el contacto con la misma. Pues a través de estudios de laboratorio se ha encontrado que la saliva tiene componentes naturales

que inhiben los factores infecciosos del virus. (Bethesda, 1999), lo que permite aclarar que los besos no son factores de riesgo, como tampoco lo son las caricias, los abrazos y otras muestras de cariño, siendo entonces evidente que los contactos casuales no generan ningún peligro, razón por la cual, no hay motivos para privar a quienes viven con el VIH, como a quienes ya han desarrollado la enfermedad de muestras de afecto, las cuales además de no generar peligro, son básicas en el proceso de aceptación tanto de la enfermedad como de todo su proceso.

Sin embargo para poder afirmar que una persona vive con el VIH o tiene SIDA se necesita antes que nada realizar un proceso de diagnóstico que permita confirmar esa impresión médica. A pesar de existir diversas formas de análisis, entre las más utilizadas, se encuentran “las pruebas presuntivas conocidas como pruebas de ELISA, que detectan los anticuerpos que el organismo genera contra el virus mediante un Ensayo de Enzimas Ligadas a Inmuno - Sorbentes” (Luque. 2003. Pág. 80). Sin embargo, según Amézquita (2001) toda prueba de ELISA que resulte positiva, debe ser reconfirmada, pues existen diversos tipos de resultados que no pueden ser confirmados sin antes llevar a cabo un procedimiento confirmatorio, esto no solo evitará entregar resultados incorrectos a un paciente, sino también en ocasiones detectar en nivel de desarrollo en que se encuentra el virus. Para confirmar el resultado arrojado por la prueba inicial, este “deberá verificarse mediante una prueba confirmatoria que igualmente detecta anticuerpos contra el virus pero de forma mucho más específica. A esta prueba se le conoce como Western –Blot”. Al finalizar este procedimiento, será posible entonces hacer entrega del resultado al paciente.

En cuanto a la entrega de los resultados, es necesario profundizar un poco más, pues no se trata de un examen de rutina, sino de confirmarle a un paciente una realidad que le dará un giro a su vida, razón por la cual, según Pérez (2001) no solo se debe llevar una asesoría previa a la realización del mismo, en la que se buscará explicarle a la persona en que consiste el examen y reducir los niveles previos de ansiedad, sino que también es importante realizar una asesoría personalizada en el momento de la entrega del resultado, para la cual, “el eje central de asesoría consistirá entonces en intentar devolverle un estado de salud y equilibrio al paciente” (Pérez, 2001. Pág.125) de igual manera dentro de la asesoría post – test, se buscará trabajar con el paciente en el fortalecimiento de herramientas como las planteadas por Pérez (2001) que consisten en enseñarle al paciente a vivir la vida en las condiciones concretas en que tiene que vivirla, dándole la posibilidad de romper con la situación en que usualmente se ve el problema “en que el consultante se ubica dentro de un triángulo compuesto por la víctima de la situación (él/ella), los victimarios (los demás/la sociedad) y un supuesto salvador (el terapeuta). (Hamilton & Morris, 1998). Comenzar a buscar soluciones y salidas a lo que se esta viviendo y lo que se debe vivir, a partir del momento actual. De esta manera el paciente no se sentirá solo, ya la probabilidades de que acepte involucrarse dentro de un proceso terapéutico será mayor. Aunque no se puede olvidar que “las primeras reacciones frente a la noticia son de show o negación” (George, 1989), razones por la cuales, el soporte terapéutico se hace mucho más necesario.

Sin embargo más aya del soporte terapéutico que requiere un paciente con VIH, el apoyo familiar y social es de vital importancia, puesto que “las personas que viven

con el VIH deben lidiar con un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos que en conjunto constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental” (Carrobles, et.al. 2003. Pág. 420). Lo que ha generado la necesidad de buscar estrategias de afrontamiento que puedan permitirle al paciente obtener una mejor calidad de vida. Para esto, varios autores han estudiado las relaciones existentes entre estas posibles estrategias de afrontamiento y los cambios médicos en los pacientes que las utilizan. Entre estos estudios vale la pena destacar a Temoshok (1993) quien encontró en pacientes seropositivos sintomáticos una relación positiva y estadísticamente significativa entre la presencia de un alto número de células Natural Killer frente a una baja preocupación en cuanto a la infección, la cual fue posible detectar debido a la reducción en los niveles de fatiga presentados por los sujetos y el incremento en sus prácticas de auto cuidado. A su vez, Leserman (1999) relacionó un posible afrontamiento adaptativo, caracterizado por la adopción de un espíritu de lucha, con la finalidad de lograr reducir el estrés y de esta manera lograr maximizar el crecimiento personal, permitiéndole al paciente planear el curso de acción y generar apoyo social. Mediante lo cual fue posible observar un menor nivel de disforia e incrementos en la autoestima del paciente. Mientras que por medio de otros estudios, según (Carrobles, et.al. 2003. Pág. 420). Se analizaron las consecuencias de asumir estrategias de afrontamiento negativas tales como, el fatalismo, la negación, la desesperanza y el aislamiento. Mediante las cuales a diferencia de las positivas fue posible detectar influencia en el incremento de depresión, distrés emocional, desesperanza y aislamiento. Esto nos permite observar de una manera más clara, la importancia que tiene para una persona que vive con VIH

contar con un adecuado grupo de apoyo, en todos los ámbitos de su vida, ya que esto se vera directamente relacionado, con una mejor calidad de vida a lo largo del proceso de su enfermedad. Con el fin de concluir este tema, es posible citar a Remor (2002) quien afirma que los pacientes mejor adaptados psicológicamente toleran mejor el tratamiento antirretroviral, presentando, mejores tasas de adhesión al tratamiento e informando mejor bienestar subjetivo.

De esta manera es posible empezar a hablar de la importancia que tiene para los pacientes VIH positivos contar a su vez con una estabilidad emocional a nivel de pareja, sin embargo frente a este tema, no se le ha permitido mucho a las personas que viven con la enfermedad, pues históricamente se han reducido a mantener una vida tranquila, sin ningún tipo de contacto emocional, y mucho menos aún si este tipo de contacto emocional, pudiera desencadenar posibles encuentros sexuales. Ya que esto se ha considerado un comportamiento de alto riesgo, no solo para quien ya ha sido infectado por el virus, sino también en un nivel superior para quien esta en riesgo de contraerlo. Sin embargo frente a esto hay mucho más que decir y es precisamente ese el objetivo de este trabajo, brindarle a quienes viven con VIH la opción de establecer o continuar con sus relaciones afectivas, reduciendo los riesgos y generando en ellos herramientas que les permitan mantener una vida entre los parámetros normales de la misma, pues el “VIH no es sinónimo de muerte” (Velasco 2005).

Para esto, es necesario antes que nada, es necesario “transformar la visión que tenemos del SIDA como una sentencia absoluta de muerte, y convertirla en punto de partida para hacer cambios físicos, mentales y espirituales que permitan incrementar

la calidad de nuestras vidas y la de todas aquellas personas involucradas” (Velasco, 2005). Solo así podremos empezar a hablar de la relación que existe entre sexualidad y el virus del VIH – SIDA con la mente más abierta y sin dejar de lado que quien vive con el VIH no ha dejado de ser persona y por lo tanto sigue teniendo necesidades afectivas iguales o en mayor cantidad que una persona que no este sentenciada a la muerte. Remor (2002).

Viéndolo de esta manera, iniciaremos explicando un poco que es la sexualidad, para esto, es necesario identificar que la misma esta “compuesta por factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales” (Velasco, 2005. Pág. 1). En cuanto a las normas sociales que constituyen la sexualidad, dice Velasco (2005) es necesario desecharlas en ocasiones donde las mismas, no permiten a la persona desarrollarse libremente, haciendo que en ella surjan sentimientos de culpa y ansiedad. Lo que a su vez predispondrá al individuo a disminuir sus defensas inmunológicas. Demostrándonos tan solo una pequeña parte de la problemática que genera prohibirle a un ser alejarse no específicamente de la sexualidad, sino más bien de sus necesidades como ser humano.

“Es muy frecuente que cuando una persona sabe que ha adquirido el VIH/SIDA, cancela su vida sexual, lo cual significa que ha empezado a morir física, mental y espiritualmente” (Velasco, 2005. Pág. 1). Sin embargo, esto no es fácil, pues como se describí en párrafos anteriores la noticia de una cero positividad, genera en los pacientes innumerables sentimientos que por lo generar hace que la persona se aíse y aíse de ella cualquier tipo de contacto con otras personas, lo que nos permite

entender que estos cambios emocionales repercuten en la sexualidad, haciendo según Velasco (2005) que esta se transforme. Esta transformación puede darse a nivel del deseo sexual, pues en ocasiones este tiende a desaparecer, mientras que en otras ocasiones a pesar de que el deseo permanezca, “el miedo a transmitir el virus a otra persona o a reinfectarse a sí mismo, puede llevar a la decisión de no ejercer la sexualidad” (Velasco, 2005. Pág. 2). Y en otras situaciones la rabia que produce la noticia de ser VIH positivo puede generar en el paciente, según Velasco (2005) el deseo de infectar a otros del virus, haciendo que su conducta sexual se despliegue sin límites y haciendo caso omiso de los cuidados básicos, sin embargo esta situación es cada vez menos frecuente.

Otra de las transformaciones que sufre la sexualidad de las personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, es la que Velasco (2005) refiere como la pérdida de la pareja. Lo que hace que los pacientes bajen sus niveles de autoestima y les produzca miedo el buscar nuevas relaciones afectivas, haciendo por lo general que estos se aíslen afectivamente y obtén por lo general por la abstinencia sexual. De esta manera, es necesario empezar a trabajar no solo en los conceptos referentes a la sexualidad, sino también buscar hacer entender que quienes viven con VIH no están destinados a la muerte, como lo afirman muchos y que al igual que todos los seres humanos necesitan de la expresión de sus sentimientos y de sentir que en ellos cabe la oportunidad, no solo de recibir afecto sino también de brindárselo a otros. Teniendo pues esto claro, entraremos a hablar acerca de las diferentes maneras en que es

posible que una persona seropositiva continúe su vida sexual sin que esta represente riesgos para quien la practica.

Estas estrategias que le permitirán a una persona que vive con el virus del VIH o ya a manifestado enfermedad por SIDA continuar su vida sexual, sin que esta represente complicaciones o nuevas infecciones según Velasco (2005) son: la abstinencia sexual, es decir no tener ningún tipo de contacto sexual. Decisión que es completamente respetable, sin mantener contacto sexual genera en el paciente niveles demasiado altos de ansiedad. Por otro lado encontramos el autoerotismo, es decir hacer uso de auto caricias, que pueden estar acompañadas de estímulos visuales o verbales que logren producir placer. Sin embargo si la persona desea tener contacto con otro, lo que se conoce como sexo seguro, puede ser una buena opción. Ya que este hace referencia a todas las practicas en las que se comparten estímulos táctiles, visuales, auditivos y olfativos, pero se evita la penetración con el fin de reducir los riesgos de infección. Sin embargo, más haya de esto, es posible mantener relaciones sexuales completas, siempre y cuando se ponga en práctica lo que se denomina, sexo protegido. En el cual las penetraciones son aceptadas, pero se hace uso de barreras mecánicas tales como, el condón, los cuadros de látex o los de ega pack , que evitan establecer contacto directo con los fluidos que contienen el virus y por ende no se presenta ningún tipo de intercambio de fluidos corporales los cuales sabemos son potencialmente trasmisores del VIH.

Hablar del uso del condón nos introduce en un tema que a generado controversia entre las diferentes instituciones contra el SIDA y la iglesia alrededor del

mudo, pues mientras las primeras lo proclaman como una de las estrategias más importantes para evitar infecciones futuras, la iglesia no acepta su uso. Razón por la cual el Director adjunto para Iniciativas Globales de la ONUSIDA, Luiz Loures se dirigió a la iglesia enfáticamente en cuanto a que el “uso del condón en la lucha contra el SIDA es innegociable si se quiere de verdad reducir la expansión de esta enfermedad” (Loures, 2006. Pág.1). Esto se debe a que en “2005, se consta se han producido cinco millones de nuevas infecciones del VIH en el mundo, con lo que el número de personas afectadas alcanza ya los cuarenta punto tres millones” (Loures, 2006. Pág. 1). Las diferentes instituciones en contra del SIDA buscan llegar a un acuerdo con la iglesia, mediante el cual se unifiquen los deseos de cambiar en rumbo de la enfermedad y prevenir al máximo se sigan incrementando los casos de infección en el mundo. Y por primera vez en siglos de lucha para su aceptación la iglesia se manifestó a través de “Cardenal Carlo María Martín quien aseguró frente al semanario italiano L’ Espresso que en la lucha contra el sida, el condón puede constituir un mal menor” (Ed. El Tiempo, 2006). Lo que produce un cambio histórico en la apreciación de la iglesia frente a un método que hasta hace poco tiempo era inaceptado por la doctrina católica. con el fin de demostrar con hechos más reales la eficacia del condón, podemos tomar como ejemplo al pueblo español. “Donde el número de casos nuevos de SIDA en el 2004, fue de 2.071, lo que supone una disminución del 6,6% con respecto al 2003” (Loures, 2006, Pág. 2). Lo que muestra que hacer uso de este, realmente si disminuye el riesgo de contraer el virus a pesar de seguir manteniendo una vida sexual activa.

Siguiendo por el mismo camino, y entendiendo la sexualidad como una necesidad de los seres humanos a pesar de su orientación sexual, entraremos a hablar un poco acerca de la percepción que conlleva la enfermedad dentro de la comunidad homosexual. Para esto, es necesario conocer un poco la historia del virus dentro de este grupo de personas. En los comienzos de la epidemia del VIH, según Remor y Ulla (2002) la comunidad gay fue estigmatizada y culpada por ser ellos supuestamente quienes en mayor proporción contraían el virus de SIDA. Lo que dio como consecuencia que entre ellos empezaran a existir sentimientos de culpabilidad y altos niveles de angustia. Fue entonces a raíz de estas creencias que a principios de los noventa la comunidad homosexual, según Remor y Ulla (2002) inició a combatir la enfermedad de manera activa, con el fin de lograr reducir los niveles de transmisión del virus entre su comunidad. Para lo cual promovieron soporte para quienes ya estaban infectados por el virus y generaron estrategias educativas en cuanto a la enfermedad para todos aquellos a quienes les interesara evitar ser infectados. Este estudio fue realizado por la comunidad gay y bisexual de hombres que viven con la enfermedad en la ciudad de España, en la que se obtuvieron resultados según Remor y Ulla (2002) en los que se asociaron la frecuencia en las relaciones sexuales, comportamiento de riesgo, la percepción de la enfermedad y la calidad de vida de quienes viven con la enfermedad. Con el fin de mejorar el bienestar de las personas que viven con VIH, sin dejar de lado la necesidad de incluir la sexualidad dentro de la calidad de vida y la percepción de salud que se pretende lograr dentro del grupo de personas involucradas en el estudio. Sin embargo uno de los factores que en mayor proporción se ven afectados después de un diagnóstico

positivo es la vida sexual, y es precisamente en este punto en el que buscaremos profundizar. Según Remor y Ulla (2002) posterior al diagnóstico se empiezan a detectar cambios importantes en las dimensiones de la sexualidad. Estos cambios se producen entre los diferentes estados de la misma, en la primera etapa se producen cambios físicos, como la pérdida de peso, lo cual afecta directamente en la auto percepción del paciente que vive con la enfermedad, reduciendo por tanto su autoestima y cambiando la percepción de los otros frente al afectado. Haciendo por tanto que esto impacte en el desarrollo de una relación afectiva cercana.

La segunda etapa podría considerarse según Remor y Ulla (2002) como el desarrollo de la relación sexual como tal, ya que dentro de esta etapa se visualizan otros síntomas físicos que pueden causar dificultades en el transcurso de la misma. Estos síntomas físicos se asocian a fatiga, problemas para mantener la erección los cuales se dan como efecto colateral de las medicaciones utilizadas para el tratamiento y diarreas incontrolables, entre otros. De esta manera podemos entender que son muchos los factores que pueden cambiar el comportamiento sexual, entre estos según Remor y Ulla (2002) se encuentran aquellos que se relacionan con el sistema hormonal, como también aspectos psicológicos como la ansiedad y la depresión marcan un parámetro importante en el desarrollo de la sexualidad de quienes viven con la enfermedad, como también lo hacen algunos factores sociales, como lo es la estigmatización a la cual se someten las personas VIH positivas. De esta manera es posible determinar que la sexualidad va mucho más allá de una conducta de los seres humanos y enmarca una parte importante del desarrollo de una vida sana, incrementando por ende de manera directa la calidad de vida de quien la orienta

adecuadamente, razón por la cual es un tema que necesita ser entendido y trabajado acorde a lo que es, sin ser estigmatizada y prohibida.

Según Remor y Ulla (2002) cuando una persona VIH positiva mantiene relaciones sexuales, esto es sinónimo de salud, sin embargo a medida en que la enfermedad avanza, estas se hacen menos frecuentes, “tal como la sexualidad afecta el bienestar, la sexualidad influye en el bienestar” (Ulla, 2002. Pág. 44) así pues si la persona infectada por VIH no tiene ningún comportamiento sexual, puede verse entonces como signo de avance en la enfermedad y malestar en el paciente. Lo que además nos indica la importancia que esta tiene en cuanto a la percepción de salud de los pacientes, dándonos por ende una herramienta más para otorgarles a las personas que viven con la enfermedad la posibilidad de continuar llevando su vida de manera acorde a sus necesidades, sin tener que hacer restricciones que los obliguen a dejar de lado comportamientos que lo único que están reflejando es la permanencia de un estado saludable. Si embargo según Di Pietro (2005 – 2006) decidir hacer uso de prácticas seguras requiere de información, motivación y tiempo. Razones por las cuales, para lograr mejores resultados en cuanto a la prevención de la enfermedad, es necesario que todos los seres humanos se comprometan a monitorear el transcurso de la enfermedad dentro de la sociedad, sin apartarse de la realidad.

Sin embargo no es posible desconocer que dentro de la comunidad homosexual se presentan comportamientos que anteriormente se describieron como de alto riesgo, razón por la cual el Centro Europeo de Epidemiología y Monitoreo del SIDA en el 2002 llevó a cabo un estudio en el que se busco determinar la relación existente entre: conductas de riesgo, estabilidad emocional, número de parejas

sexuales y frecuencia de actos sexuales, para de esta manera determinar estrategias que permitan reducir los niveles de riesgo para esta comunidad. Fue así como según Moreau, Dubois y Jeannin (2006) se llevó a cabo un estudio que constaba de diferentes estilos de preguntas que permitían a los sujetos contabilizar sus propias conductas de riesgo, sin que esto fuera determinado por otro y de esta manera lograr que ellos mismos generaran cambios oportunos en su comportamiento sexual, a lo cual se le unió una fuerte campaña educativa dirigida por la comunidad de personas que viven con la enfermedad en la que se proclamaba el uso del sexo seguro como estrategia válida para reducir el riesgo de infección. Con la introducción de este estudio en el artículo se pretende mostrar que mediante auto evaluaciones de nuestras propias conductas se pueden lograr mejores resultados que juzgando el comportamiento de los demás, pues debemos entender que el SIDA no es ajeno a nosotros, como tampoco lo es una enfermedad única de las comunidades homosexuales o bisexuales, hoy en día todos estamos en riesgo de contraer la enfermedad.

Razón por la cual no es posible quedarnos tan solo con los estudios realizados en las comunidades homosexuales, sino que también se hace necesario estudiar las reacciones por parte de la comunidad heterosexual frente a una enfermedad que con los años ha dejado de tener distinciones en cuanto a género, orientación sexual y edad. Sin embargo para acercarnos un poco más a esta realidad citaremos el estudio realizado por Villarroel (2003) en el que se pretende buscar si existen diferencias entre homosexuales y heterosexuales en cuanto a su percepción de la enfermedad, y demás variables psicosociales que se afectan a quienes viven con la enfermedad. Sin

embargo en el análisis de resultados según Villarroel (2003) no se ven diferencias significativas en cuanto a las variables de estrés, estilos de afrontamiento con confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, y aceptación de responsabilidad. Sin embargo en lo que si se encontraron diferencias significativas según Villarroel (2003) fue en las variables relacionadas con los aspectos emocionales del paciente como los son depresión y ansiedad. Lo que nos confirma que los sentimientos que genera el saber que se vive con una enfermedad como lo es el sida, no hace distinciones a nivel de género o orientación sexual. Una razón más para entender que quienes tienen VIH son seres humanos y que es eso lo que debe importarle a quienes tienen la posibilidad de permitirles llevar una vida fuera de los rótulos u estigmas que por ignorancia la sociedad ha impuesto.

Sin embargo es necesario prevenir que la enfermedad se siga expandiendo, y es por esta razón que cada vez con más frecuencia se ve la necesidad de estudiar el comportamiento sexual desde tempranas edades, para de esta manera evitar a futuro comportamientos riesgosos y de esta manera acabar con la expansión de la enfermedad. Para esto, citaremos el estudio realizado por Lundgren (2000) en el cual se pretende centralizar el rol masculino dentro de la salud sexual y reproductiva con el objetivo de promover la igualdad de géneros en todas las esferas de la vida, incluyendo la vida familiar y comunitaria. Con el fin de capacitar a los hombres para que estos se responsabilicen de su comportamiento sexual y reproductivo al igual que de sus roles sociales y familiares. Para esto Lundgren (2000) hace énfasis en la necesidad de conocer a mayor profundidad las circunstancias del comportamiento sexual y en especial su dimensión emocional que conllevan a los adolescentes

varones y hombres jóvenes a desempeñarse dentro de la misma. “Reconociendo la necesidad de aumentar la responsabilidad de los hombres, particularmente en lo que concierne a las consecuencias de sus acciones sexuales para sus parejas” (Lundgren, 2000. Pág. 5).

Es por esto que lo que pretende este estudio “no es simplemente aumentar la participación de los hombres sino de cambiar radicalmente la forma en que lo hacen. Haciendo uso de su rol como líderes de la familia, la comunidad y la política” (Lundgren, 2000. Pág. 5) pues se ha considerado al hombre como instrumentos que pueden promover o obstruir la salud de las mujeres al igual que la de ellos mismos. Lundgren (2000). Pues a diferencia de lo que usualmente se ha creído, investigaciones recientes sugieren que las necesidades de salud de los hombres, especialmente de los adolescentes, son bastante urgentes. Según Rutter (1990) el género masculino es una variable que genera mayor vulnerabilidad al riesgo. Un ejemplo de esto es que en América latina y el Caribe, la morbilidad en hombres es 26% más alta que para las mujeres. Y esta morbilidad se asocia según Keijzer (1995) a la construcción social de la masculinidad, y sus estilos de vida. “Estas tendencias sugieren la necesidad de trabajar con adolescentes varones, ya que muchos de los comportamientos que llevan a estos problemas de salud en la edad adulta, emergen de patrones aprendidos en la niñez y adolescencia” (Lundgren, 2000. Pág. 6).

Esto se debe a que la adolescencia marca el comienzo de la sexualidad y la adopción de patrones de comportamiento que pueden llegar a tener implicaciones a futuro en lo relacionado con la salud sexual. Para justificar un poco estas creencias, Sonenstein, Pleck y Ku (1995) en una investigación realizada en Estados Unidos de

América encontraron que la consistencia en el uso de condones entre adolescentes está relacionada con la edad en la primera relación sexual y es uso previo de condones. Concluyendo, es más probable que usen condones los hombres que comenzaron su actividad sexual más tarde, como aquellos que usaron preservativo en su primera relación sexual lo seguirán usando de forma consistente de ahí en adelante. De esta manera entramos entonces a reconocer la importancia de una buena educación sexual para el mejoramiento de la salud dentro de este ámbito de la vida, lo que claramente se verá reflejado en la disminución no solo del VIH sino también de muchas otras enfermedades de transmisión sexual. Además de generarnos una vez más la posibilidad de afirmar que en una pareja con VIH haciendo uso del condón no solo evitará reinfecciones en si mismos, sino que también les dará la posibilidad de mantener una vida sexual activa sin poner en riesgo de infección a una persona cero negativos.

Cuando hablamos de VIH y sexualidad, no podemos olvidarnos de un tema del cual no se sabe mucho y que desafortunadamente hoy en día marca un parámetro importante en cuanto a resistencia del virus de refiere. Y es la reinfección, lo cual hace referencia a “un termino utilizado para describir una infección nueva o secundaria por un virus que ya a infectado a una persona” (Proyect Inform 2004). Lo demuestra, según el estudio realizado por Proyect Inform (2004) que las creencias que muchos tenemos en cuanto a que no produce ningún riesgo para quien vive con la enfermedad, mantener relaciones sexuales con otros VIH positivos, no es cierto, pues el tener “VIH – 1 no protege a la persona de adquirir VIH – 2” (Proyect Inform, 2004. Pág 2). El problema de la reinfección es que a pesar de que “la composición genética

de la nueva infección difiere tan solo en un 12% de la infección original, esta pequeña diferencia lleva a que la segunda infección se escape completamente del control del sistema inmunológico, interrumpiendo la supresión lograda contra el virus original” (Proyect Inform, 2004. Pág. 3). Esto nos lleva a pensar que la reinfección no solo es posible sino que además fortalece el virus haciendo que el control sobre el mismo se torne mucho más complicado, permitiéndonos modificar creencias erróneas que pueden conllevarnos a mayores complicaciones a futuro, razón por la cual es necesario no solo conocer más acerca de la enfermedad sino también continuar con el uso de mecanismos de protección aún conociéndose resultados positivos de infección por VIH, de esta manera no solo se obtendrán mejores resultados en el tratamiento, sino que se evitará una etapa SIDA temprana.

Sien embargo, no es solo necesario, mantener sexo seguro para evitar reinfecciones, como se ha mencionado anteriormente, uno de los problema de VIH es la manera en que ataca el sistema inmune de las personas, haciéndolas más propensas a contraer otro tipo de enfermedades “llamadas oportunistas” (Velasco, 2005) entre este grupo de enfermedades, se encuentra Según Thirlwell (2004) es el cáncer de papanicolau para hombre que tienen relaciones anales. Según este mismo médico especialista en cánceres, “esta patología se convertirá en un problema recurrente y causa de muerte” (Thirlwell, 2004. Pág. 1), sin ser sin embargo el tipo de cáncer más conocido dentro de los cánceres que se conocen dentro de la población de personas VIH positivas. El estudio realizado por Thirlwell (2004) mostró que unos veintiséis casos fueron identificados entre un grupo de 8.640 pacientes que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana. Una cifra que a pesar de no ser muy alta, si es un

indicador de cuidado para evitar el aumento dentro de una población muy voluble a contraer enfermedades importantes. Es importante mencionar que este tipo de carecer según Thirwell (2004) diferencia de otros asociados al VIH, como el Sarcoma de Kaposi, este cáncer anal no tiene tendencia a manifestarse como resultado de un bajo recuadro de CD4 (defensas) y no responde a una terapia de antirretrovirales. Lo que una vez más pone en manifiesto la necesidad no solo del uso de protección al momento de las relaciones sexuales, sino también de mantener un adecuado y continuo chequeo médico que prevea este tipo de situación con el fin de mejorar y mantener una buena calidad de vida, pues a medida en que el VIH avanza y se empieza a hablar de enfermedad por SIDA, la calidad de vida se hace cada vez más vulnerable al deterioro y es precisamente este el punto que debemos tratar de evitar, prolongando un buen estado de salud.

Con la finalidad de explorar un poco más a fondo el impacto que tiene la enfermedad en pacientes con SIDA en etapa avanzada, y la manera en que esto afecta en la calidad de vida de los pacientes, citaremos el estudio realizado por Suárez, et.al. (2002) acerca de calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. Quienes comentan que a lo largo de estos últimos quince años de pandemia por infección de VIH, se han logrado grandes avances terapéuticos. “Se dispone de fármacos antirretrovirales cada vez más potentes y eficaces, aunque incapaces de eliminar el virus del organismo. Este hecho junto con la aparición de resistencias a diferentes estrategias farmacológicas han dado como resultado un aumento de la supervivencia a los pacientes incluso en las etapas más avanzadas de la enfermedad” (Suárez, et.al, 2002. Pág. 20). Después de un análisis completo, Suárez,

et.al. (2002), encontraron que mediante las nuevas estrategias de tratamiento antirretroviral, se logra incrementar significativamente los recuentos de linfocitos CD4 y con una importante reducción de la carga viral. Lo que anima a seguir luchando y dejar de denominar una enfermedad como mortal, cuando gracias a los avances médicos se puede catalogar como crónica. Sin embargo, los estudios demuestran que uno de los aspectos en los que se necesita hacer mayor énfasis debido a su gran influencia dentro de los pacientes VIH positivos, es la parte emocional de los mismo, ya que a pesar de los avances a nivel de medicamentos que se han venido implantando en los últimos tiempos, aspectos como la depresión y la ansiedad continúan siendo aspectos de deterioro en las personas que viven con la enfermedad. Esto es posible confirmarlo mediante los resultados arrojados por el estudio realizado, en el cual “solamente 7 pacientes (13,4%) estaban libres de depresión según la escala de BECK. El resto de la muestra analizada presentaba algún grado de depresión y en él 25% de los pacientes (13) ésta alcanzaba rango de gravedad” (Suárez, et.al. , 2002. Pág. 23). Lo que nos permite establecer que una de las problemáticas en las que la psicología debe incursionar en sus terapias es en el fortalecimiento emocional y reducción en los niveles de ansiedad y depresión de estos pacientes, puesto que en la prueba realizada por Suárez, et.al (2002) fue posible observar que al igual que con la depresión, los pacientes muestran niveles elevados de ansiedad. esto se puede ver expresado en los resultados obtenidos en la investigación, en la que un total de cuarenta pacientes (76,9%) presentaban estado de ansiedad, dentro de los cuales unos 30 se manifestaba bajo criterios de gravedad lo que demuestra que esta sigue siendo una problemática importante, y que debido a lo explicado en párrafos anteriores,

donde se relacionó la importancia de los aspectos emocionales con los buenos resultados dentro del tratamiento, se hace de vital importancia mejorar los estados anímicos de los pacientes, si en realidad el objetivo final es incrementar en ellos la calidad de vida.

Pudiendo de esta manera acercarnos a interpretar el VIH como una enfermedad multidimensional que requiere por ende intervención a diferentes niveles que la hacen una enfermedad de complejidad elevada, pero que al ser atendida de manera correcta, se logrará influir positivamente en la calidad de vida quienes viven con ella.

## CONCLUSION

El objetivo final del presente trabajo fue llevar a cabo una revisión teórica inicial de los aspectos relevantes que hacen parte del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y del significado emocional que conlleva en un paciente saber que vive con la enfermedad. Los objetivos específicos estuvieron encaminados a lograr relacionar esta información con el impacto en la sexualidad de los pacientes VIH positivos, para de esta manera conocer como se debe intervenir, mejorando así calidad de vida de cada uno de estos pacientes. Siendo posible afirmar que los objetivos anteriores se cumplieron satisfactoriamente, pues a lo largo del presente artículo se encontrará información relevante sobre cada uno de los temas inicialmente planteados, profundizando en aquellos que se consideraron de mayor relevancia.

Es posible concluir que cuando hacemos referencia al VIH – SIDA en necesario antes que nada revisar los conceptos que dentro de esta se involucran, “ya que a pesar de los grandes avances de la medicina y de los múltiples progresos que se han obtenido, aún existen grandes vacíos frente a aspectos relevantes como lo es la sexualidad” Cueto (2003). Pues a pesar de ser las relaciones sexuales uno de las razones más relevantes en cuanto a transmisión del virus se refiere, “no se han realizado suficientes investigaciones en cuanto al futuro sexual de aquellas personas que viven con una enfermedad transmisible en un cien por ciento a través de esta vía” Cueto (2003). Lo que nos lleva a la necesidad de buscar como psicólogos indagar más acerca de la misma, pues es necesario entender la “sexualidad como una condición y necesidad humana” Segal (2005), visión a la que pudimos acceder gracias a los estudios realizados por algunos autores. Como también pudimos

relacionar la “importancia de mantener una vida sexualmente activa, en el incremento de la calidad de vida de los pacientes” Buzz (2002) logrando así percibir la enfermedad de una manera diferente y sintiéndose por ende mucho más saludables.

Por otra parte, es posible observar la importancia de educar no solo a quienes viven con la enfermedad sino a toda la población sobre “la necesidad de reducir en sus vidas las conductas de riesgo, buscando relaciones emocionales más estables y haciendo uso de medidas de protección”. Vera-Villaruel, et.al. (2003) con el fin de generar conciencia de enfermedad y reducir los niveles de riesgo frente al contagio de todas las enfermedades infecciosas como es el caso del VIH, las cuales desafortunadamente se encuentran en aumento a lo largo del mundo.

De la misma manera, gracias a la revisión teórica que se llevó a cabo, fue posible determinar factores emocionales de gran importancia que se hacen presentes a lo largo del transcurso de la enfermedad, permitiendo conocer la importancia de no olvidar bajo ningún pretexto que trabajamos con “seres humanos que necesitan de apoyo tanto a nivel familiar como social, para lograr no solo mejores resultados en la adhesión a tratamientos” Días, et.al. (2006) sino que también percutirán positivamente en la percepción frente a la enfermedad, dando por ende como resultado “una mejor calidad de vida y beneficios a nivel físico, que permitirán a la paciente prolongar su vida y enfrentarse a los procesos de la enfermedad bajo una perspectiva diferente de la misma” Díaz, et.al. (2006). Pues desafortunadamente hoy en día a pesar del incremento de información que se ha adquirido frente al tema del SIDA siguen existiendo “factores sociales en lo que se continúa estigmatizando a las personas que viven con VIH haciendo que se generen comportamientos desfavorables

que impiden un desarrollo normal de la cotidianidad en estos pacientes”Greeley, (2005) . Razón por la cual es necesario continuar capacitando los diferentes sectores de intervención para de esta manera lograr “estabilizar emocionalmente a los pacientes y de esta manera evitar recaídas y problemáticas emocionales que puedan deteriorar bien sea a nivel físico como emocional a la población seropositiva” Greeley (2005).

Por otro lado es importante mencionar que esta revisión teórica dio la posibilidad de conocer estrategias que permiten a quienes viven con la enfermedad generar herramientas que les permiten continuar llevando una vida como la que llevaría una persona que no posee ninguna enfermedad, “retrazando la etapa SIDA donde se pueden observar la presencia de síntomas agresivos de enfermedad que deterioran al paciente” Teva, et.al. (2005) pero que sin embargo hoy, gracias a los avances médicos se han logrado reducir, permitiendo al paciente culminar su vida en mejores condiciones que como ocurría en el pasado. Sin olvidar que para que esto sea posible es necesario antes que nada “involucrar al paciente en un proceso terapéutico continuo donde se fortalezca emocionalmente al individuo de tal manera que haga practica de estrategias de auto cuidado” Teva, et.al. (2005) para de esta manera hacerse posible un mejoramiento en todos los aspectos.

De esta manera finalizaremos un recorrido bastante complejo y del cual no se ha terminado de decir todo, sobre una enfermedad que desde hace poco dejo de considerarse mortal, pero que para muchos jamás dejara de serlo, lo que nos demuestra una vez más que en realidad los avances en ella han sido importantes, pero que a pesar de eso “sigue faltando demasiada información para lograr

deshacernos de los rótulos a los que siguen estando expuestos aquellos que por alguna u otra razón no muy distante a todos nosotros, llegaron a infectarse de un virus que no hace distinciones, de raza, género o condición social” Thirlwell (2004), y al cual cada vez estamos más cercanos todos los seres humanos si no hacemos conciencia de su importancia y empezamos a verlo bajo una mirada diferente y más humana.

## Referencias

- Álvarez, T. (2000) La dimensión de género en lo medios de comunicación social. *Sexología y sociedad*. 6 (15) 7 – 9.
- Amézquita, P. (2001) Interacting of cognitive avoidanc. *Psychoneuroimmunology*. New York, NY: Academic. 24 47 – 65.
- Bermúdez, M., Hernández, J., Buela, G. (2005) Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/ SIDA. *Salud Mental*. 5 (28) 40 – 49.
- Bethesda, J. (2000) HIV Infection and AIDS. *National Institute of Allergy and Infectious Diseases*. Disponible en red: [[www.healingwell.com/library AIDS/info3. asp](http://www.healingwell.com/library/AIDS/info3.asp), extraído el 18 de Abril de 2006].
- Bethesda. J (2001) HIV Information. *National Institute of Allergy and Infectious Diseases*. Disponible en red: [[www.healingwell.com/library/AIDS/ info3.asp](http://www.healingwell.com/library/AIDS/info3.asp), extraído el 18 de Abril de 2006].
- Calderón, H. (2001) Factores psicosociales del VIH/ SIDA. *Salud mental, sociedad y cotidianidad*. Caldas: Departamento de salud mental y desarrollo humano. 7 (10) 24 – 50.
- Carrobles, P., Remor, C., & Rodríguez, S. (2003) Personal cognitive, behavioural and demographic predictors of HIV testing and STDs in Homeless women. *Journal of Behavioural Medicine*. 23 (6) 123-147.
- Centro Europeo de Epidemiología y Monitoreo del SIDA. (2002) Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH + *Psicothema*. 14 (8) 262-267.

- Cueto, M. (2002) Rastro del SIDA en Perú. *Cienc saude – Manguinhos*. 10 (9) 115 – 119.
- Dias, S., Matos, M., Aldina, C. (2006) AIDS – Relate stigma and attitudes towards AIDS infected people among adolescents. *AIDS care*. 18 (3) 208 – 214.
- Di Prieto, N. (2006) No Turning Back: HIV and Gay Male Sexuality. Disponible en red: [www.unaids.org, extraído el 20 de abril de 2006].
- Buzz, O. (2004) Depressive symptoms among HIV + men: Life stress, coping and social support. *Journal of Applied Behavioural Research*. 1 (3) 64 – 87.
- Ed, El Tiempo (2006) El condón como un mal menor. Cardenal Carlo María Martín. *Periódico el Tiempo, April 2006*.
- George, J. (1989) Las primeras reacciones frente a las noticia son de show o evitación razones por las cuales el soporte terapéutico se hace mucho más necesario. Doping with AIDS: Psychosocial and health implications. *Journal of Applied Social Psychology*. 17, 309 – 328.
- Gonzáles. A., Castellanos, B., (1998) La sexualidad y los géneros, Sexología y Sociedad. 4 (9) 28 – 33.
- Greeley. A. (2002) Concern About AIDS in Minority Communities. *FDA Consumer* 5 (10) 12 – 18.
- Hamilton, D. & Morris (1998) Accuracy of self reports. *Annals of Behavioural medicine*. 26. 104 – 123
- Hernandez, D., Sánchez. G., Pelcastre, B., Juárez, C. (2005) Del riesgo de la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre

- violencia sexual e infección por VIH/ its en emigrantes clandestinos. *Salud Mental*. 5 (28) 120 – 142.
- Tava, I., Bermúdez, M., Hernández, J., & Buela, G. Transmission of STIs /H at the partnership level: Beyond individual level analyses. *Journal of Urban Health*. 80 (4) 15 – 25.
- Keijizer, J. (1995) Construcción social de la masculinidad y sus estilos de vida. Depression in HIV infected persons. *Psychosomatics*. 39, 82 – 83.
- Lert, F (2002) Advances in HIV treatment and prevention: Should treatment optimism leads to prevention pessimism. *AIDS care*. 6 (12) 745 – 755.
- Leserman, J., Jackson, J., Pettito, J, Golden, R., Silva, S., Perkis, D., Cai, J, & Evans, D. (1999) AIDS the effects of stress, depressive symptoms and social support. *Psychosomatic medicine* 61 (10) 397 – 406.
- Loures, L. (2004) El uso del condón es innegociable. Disponible en red: [www.ligasida.org/es/noticia, php.uid, extraído el 30 de marzo de 2006]
- Lundgren, R. (2000) Protocolo de investigación para el estudio de la salud reproductiva de los adolescentes varones y hombres jóvenes en América latina. *División de promoción y protección de la salud, programa de familia y población OPS*, 5 (12) 1 – 113.
- Luque, R. a. (2001) Consecuencias del miedo al SIDA. En P.A (ed) (2000) *El SIDA socia*. Bogotá: Presencia de los Andes.
- Luque, R. b. (2001) Más aya de la epidemia, una aproximación al Individuo. En P.A (ed) (2000) *El sida social*. Bogotá: Presencia Universidad de los Andes.

- Luque, R. c. (2003) El mundo de las rupturas de linderos. En G, C (ed) (2001) *El SIDA en primera persona*. Bogotá: Panamericana Editorial Ltda..
- Luque, R. d. (2003) El VIH la causa. En: G,C (ed) (2001). *El SIDA en primera persona*. Bogotá: Panamericana Editorial Ltda.
- Luque, R. e. (2003) El SIDA la enfermedad. En G, C (ed) (2001) *El SIDA en primera persona*. Bogotá: Panamericana Editorial Ltda.
- Luque, R. f. (2003) Formas de transmisión de la enfermedad. En: G, C (ed) (2001) *El SIDA en primera persona*. Bogotá: Panamericana Editorial Ltda.
- Luque, R. g. (2003) La prueba Diagnóstica. En: G, C (ed) (2001) *El SIDA en primera persona*. Bogotá: Panamericana Editorial Ltda.
- Luque, R. h. (2003) Prevención por la transmisión por vía sexual. En: G, C (ed) (2001) *SIDA en primera persona*. Bogotá: Panamericana Editorial Ltda.
- Maciado, L. a. (2006) Evaluación de Intervención en pacientes y familia. *Diplomado en psicología de la salud, Módulo 7*.
- Maciado, L. c. (2006) Cuidados paliativos. *Diplomado en psicología de la salud, Módulo 7*.
- Marian, S (2005) Non – Voluntary Sexual Activity Adolescents. *Family Planning perspectives*, 21 (3) 1140 – 114.
- Moreau, P., Dubois, A., & Jeannin, F. (2004) Post exposure treatment of people Exposed to the human immunode. Ciency virus through sexual contact or injection drug use. *New England Journal of Medicine*, 336, 1097 – 1100.

- Moreau, F., Gruet, F., & Dubois, A., (2006) Long – Term HIV / AIDS related prevention behaviours among men having sex with men. *AIDS care*, 18 (1) 35 – 43.
- Olivera, P., (1998). The impact of new combination HIV therapies on knowledge Attitudes and behaviours among Chicago gay men. Abstract 43260, Geneva, *12<sup>th</sup> World AIDS Conference, 28 June – 3 July*.
- Pérez, A. (2001) La asesoría psicológica para personas VIH positivas y con SIDA. En A, P (ed) (2000) *Programa la casa, atención a la comunidad en las áreas de drogadicción, SIDA y suicidio*. Bogotá: Presencia Universidad de los Andes.
- Pérez, J. (1997) Ética y educación sexual. *Sexología y sociedad*. 3 (7) 8 – 9.
- Perú, M, C. (2002) La razón de la sexualidad. Disponible en red: [www.aids.org, extraído el 2 mayo de 2006].
- Proyect Inform (2006) Es la reinfección un problema para las personas viviendo con VIH. Disponible en red: [www.aidsinfoner.org, extraído el 4 de mayo de 2006].
- Remor, A. (2002) Quality of life Spanish gay men living with HIV. *Journal of gay and lesbian medical association*, 2 (6) 20 – 52.
- Remor, A., & Ulla, S. (2002). Trends in HIV prenatal screening from. *Epidemiologic if*, 46 (8) 176 – 182.
- Segal, M. (2004) Mother and child, the HIV connection. *AIDS care*, 5 (8) 1.
- Solder, S. (2002) Facing the realities of Fantasy sex. *AIDS care*, 7 (4) 1 – 5.
- Sonenstein, B., Pleck, M., & Ku, L. (1995) Subjective perception of illness in HIV infection and AIDS. *Haemophilia*, 6 (4) 339 – 340.

- Suárez, M., Munchul, R., Pérez, P., Aguayo, C., Canela, F., Rodríguez, E., Pujol, E. (2001) Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección avanzada. *Análisis de medicina interna*, 8 (19) 396 – 404.
- Temoshok, L. (1999) Emotions and health outcomes: some theoretical and methodological considerations. En: H, C (ed) (1998) *Emotion inhibition and health*. Germany: Hogrefe & Huber Publishers.
- Thirlwell, C. (2004) Going for health. *ADIS care*, 2 (5) 17 – 25.
- Thomson, L. (2005) Methodological comundrums in the measurement of sexual risk behaviour. *The society of behavioural medicine*, 6 (14) 154 – 163.
- Ulla, S. (2002) Psiconeuroinmunología e infección por HIV. *Reflexao e critica*, 15 (1) 113 – 119.
- Velasco, M. (2005) El ejercicio de la sexualidad y el placer de las personas viviendo con VIH/ SIDA. Disponible en red: [[www.paho.org/spanish/ad/fch/elsalvador](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/elsalvador), extraído el 3 de Abril de 2006].
- Velasco, M. (2005) Sexualidad y VIH / SIDA. Disponible en red: [[www.aids-sida.org/sexsida.htm](http://www.aids-sida.org/sexsida.htm), extraído el 3 de Abril de 2006].
- Villarroel, D. (2003) Health related quality of life in persons with acquired immune deficiency syndrome. *Med Care*, 31 (6) 569 – 580.

