

EL VIH-SIDA: FACTORES PSICOSOCIALES Y COMPORTAMENTALES

Andrés De Bedout Hoyos*

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es analizar del tema del arte sobre el tema la prevalencia del VIH/SIDA a nivel mundial y las conductas de riesgo que incrementan la probabilidad de infección y prevención y tratamiento de esta epidemia. Se presenta una visión general del problema del SIDA en el mundo, se analizan sus aspectos epidemiológicos, haciendo hincapié en su historia, en los mecanismos de transmisión, y en los factores psicosociales y comportamentales asociados al riesgo de contraer dicha enfermedad, e igualmente se plantean ciertos mecanismos de prevención y tratamiento. Se concluye con una corta reflexión de cómo afrontar esta enfermedad considerada por muchos como la más devastadora de todos los tiempos, superando a la peste negra. (Duazary 2008; 129-140)

Palabras Clave: SIDA/VIH, salud pública, enfermedades de transmisión sexual, conducta sexual de riesgo, prevención, tratamiento, tasa de prevalencia.

ABSTRACT

The objective of the present revision is to analyse the prevalence of HIV/AIDS globally and risk behaviors that increase the likelihood of infection, prevention and treatment of this epidemic. It presents an overview of the problem of AIDS in the world, discusses their epidemiological aspects, emphasizing its history, the mechanisms of transmission, and the behavioral and psychosocial factors associated with the risk of contracting this disease, and also raises certain mechanisms for prevention and treatment. It concludes with a short discussion of how to deal with this disease considered by many as the most devastating of all time, surpassing the black plague.

Key Words: HIV/AIDS, public health, sexually transmitted diseases, sexual risk behavior, prevention, treatment, prevalence rate.

INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA tiene un importante impacto en términos económicos y humanos ya que hace mella en la productividad, seguridad, educación, atención de la salud, administración pública, cohesión social y estabilidad política. Está acortando la esperanza de vida de los adultos en edad productiva, aumentando

notablemente la mortalidad infantil, contrayendo la fuerza laboral, creando decenas de millones de huérfanos, ampliando la brecha entre ricos y pobres, y anulando los adelantos del desarrollo.¹

Referente al riesgo de contraer el VIH-SIDA en la vida y las actividades cotidianas: es casi nulo. Las vías de transmisión del VIH son: sanguínea, sexual y de una

129

* Psicólogo egresado de la Universidad San Buenaventura – Medellín. Investigador. Grupo de investigación: Estudio del suicidio y conductas de riesgo sexual. Universidad del Magdalena. Correo electrónico: psicologusb@yahoo.es

madre infectada al feto o a su recién nacido. Para que se produzca la transmisión es necesaria una cantidad suficiente de virus, que sólo se encuentra en la sangre, semen y secreciones vaginales de las personas infectadas y, en menor medida, en la leche materna. La infección sólo se produce si el virus penetra en el organismo y entra en contacto con la sangre o mucosas (piel que recubre el interior de la boca, vagina, pene y recto) del individuo.²

El SIDA no constituye un problema de salud pública sólo por el número de infectados y por su rápida progresión, sino por las consecuencias devastadoras tanto físicas como psicológicas y sociales que tiene sobre la vida de las personas que lo padecen³. De momento, no existe cura para esta enfermedad y la lucha fundamental contra la epidemia sigue siendo la prevención, el respaldo político para hacerle frente y la defensa de los derechos humanos.⁴

El objetivo general de la presente revisión fue analizar la prevalencia del VIH-SIDA a nivel mundial y las conductas de riesgo que incrementan la probabilidad de infección y, prevención y tratamiento de esta epidemia.

El inicio de la epidemia

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) que fue identificado como tal en 1981, es un síndrome clínico grave, que se expresa en una severa depresión del sistema inmunológico, lo que trae como consecuencia que el organismo humano esté más indefenso ante las enfermedades infecciosas. El SIDA representa la última etapa clínica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).⁵ Se puede aplicar una definición general de un caso de SIDA, a cualquier persona que sea positiva anticuerpos anti-VIH, y además, tenga un conteo de células T CD4 + de 200 / células por mm³ ó menos, o bien una o más enfermedades oportunistas.⁶

Los primeros casos de lo que ahora conocemos como SIDA fueron detectados en Nueva York y Los Angeles en 1981. Se observó en pacientes jóvenes homosexuales previamente sanos el desarrollo de infecciones oportunistas como neumonía por *Pneumocystis carinii*, infecciones extensas de mucosas por *Candida albicans* y la aparición de sarcoma de Kaposi. Algunos pacientes presentaban linfadenopatía generalizada precediendo el desarrollo de estas manifestaciones infecciosas. Estos casos fueron primero comunicados a la comunidad científica por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) y posteriormente publicados en extenso en el *Lancet* y en el *New England Journal of Medicine* (NEJM).⁷⁻¹⁰

En mayo de 1983, Luc Montaigner, en el Instituto Pasteur de Francia, y, un año más tarde, Robert Gallo, en el Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos, identificaron y aislaron al virus causal de SIDA. En 1984 se desarrollaron pruebas de detección de anticuerpos y en 1985 se iniciaron las pruebas serológicas rutinarias en bancos de sangre. En mayo de 1986, un comité taxonómico de la OMS propuso denominar al virus del SIDA "virus de inmunodeficiencia humana" (VIH). En el transcurso de 1987 se iniciaron, en Francia y Estados Unidos, los primeros ensayos de inocuidad de posibles candidatos de vacunas contra el SIDA.¹¹

El origen de VIH tiene más interés histórico que epidemiológico. En otras palabras, desde el punto de vista de salud pública, importa de dónde viene el virus, sino a dónde va. La hipótesis más plausible es que su origen se remonta al África Central, que es el lugar en donde se han logrado detectar retrospectivamente sueros positivos de mayor antigüedad (1959).¹¹

Situación actual del VIH/SIDA en el mundo

La epidemia ha ido creciendo exponencialmente en muchos países, así como extendiéndose a todas las áreas del planeta que inicialmente no se habían visto afectadas, y hoy puede hablarse de pandemia del VIH. En los países más afectados ya se han producido descensos importantes en la esperanza de vida por esta causa.¹²

Las estimaciones sobre VIH y SIDA realizadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud señalan que o eviten 42 millones de personas viviendo con VIH en el mundo, cifra que va en aumento, dejando en evidencia que se está frente a una epidemia que no ha podido ser controlada. La mayor parte de las personas infectadas con VIH pertenecen a países en desarrollo; África subsahariana concentra 29,4 millones del total de personas VIH seropositivas, le sigue Asia del Sur y Sudoriental, con 6 millones y, en tercer lugar, se encuentra América Latina con una cantidad estimada de 1,9 millones de personas viviendo con VIH.¹³

En cuanto a la situación de Europa con respecto al resto del mundo, Europa oriental ocupa el sexto lugar a nivel mundial en función de la tasa de prevalencia y el quinto en cuanto al número total de personas diagnosticadas de VIH/SIDA en las diferentes regiones del mundo. Europa occidental ocupa el séptimo lugar a nivel tanto de tasa de prevalencia como del número de personas que viven con VIH/SIDA. La tasa de prevalencia de Europa Oriental y Asia central es de 0,35 siendo más alta que la de Europa Occidental que se sitúa en 0,24.¹⁴

En Europa Oriental, Asia Central, Europa Occidental y Latinoamérica, el 75% de las personas infectadas por el VIH son hombres y el 25% son mujeres. Sin embargo, en la región de África subsahariana los porcentajes de hombres y mujeres infectados son más homogéneos, de manera que el 55% son mujeres y el 45% son hombres.¹⁴

A nivel mundial entre el 75 y el 80% de los casos de SIDA se han producido por una relación sexual no protegida, siendo en más del 75% de ellas una relación heterosexual, y la adquisición del virus mediante el uso compartido de material de inyección entre usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) representa sólo entre el 5 y el 10% del conjunto de infecciones, este por medio de contagio ha sido la predominante en muchas regiones occidentales y en los últimos años de la epidemia esta forma de transmisión ha supuesto un importante incremento, sobre todo en Europa oriental y Asia central¹². Y por último, con relación a los canales de transmisión del VIH se encuentra la vía vertical o de transmisión de madre a hijo, la cual alcanza el 1,5 del total de los casos¹³. Con relación a lo anteriormente planteado, otros estudios dicen que el mayor porcentaje de varones infectados puede explicarse por los consumidores de droga por medio intravenoso y por los varones que mantienen relaciones sexuales con varones.¹⁵

Los contactos sexuales entre varones incluyen coito anal, práctica con alto riesgo de transmisión de VIH tanto para el receptor como para el miembro activo, cuando no se utiliza condón. Debido a que la mucosa rectal puede lesionarse fácilmente con este tipo de práctica sexual y permitir de esta manera la entrada del virus. Además, ha sido sugerida la posibilidad de que la inmunidad natural al VIH de las células del revestimiento rectal, sea menor que la del revestimiento vaginal.¹⁶

En Colombia las relaciones sexuales entre hombres son la principal forma de propagación del VIH/Sida con una prevalencia del 18%,¹⁷ esta coyuntura representa un riesgo además para las mujeres y sus hijos. En muchas ocasiones, las mujeres son las parejas sexuales de hombres infectados o con alto riesgo de infección. Al respecto, ONUSIDA (2004) propone que el matrimonio y otras relaciones monógamas a largo plazo no protegen del VIH a las mujeres; además, según el informe de ONUSIDA (2004) y la Organización Mundial de la Salud OMS (2003),¹⁸ uno de cada 10 varones encuestados afirma haber mantenido relaciones sexuales con otros del mismo sexo y, de éstos, nueve de cada 10 afirmaron tener también relaciones sexuales con mujeres. Por

su parte, el riesgo para los hijos está presente ante la posibilidad de contagio en caso de embarazo. Sin embargo, es importante resaltar que en Colombia se presentan problemas de sub-registro que desvirtúan la verdadera dimensión de la epidemia y se considera que las estimaciones reales mostrarían cifras de 200.000 personas afectadas por la infección.¹⁹

Los comportamientos de riesgo que favorecen la expansión del virus de la inmunodeficiencia humana -VIH- están muy difundidos; una serie de tendencias recientes indican que si los países de Latinoamérica, y el mundo en general, no toman pronto medidas adecuadas de prevención, la incidencia de la enfermedad podría alcanzar proporciones epidémicas.²⁰

Factores psicosociales y comportamentales asociados al riesgo de contraer VIH/SIDA

A escala mundial, se vienen realizando muchas investigaciones que pretenden tanto describir cómo se manifiestan las variables psicosociales en sujetos seropositivos, y de igual forma a evaluar la influencia de dichas variables sobre la salud de estos sujetos. La denominación “variables psicosociales” es muy amplia, puede incluir muchos elementos, entre ellos rasgos de personalidad, factores situacionales, eventos de vida estresantes, reacciones emocionales y factores moduladores como el apoyo social y estilos de afrontamiento entre otros¹³.

Se han multiplicado los esfuerzos científicos para entender mejor los contextos y mecanismos psicosociales de transmisión del VIH, tanto entre los jóvenes como en otros grupos de edad.²¹ Así, ahora son mejor entendidos los factores ligados al no uso del condón –principal método para prevenir la transmisión de las ITS y el SIDA–, que no se limitan a la falta de recursos económicos o informativos, sino que también tienen que ver con la construcción social de la sexualidad²² y del riesgo entre los jóvenes. Estas construcciones se suman a las condiciones de riesgo propias de la vulnerabilidad²³ de aquellos grupos o individuos fragilizados por el sistema cultural y social, como lo están frente al VIH/SIDA las mujeres²⁴, los migrantes y los jóvenes.²⁵

Se ha encontrado que la percepción de riesgo de los estudiantes es muy baja y, aunque los adolescentes conocen la gravedad del SIDA, sólo el 76% sabe que no tiene curación y el temor que inspira esta enfermedad se encuentra muy cercano al que inspira un embarazo no deseado³. La relevancia de la percepción de riesgo en la prevención del SIDA es tal que algunos estudios recientes

han encontrado que los únicos dos predictores de las conductas de riesgo son el miedo ante la transmisión del VIH y la escasa comunicación entre los miembros de la pareja sexual. Pensar que el SIDA tiene curación podría llevar erróneamente a una cierta relajación en las medidas preventivas.^{26, 27}

Los conocimientos y la percepción de riesgo sobre el VIH/sida son prerrequisitos importantes para el cambio de comportamiento, pero son insuficientes. Algunos factores, como conocer a alguien con SIDA, la autopercepción de riesgo, la consideración de riesgo de la propia pareja o la confianza en las medidas preventivas, son tan importantes como el acceso a las medidas preventivas (p. ej., condones o tratamiento de ITS), las normas sociales sobre la mujer que busca este tipo de medidas y el control que uno pueda tener sobre las decisiones de protección.^{28, 29}

En una considerable cantidad de investigaciones realizadas en diferentes países del orbe se da cuenta de un hecho a todas luces preocupante: adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos, independientemente de su preferencia u orientación sexual, siguen practicando conductas de riesgo que incrementan la probabilidad de infección por VIH, como tener relaciones sexuales con múltiples parejas -se trate de parejas estables u ocasionales- y no usar efectiva y consistentemente condón en todas y cada una de sus relaciones sexuales con penetración.³⁰⁻⁴³

Existen una serie de factores individuales que facilitan y predisponen estas conductas sexuales riesgosas para VIH/SIDA, tales como: desinformación⁴⁴, actitudes negativas facilitadoras de conductas sexuales riesgosas, déficit de habilidades para una sexualidad responsable (asertividad, negación, toma de decisiones, etc.), poca conciencia de valores como la vida, el amor, la responsabilidad, la soledad, etc. y una percepción inadecuada de los riesgos para VIH/SIDA de la conducta sexual (invulnerabilidad para VIH/SIDA).^{3,45}

E igualmente, la percepción del rol sexual, la confianza en las propias habilidades, la independencia económica, las experiencias de violencia, la influencia de los hijos, el apoyo social y las normas sociales también influyen en las habilidades y estrategias para reducir los riesgos.^{28, 46}

Aunque hay situaciones comunes a ambos sexos que limitan el uso del preservativo, como el alcohol o que la otra persona sea conocida, hay otras más propias de un determinado sexo. Así, «estar enamoradas» es una razón

aducida por las chicas. Asimismo, cuando una relación se estabiliza, las parejas tienden a dejar de utilizar el preservativo, al interpretar su uso como un elemento de desconfianza en la relación. Igualmente, se puede presentar una serie de condicionamientos sociales que hacen que muchas mujeres no expresen abiertamente sus necesidades, gustos y preferencias sexuales y que antepongan el amor romántico y la entrega incondicional a la pareja a la protección y el cuidado de su propia salud.⁴⁷

Psicológicamente, la infección por VIH produce un fuerte impacto emocional durante todo el proceso de evolución de la enfermedad: ante la sospecha de estar infectado, al ser notificado como portador, al comunicar a otros la notificación, ante la aparición de primeros síntomas, etc.⁴⁸

Estas personas, en su mayoría, presentan trastornos de ansiedad, depresión, disfunciones sexuales e ideación suicida y/o intentos de suicidio. Algunas investigaciones muestran que los síntomas depresivos en personas con VIH han sido correlacionados con estilos de afrontamiento evitativos⁴⁹⁻⁵¹ escaso apoyo social^{49, 52,53} y mayor estrés.⁵⁴

En relación a las estrategias de afrontamiento, se señala que la conducta activa fue relacionada con bajos niveles de trastornos de ánimo y mayor optimismo en pacientes infectados con VIH, mientras que estilos evitativos fueron asociados a un alto estrés emocional y a altos niveles de trastornos del ánimo⁵⁵⁻⁵⁷.

Otras investigaciones analizaron las características psicológicas y sociales de mujeres y hombres homosexuales infectados de VIH encontrando que los hombres homosexuales empleaban más el afrontamiento evitativo y presentaban altos índices de soledad al ser comparados con las mujeres.⁵⁸ Los estilos de afrontamiento (orientación al problema, abandono y estoico) en mujeres VIH positivas fueron investigados por Nannis, Patterson y Semple (1997), encontrando que las estrategias activas como el espíritu de lucha estaban asociadas a un fuerte apoyo social, bajo aislamiento, baja depresión, baja hostilidad y a una creencia en la suerte (casualidad) como locus de control, mientras que el abandono se asociaba al sentimiento de soledad, depresión, ira, bajo apoyo social y a una baja creencia en la casualidad. Un tercer afrontamiento "estoico" se relacionó con una creencia en la suerte, soledad e ira y bajo apoyo social.⁵⁹

Respecto del problema del suicidio, se señala que los enfermos de VIH/SIDA muestran un riesgo de suicidio

más elevado que el de la población en general, aunque también se estima que si bien las ideaciones suicidas son muy altas, no lo son así los comportamientos que de manera directa implican atentar contra la vida.⁶⁰

Antecedentes como los anteriores han demostrado que en los sujetos que presentan VIH/SIDA se produce un gran deterioro de la calidad de vida a nivel físico, sexual, psicosocial y de relaciones interpersonales.⁶¹

Por otra parte, socialmente, el SIDA es una enfermedad altamente estigmatizante, existe mucho prejuicio y temor hacia quienes se han infectado, debido a que rápidamente se asocia a homosexualidad, promiscuidad o drogadicción.⁶² Por lo que se tiende a rechazar a estas personas, se les aísla y se les discrimina, en el trabajo, entre el círculo de amigos, los familiares e incluso en los servicios de asistencia pública;¹³ lo cual puede agravar el cuadro patológico del paciente.²

Por tanto, es importante realizar una evaluación para aportar ayuda psicológica a estas personas y, por otro lado, tratar de prevenir los trastornos psicológicos que puedan aparecer en las personas infectadas.⁶³

Prevención del VIH/SIDA

La prevención se instaure como el principal instrumento para la lucha contra la epidemia del SIDA.⁶⁴ El modelo se basa en la apropiación y divulgación de una información adecuada sobre las vías de transmisión y las formas de prevención para que la población general conozca cuáles son las prácticas de riesgo y trate de evitarlas adoptando alternativas más seguras.⁶⁵

En un modelo psicológico orientado a la prevención de las enfermedades⁶⁶ se señala que la descripción psicológica en el proceso salud-enfermedad corresponde a la dimensión individualizada de las variables relacionadas con la interacción entre los aspectos biológicos y socioculturales. Los estilos de interacción -es decir, las maneras consistentes de comportamiento en circunstancias sociales en las que no se especifica un criterio sobre cómo responder, referidas en la literatura especializada como personalidad- constituyen la primera de esas variables. Un ejemplo de estilo de interacción es la tendencia al riesgo, que se manifiesta cuando una persona en una circunstancia social específica enfrenta dos opciones de respuesta: la primera, tener una relación sexual no protegida porque espera una consecuencia positiva inmediata -por ejemplo, gratificación o placer sexual-, y la segunda, evitar la relación sexual aunque

no se obtengan los beneficios esperados, porque así reduce la probabilidad de obtener en el mediano o largo plazo una consecuencia negativa -por ejemplo, una infección de transmisión sexual o por el VIH-. Se habla de una persona con tendencia al riesgo si en circunstancias similares invariablemente opta por la primera respuesta y se comporta consistentemente de manera arriesgada.⁶⁷

Aparecida la epidemia se han llevado a cabo en diferentes partes del mundo numerosas intervenciones buscando disminuir la propagación de la enfermedad y diversos estudios relacionados con la evaluación de conocimientos, comportamientos y actitudes en los diferentes grupos étnicos. Se ha encontrado que las intervenciones educativas dirigidas principalmente a los grupos más jóvenes, son herramientas útiles para incrementar conocimientos y mejorar las actitudes.⁶⁸⁻⁷¹

Así también, se han hallado resultados que identifican niveles adecuados de conocimientos sobre la transmisión del VIH, menores proporciones con actitudes negativas relacionadas con las personas enfermas de VIH/SIDA y alta frecuencia de prácticas riesgosas para adquirir la infección por VIH.^{72,73}

Sin embargo, hasta el momento no parecen existir estrategias eficientes para modificar la frecuencia de los comportamientos de riesgo, donde se tengan en cuenta no sólo las diferencias existentes entre los grupos étnicos sino también las diferencias existentes al interior de un mismo grupo étnico.⁷⁴

EL SIDA es una enfermedad de la cual se habla bastante en los medios de comunicación, (sin que ello implique que realmente se informe de manera correcta o sobre temas verdaderamente relevantes desde la óptica de la prevención) y puede producirse en la audiencia el efecto de creer que se está bien informado cuando, de hecho, no es así y lógicamente estas cogniciones erróneas pueden favorecer el inicio o el mantenimiento de comportamientos de riesgo.⁷⁵

Los datos de conducta pueden indicar quién tiene mayor riesgo de contraer o diseminar la infección del VIH y ayudar a comunidades y a planificadores de programas a elaborar iniciativas enfocadas en la ruptura de la cadena de transmisión. También pueden señalar comportamientos específicos que se necesitan modificar y resaltar los que no han tenido cambios en el tiempo como respuesta a los esfuerzos de programas preventivos.⁷⁶

Mucho se ha escrito en relación con el grado de conocimientos sobre el VIH/SIDA (conocimiento “objetivo”, medido mediante escalas de preguntas estructuradas) sobre las prácticas sexuales de riesgo, y su utilización como parte de la estrategia de prevención o modificación de dichas prácticas en adolescentes. Mientras que algunos estudios han encontrado una asociación entre un grado alto de conocimiento sobre el VIH/SIDA y el uso de condón, o una actividad sexual coital de menor riesgo,^{77,78} otros señalan una relación en jóvenes con alto grado de conocimientos objetivos, asociados con actividad coital de alto riesgo para adquirir el VIH.^{77,79,80}

Gran parte de las campañas preventivas han estado y están basadas en limitar las relaciones sexuales a la pareja habitual. Sin embargo, en la mayoría de las sociedades la monogamia es en la práctica poco frecuente y, por tanto, no es una medida preventiva eficaz contra la infección⁸¹. La promoción del uso del condón es el componente esencial de las estrategias desarrolladas para la prevención del SIDA⁴. Sin embargo, su uso, aunque cada vez más frecuente, no suele ser consistente. Además, se asocia con la falta de confianza y de amor en la pareja, por lo que se usa con cierta regularidad con parejas ocasionales pero no con la habitual⁸¹.

Desde 1992 Colombia se convirtió en uno de los pocos países latinoamericanos con un Plan Nacional para la Educación Sexual, con un mandato estatal que obliga a los colegios públicos y privados a elaborar planes para enseñar educación sexual a todos los estudiantes de bachillerato. Si bien la ejecución del plan ha sido desigual, las directrices nacionales son progresistas en tanto holísticas, pues abarcan temas como el papel de los géneros, el embarazo en adolescentes, la prevención del VIH/SIDA y los derechos reproductivos. A pesar de todo esto en Colombia persisten aún serios problemas que afectan la salud sexual y reproductiva de la población, tales como los altos índices de violencia contra las mujeres y niños, en especial en el área sexual y reproductiva, las altas tasas de morbilidad materna y perinatal, la alta incidencia y prevalencia de enfermedades de transmisión sexual VIH, SIDA especialmente en la adolescencia y la juventud (OPS -OMS, 2006).⁸²

La psicología ha contribuido al desarrollo de estrategias para lidiar con la epidemia. Particularmente en el desarrollo de intervenciones preventivas para controlar su impacto. A partir de contribuciones psicológicas se han explorado factores de riesgo al contagio, la relación de la conducta con actitudes, normas y creencias, y

del impacto de la auto-eficacia y de las destrezas de comunicación y negociación sobre la capacidad de protección de las personas. También ha colaborado en adelantos en el área de la prevención secundaria y en la importancia del tratamiento y del impacto de los aspectos psicosociales en el desarrollo de la enfermedad.⁸³

A pesar de todo, la prevención del contagio por el virus del SIDA ha sido, hasta el momento, fallida, así lo demuestran las crecientes cifras de infectados que se reportan en todas partes del mundo y, aunque desde el punto de vista epidemiológico el panorama se haya modificado, prevalece la vía sexual como mecanismo fundamental de transmisión. Se han identificado grupos de alto riesgo para contraer la enfermedad, entre estos, los hombres que practican sexo con hombres, pero en esencia todos somos considerados de riesgo y no se trata sólo de una afirmación efímera, sino que así es esencialmente percibido por las personas, principalmente por los jóvenes.⁸⁴

La gran paradoja de esta enfermedad es que, siendo tan terrible y estando tan extendida, sería teóricamente fácil de evitar. El VIH se transmite a través de algunos fluidos corporales, concretamente la sangre, el semen y los fluidos vaginales, con lo que una de las principales vías de transmisión es la sexual. Simplemente utilizando el preservativo de manera sistemática en las relaciones sexuales se hubiera podido evitar la infección por VIH en millones de personas. El reto para los profesionales de la salud y más concretamente los psicólogos es explicar por qué entonces no lo hacemos.³

Tratamiento del VIH/SIDA

El desarrollo de los fármacos Inhibidores de la Transcriptasa Inversa y más recientemente (desde el año 1996) de los Inhibidores de la Proteasa y su combinación en lo que se denomina Terapia Antirretroviral Altamente Activa (HAART) ha permitido comenzar a hablar del SIDA como de una enfermedad no necesariamente fatal, sino crónica.⁸⁵

Desde 1997 se comienzan a aplicar los tratamientos antirretrovirales coincidiendo con el nivel máximo de la epidemia en cuanto a mortalidad y morbilidad. El tratamiento con estos fármacos tuvo como consecuencia una reducción en la incidencia del SIDA y un descenso en la mortalidad. Sin embargo para que los tratamientos con fármacos antirretrovirales sean eficaces es necesario que la persona infectada por el VIH cumpla escrupulosamente el tratamiento, por lo que es muy importante conseguir que estas personas se adhieran al mismo (Remor,



2002)⁸⁶. Por otra parte, hay que considerar que en la adherencia al tratamiento desempeñan un papel importante las variables psicosociales.⁸⁷

Los tratamientos secundarios son necesarios por varias razones. Primero, las PVVS (personas viviendo con VIH/SIDA) presentan alta tasa de mortalidad en relación a no infectados, y las tasas de carga viral siguen altas con tratamientos de primera o segunda línea. Segundo, las drogas antiretrovirales están asociadas a significativas tasas de toxicidad y efectos adversos. Tercero, han aparecido nuevas comorbilidades como infarto miocárdico, enfermedad cerebrovascular, entre otras como resultado de la sobrevida prolongada. Cuarto, no ha disminuido la incidencia de enfermedades malignas como linfoma no Hodgkin, y carcinoma cervical. Quinto, una significativa proporción de PVVS desconocen su diagnóstico, conociéndolo sólo cuando la enfermedad está avanzada. Los cambios epidemiológicos del VIH/SIDA en la era del TARGA han generado nuevos roles de atención en salud, cambiando la actitud paliativa de las décadas de los '80s y '90s a un mayor enfoque en el control de enfermedad y sus síntomas para que los pacientes puedan continuar viviendo por un largo período, y la necesidad de brindar el TARGA -de primera y segunda línea- para PVVS.⁸⁸

El tratamiento con El TARGA (Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad), ha aumentado el tiempo de sobrevida, pese a sus altos costos y efectos secundarios, sin existencia de cura. Por ello, las investigaciones del TARGA están dirigidas a medir su impacto cualitativo en calidad de vida y calidad de atención de estos pacientes, no sólo la dimensión física sino también los aspectos psicosociales y emocionales, lo que permite evaluar estrategias de tratamiento y costo/utilidad para redistribuir recursos e implementar programas de salud adecuados, considerando los diversos aspectos psíquicos y sociales de importancia en esta enfermedad.^{89,90}

En cuanto al pronóstico, es variable en relación a la supervivencia. La edad cronológica del individuo, el mecanismo de contagio y la forma de presentación parece influir en el tiempo que queda de vida al individuo. El tratamiento con antirretrovirales ha favorecido la prolongación de la supervivencia en el tiempo: antes de ellos, la supervivencia del 30-50% de los infectados era de aproximadamente dos años y menos del 10-20% de los infectados vivía a los cuatro años.²

Pese a la comprobada eficiencia de las medidas de prevención de la transmisión, éstas han sido insuficientes

para impedir el incremento mundial de los casos de VIH/SIDA. Existen diversas hipótesis para ello, primero, el pobre acceso a la información y a métodos de prevención; segundo, las creencias distorsionadas o patrones culturales; tercero, la poca recepción de las campañas educativas, independiente de su baja cobertura, asociado al patrón socio-psicológico de invulnerabilidad de adolescentes y jóvenes; y, cuarto, el limitado autocontrol personal, especialmente en lo relacionado al comportamiento sexual. El concepto de atención humanizada en el campo del VIH/SIDA es amplio e involucra un conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas que buscan la promoción de estilos de vida saludable, la prevención de transmisión y complicaciones, el diagnóstico oportuno, y el tratamiento apropiado (TARGA), garantizando un acercamiento entre los servicios de salud (equipos de salud) y la población en general, preservando la privacidad y la autonomía.^{91, 92}

Lamentablemente, millones de personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en países en desarrollo no cuentan con el apoyo social y económico necesario para tener una buena salud y poder llevar la enfermedad con el menor riesgo para el/ella y su familia. Además de las limitaciones en cuanto al acceso de la información y educación, a servicios de salud en términos geográficos, culturales (estigma) y económicos, promoviendo inequidades contra este grupo poblacional, existen las dificultades físicas y psicológicas que en su conjunto disminuyen la calidad de vida de este grupo de pacientes, considerando que no todas estas personas tienen acceso oportuno al TARGA.^{88,93}

Paralelo a la evolución la epidemia, ha transcurrido nuestro conocimiento ha crecido, y así se descubrieron los virus responsables (VIH 1 y 2), sus vías de transmisión y la eficiencia de cada una, los tratamientos útiles para prevenir y tratar algunas de las complicaciones más frecuentes, los medicamentos que actúan específicamente sobre el virus interrumpiendo su replicación con la mejoría consecuente de la inmunidad celular, las intervenciones eficaces para educar a grupos específicos, el escrutinio de la sangre y la alerta en cuanto a los usos comerciales de los derivados sanguíneos. Hoy, la reconstitución inmunológica es un objetivo cercano y los estudios para desarrollar una vacuna efectiva son intensos. Lo anterior se ha traducido en la disminución de muertes en todos aquellos países donde existe la opción de tratamiento, en la disminución de requerimientos de hospitalización, y en la impresionante eficacia de las combinaciones de antivirales que, junto con un manejo médico óptimo,

permiten hoy una vida satisfactoria a individuos que hace apenas 10 años hubieran fallecido por no contar con los adelantos terapéuticos actuales.⁹⁴

Así, tenemos que ya existen magníficas opciones terapéuticas y conocemos efectivas intervenciones preventivas, pero en el mundo la infección sigue aumentando su paso debido a que el costo de su manejo es inalcanzable para la mayoría. Ante esto, ha resultado atractivo para algunos críticos señalar reiteradamente que sólo hay motivos de insatisfacción y desesperanza, con lo cual Camus no esta de acuerdo, ya que como él mismo lo plantea “como clínico no puedo dejar de alegrarme cada vez que recibo a un paciente que pudo haber fallecido hace 5 o 10 años, cada vez que testifico el logro, no esperable hace pocos años, de culminar estudios, formar relaciones, tener hijos o viajar por el mundo, o en pocas palabras, de vivir. Sin embargo, ciertamente el panorama mundial es desolador”.⁹⁴

CONCLUSIONES

La infección del VIH y SIDA afectan todos los aspectos de la vida de una persona. La gente con HIV/AIDS debe adaptarse a una enfermedad crónica, peligrosa para la vida y enfrentar los desafíos físicos y mentales.

Además, ella hace frente a menudo a una mirada de las demandas emocionales que se extienden de la tensión, de la cólera y de la pena al desamparo, a la depresión y a los desórdenes cognoscitivos.

El VIH/SIDA es demasiado inteligente, se muta muy rápidamente y hasta ahora no se ha podido crear una vacuna que logre acabar con este mal; los tratamientos que hasta ahora se conocen son ineficaces, parece utópico encontrar una cura, aunque esto no significa que se deben abandonar los esfuerzos, por el contrario, el peligro que representa la epidemia del SIDA para los humanos es tan grande, que debemos redoblar nuestros esfuerzos por encontrar tanto la cura como una vacuna; por el momento solo nos queda tomar conciencia, pensar y reflexionar que podemos hacer para combatirlo, sabiendo que los métodos de prevención que hoy en día conocemos muchas veces no los aplicamos y los pasamos por alto; es responsabilidad de cada individuo actuar independiente y/o colectivamente para salvarse.

Por ultimo, y en son de reflexión: Lamentablemente, ya no se hace el amor, solo se tiene sexo, el amor se ha perdido en esta sociedad y el hedonismo es algo que

carcome las entrañas de los seres humanos de hoy, el facilismo es algo predominante y se actúa de una manera incoherente, la promiscuidad es el pan de día a día en el mundo, y el sexo sin protección es algo que no importa, solo importa ese goce y el principio de placer del que llego a hablar Freud alguna vez; es sin lugar a dudas el VIH/SIDA un problema de salud publica? algunos afirman que si, otros sin embargo plantean y ven esta como una enfermedad producida por la falta, ausencia o carencia de amor frente a las relaciones de pareja.

REFERENCIAS

1. Hecht R, Adeyi O, Semini I. El SIDA en los programas de desarrollo mundial. *Finanzas & Desarrollo* 2002; 39(1): 36 – 39.
2. Fajardo, E. Conocimientos y comportamientos sexuales en torno al VIH-SIDA en la población de estudiantes de pregrado de la Universidad Santa María la Antigua. *Invest. pens. crit.* 2006; 4:3-12.
3. Vinaccia S, Quiceno J. M, Gaviria A.M. et al. Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por Vih/Sida en Adolescentes Colombianos. *Ter Psicol.* 2007; 25(1):39-50.
4. García-Sánchez I. Diferencias de género en el VIH/sida. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 2):47-54.
5. OPS-OMS. El control de las enfermedades transmisibles. Decimoséptima edición. Informe oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. Publicación No. 581. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud, 2001;581-91.
6. Servicio de Salud Pública (USPHS) y la Sociedad de Enfermedades Infecciosas (IDSA) de los Estados Unidos de América. Prevención de las infecciones oportunistas en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Rev. Panam. Salud Pública* 2001;10(2):125-38.
7. Gottlieb MS, Schanker H, Fan P, et al. Pneumocystis pneumonia. Los Angeles. *Morbid. Mortal. Weekly Rep* 1981; 30: 250-2.
8. Gottlieb MS, Schroff R, Schanker H. et al. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men. *N Engl J Med* 1981; 305: 1425-31.
9. Masur H, Michels MA, Greene JB, et al. An outbreak of community-Acquired Pneumocystis carinii Pneumonia. *N Engl J Med* 1981; 305: 1431-8.
10. Hymes KB, Greene JB, Marcus A, et al. Kaposi's sarcoma in homosexual men-A report of eight cases. *Lancet* 1981; 2: 598-600.
11. Soberón G. SIDA: características generales de un problema de salud pública. *Salud Publica Mex* 1988; 30: 504-512.

12. Rius C, Binefa G, Casabona J. Epidemiología de la infección por el VIH/sida y su relación con otras infecciones de transmisión sexual. *Perspectivas de futuro. Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004; 22(7):419-29.
13. Vera-Villarroel P.E., Perez V, Moreno E, Allende F. Diferencias en variables psicosociales en sujetos VIH homosexuales y heterosexuales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2004; 4(1): 55-67.
14. Bermúdez M. P., Teva-Álvarez I. Situación actual del VIH/SIDA en Europa: análisis de las diferencias entre países. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2003; 3: 89-106.
15. Buena-Casal G, Bermúdez M.P, Sánchez A, De los Santos-Roig M. Situación del VIH/SIDA en Latinoamérica al final del siglo XX. Análisis de las diferencias entre países. *Revista Médica de Chile*, 2001; 129: 944-954.
16. Vera-Gamboa L, Cerón-Bracamonte B, Góngora-Biachi R.A. Hombres que tienen sexo con hombres: conocimientos y prácticas sexuales en relación a la epidemia del VIH/SIDA en Mérida, Yucatán, México. *Rev Biomed* 2004; 15, 3: 157-163.
17. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA. (2004). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Recuperado Febrero 25, 2008, de: <http://www.onuSida.org.co/planintersectorial-2004-2007/plan.htm>
18. ONUSIDA (2004) y la Organización Mundial de la Salud OMS (2003). Informe sobre la salud en el mundo: forjemos el futuro. Recuperado febrero 25, 2008 de: <http://www.who.int/whr/2003/chapter3/es/>
19. Arrivillaga M, Correa D, Varela M, Holguin L, Tovar J. Variables psicológicas en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA: Un estudio correlacional. *Univ. Psychol*. 2006; 5 (3): 659 – 667.
20. Navarro E, Vargas R. Factores de riesgo para adquirir VIH/SIDA en adolescentes escolarizados de Barranquilla, 2003. *Invest Educ Enferm* 2005; 23(1): 44-53.
21. Théodore FL, Gutiérrez JP, Torres P, Luna G. El sexo recompensado: una práctica en el centro de las vulnerabilidades (ITS/VIH/SIDA) de las jóvenes mexicanas. *Salud Publica Mex* 2004; 46:104-112.
22. Amuchástegui-Herrera A. El significado de la virginidad y la iniciación sexual. Un relato de investigación. En: Szasz I, Lerner S, comp. *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México, DF: El Colegio de México; 1996: 137-172.
23. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of 'vulnerability'. *Soc Sci Med* 2000; 50: 1557-1570.
24. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad y la invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA. *Salud Publica Mex* 2002; 44(6):554-564.
25. Boyer CHB, Kegeles SM. Aids risk & prevention among adolescents. *Soc Sci Med* 1991; 33:11-23.
26. Thompson K, Geher G, Stevens K, Stem S, Lintz M. Psychological predictors of sexual behaviors related to AIDS transmission. *Psychological-Reports*, 2001; 88(1), 51-67.
27. Thompson S, Kyle D, Swan J. Increasing condom use by undermining perceived invulnerability to HIV. *AIDS Education and Prevention*, 2002; 14, 505-514.
28. Cu-Uvin S, Flanigan T, Rich J, Mileno M, Mayer K, Carpenter C. Human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome among North American women. *Am J Med* 1996; 101:316-22.
29. Davidson A, Bertram S, Lezotte D, Marine W, Rietmeijer C, Hagglund B, et al. Comparison of health status, socio-economic characteristics, and knowledge and use of HIV-related resources between HIV-infected women and men. *Am J Public Health* 1998; 36:1676-84.
30. Pina J.A. Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de psicología*, 2004; 20: 23-32.
31. De Visser R, Smith, A. Relationship between sexual partners influences rates and correlates of condom use. *AIDS Education and Prevention*, 2001a; 13: 413-427.
32. De Visser, R, Smith A. Inconsistent users of condoms: a challenge to traditional models of health behaviour. *Psychology, Health & Medicine*, 2001b; 6: 41-46.
33. Merchan-Hamann E, Ekstrand M, Hudes E.S., Hearst N. Prevalence and correlates of HIV-related risk behaviors among adolescents at public schools in Brasilia. *AIDS and Behavior*, 2002; 6: 283-293.
34. Meekers D, Klein M, Foyet L. Patterns of HIV risk behaviors and condom use among youth in Yadoundé and Doula, Cameroon. *AIDS and Behavior*, 2003; 7: 413-420.
35. Cortés A, García R, Monterrey P, Fuentes J, Pérez, D. Sida, adolescencia y riesgos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2000; 16: 253-260.
36. Barros T, Barreto D, Pérez F, Santander R, Yépez E, Abad-Franch F, Aguilar M. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2001; 10: 86-93.
37. Albarracín D, Ho R, McNatt P.S, Williams W, Rhodes F, Malotte C.K., Hoxworth T, Bolan G.A, Zenilman J.



- Latesta M. Structure of outcomes beliefs in condom use. *Health Psychology*, 2000; 19: 458-468.
38. Crosby R.A., DiClemente R, Wingood G.M, Sionéan C, Cobb B.K, Harrington K. Correlates of unprotected vaginal sex among African American female adolescents. *Archives of Pediatric Medicine*, 2000; 154: 893-899.
 39. Haignere C.S, Gold R, Maskovsky J, Ambrosini J, Rogers C.L, Gollub E. High-risk adolescents and female condoms: Knowledge, attitudes, and use patterns. *Journal of Adolescent Health*, 2000; 26: 392-398.
 40. Morrison-Beedy D, Carey M.P, Aronowitz T. Psychosocial correlates of HIV risk behavior in adolescent girls. *Journal of Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2003; 32: 94-101.
 41. Ben-Zur, H. Peer risk behavior and denial of HIV/AIDS among adolescents. *Sex Education*, 2003; 3: 75-85.
 42. Rahlenbeck S, Uhagaze B. Intentions to use condom in Rwandan secondary school students. *AIDS Care*, 2004; 16: 117-121.
 43. Pinkerton S.D, Dyatlov R.V, Di Francisco W, Benotsch E.G, Smirnova T.S, Dudko V, Belyanin D.V, Kozlov A. HIV/AIDS knowledge and attitudes of STD clinic attendees in St. Petersburg, Russia. *AIDS and Behavior*, 2003; 7: 221-228.
 44. García-Roche R.G, Cortes-Alfaro A, Vila-Aguilera L.E, Hernández-Sánchez M, Mesquia-Valera A. Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr [serie en internet]*. 2006 [citado 05 Marzo 2008] 22 (1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi03106.htm
 45. Ramos-Cavazo M.T, Cantu-Martínez P.C. El VIH/SIDA y la adolescencia. *Revista de Salud Pública y Nutrición [serie en internet]*. 2003 [citado 05 Marzo 2008]; 4 (4). Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/iv/4/ensayos/vih-adole.htm>
 46. Davidson A, Bertram S, Lezotte D, Marine W, Rietmeijer C, Hagglund B, et al. Comparison of health status, socio-economic characteristics, and knowledge and use of HIV-related resources between HIV-infected women and men. *Am J Public Health*, 1998; 36: 1676-84.
 47. Bimbela JL, Jiménez JM, Alfaro N, Gutiérrez P, March JC. Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gac Sanit*, 2002; 16:298-307.
 48. González E. Psicoterapia y apoyo al paciente infectado por el VIH/SIDA en fundación Arriaran. Rol del psicólogo en el equipo multidisciplinario y perfil del psicoterapeuta. *Terapia psicológica*, 1992, 10: 66-68.
 49. Boland R. Depression in HIV - infected persons. *Psychosomatics*, 1998, 39: 82-83.
 50. Leserman J, Perkins D, Evans D. Coping with the threat of AIDS: the role of social support. *American Journal of Psychiatry*, 1992, 149: 1541-1520.
 51. Wolf T, Balson P, Morse E, Simon P, Gaumer R, Dralle P, Williams M. Relationships of coping style to affective state and perceived social support in asymptomatic and symptomatic HIV - infected persons: Implications for clinical management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1991, 52: 171-173.
 52. Hays R, Turner H, Coates T. Social support, AIDS-related symptoms, and depression among gay men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992; 60: 463-469.
 53. Kelly J, Murphy D, Bahr G, Koob J, Morgan M, Kalichman S, Stevenson L, Brasfield T, Berstein B, St Laurence J. Factores associated with severity of depression and high-risk sexual behavior among persons diagnosed with human immunodeficiency virus (HIV) infection. *Health Psychology*, 1993; 12: 209-215.
 54. Folkman S, Chesney M, Pollack L, Coates T. Stress, control, coping, and depressive mood in human immunodeficiency virus-positive and -negative gay men in San Francisco. *Journal of Nervous Mental Disease*. 1993; 181: 409-416.
 55. De Genova M, Patton D, Jurich J, McDermid S. Ways of coping among HIV-infected individuals. *Journal of Social Psychology*, 1994; 134: 655-663.
 56. Fukunishi I, Hosaka T, Negishi M, Moriya H, Hayashi M, Matsumoto T. Avoidance coping behaviors and low social support are related to depressive symptoms in HIV-positive patients in Japan. *Psychosomatics*, 1997; 38: 113-118.
 57. Grassi L., Righi R, Makoui S, Sighinolfi L, Ferri S, Ghinelli F. Illness Behavior, Emotional Stress and Psychosocial Factors among Asymptomatic HIV-Infected Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1999; 68: 31-38.
 58. Semple S, Patterson T, Straits-Troster K, Atkinson J, McCutchan J, Grant I. Social and Psychological characteristics of HIV-infected women and gay men. HIV Neurobehavioral Research Center (HNRC) Group. *Women Health*, 1996; 24: 17-41.
 59. Nannis E, Patterson T, Semple S. coping with HIV disease among seropositive women: Psychosocial correlates. *Women Health*, 1997: 25: 1-22.
 60. Gallego L, Gordillo V, Catalán J. Psychiatric and psychological disorders associated to HIV infection. *AIDS Review*, 2000; 2: 48-59.

61. González-Puente J.A, Sánchez-Sosa J.J. Systematic assessment of quality of life in HIV-positive patients at three clinical stages of the infection. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2001; 1: 519-528.
62. Luco A. Prevención e intervención psicológica en pacientes con SIDA. *Revista Chilena de Psicología*. 1990; 11: 17-23.
63. Bermúdez M, Teva-Álvarez I. Situación actual del SIDA en España: análisis de las diferencias entre comunidades autónomas. *Int J Clin Health Psychol*. 2004; 4, (3): 553-570.
64. Parras F. Sida en España: estrategias futuras (1998-2000). *SEISIDA* 1998; 9:141-3
65. Suárez-Lozano I, Fajardo J, Garrido M, et al. Epidemiological trends of HIV infection in Spain: preventative plans have to be oriented to new target populations (Spanish VACH cohort). *AIDS* 2002; 16: 2496-9.
66. Piña JA. Variaciones sobre un modelo psicológico de salud biológica: justificación y desarrollo. *Universitas Psychol*. 2007; 6 (en prensa).
67. Piña JA, Robles S, Rivera BM. Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes de dos centros universitarios de México. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 22(5):295-303.
68. Goldstein B, Castañera MB. Conocimiento, percepción y actitudes acerca del VIH. Un estudio longitudinal en adultos jóvenes (1994-2001), Argentina. *Pub Of Seisida* 2002; 13: 465-473.
69. Barros T, Barreto D, Pérez F, et al. Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Rev Panam Salud Pública* 2001; 10: 86-94.
70. García T, Rodríguez R, Castaño S. Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos de adolescentes sobre enfermedades de transmisión sexual. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15: 536-540.
71. Gayet C, Rosas CA, Magis C, Uribe P. Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre el SIDA. *Salud Pública Mex* 2002; 44: 122-128.
72. Vera LM, López N, Orozco LC, Caicedo P. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes. *Acta Med Colomb* 2001; 26: 16-23.
73. López N, Vera LM, Orozco LC. Diferencias en los conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales relacionados con el SIDA, entre hombres y mujeres jóvenes de Bucaramanga. *Colomb Med [en línea]* 2001; 32: 32-40.
74. Vera L, López N, Ariza N, Díaz L, Flórez Y, Franco S, Isaza S, Marciales D, Ortiz N, Rueda J, Torres L. Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Revista Colombia Médica*, 2004; 35, (2): 62-68.
75. Planes M, Gras M.E, Soto J, Font, S. Percepción del riesgo y comportamientos heterosexuales relacionados con la prevención del sida en jóvenes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 2000; 26, 107: 365-389.
76. Navarro L.E, Vargas M.R. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre SIDA en adolescentes escolarizados. *Salud Uninorte*, 2004; 19: 14-24.
77. Siegel D, Lazarus N, Krasnovsky F, Durbin M, Chesney M. AIDS knowledge, attitudes, and behavior among inner city, junior high school students. *J Sch Health*, 1991; 61: 160-165.
78. Rickert VI, Jay MS, Gottlieb A, Bridges C. Adolescents and AIDS. Female's attitudes and behaviors toward condom purchase and use. *J Adolesc Health Care*, 1989; 10: 313-316.
79. Klanger B, Tyden T, Ruusuvaara L. Sexual behavior among adolescents in Uppsala, Sweden. *J Adolesc Health*, 1993; 14: 468-474.
80. DiClemente RJ, Brown LK, Beausoleil NI, Lodico M. Comparison of AIDS knowledge and HIV-related sexual risk behaviors among adolescents in low and high AIDS prevalence communities. *J Adolesc Health Care*, 1993; 14: 231-236.
81. Shah R, Bradbeer C. Women and HIV revisited ten years on. *Int J STDs & AIDS* 2000; 11: 277-83.
82. OPS - OMS (2006). Protocolo de Educación Sexual: Política de salud sexual y reproductiva. Extraído de: <http://www.col.opsoms.org/Municipios/Cali/03EducacionSexual.htm>
83. Varas-Díaz N, Toro-Alfonso J. Políticas públicas relacionadas con el VIH/SIDA: Tensión entre las necesidades individuales y colectivas. Una agenda de trabajo para la psicología en América Latina. *Rev. Latinoamericana de psicología*, 2003; 35(2): 195-206.
84. Guillén-Campos M. Prevención en la infección por VIH/SIDA. Una opción por la vida. www.psicologiacientifica.com. 2007.
85. Ballester A.R. Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo - comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con Infección por VIH/SIDA. *Psicothema* 2003; 15(4): 517-523.



86. Remor E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH + . *Psicothema*, 2002; 14: 262-267.
87. Gordillo M.V, De la Cruz J.J. Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH + : algunas hipótesis desde la Psicología. *Psicothema*, 2003; 15: 227-233.
88. Battistella MI, Lodeiro ER, Melchior R, Seabra Soares MT, Relva C. Avaliação de qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad Saúde Publica* 2004; (S2): S310-21.
89. Ramírez TJ, Nájera P, Nigenda G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México* 1998; 40(1):3-11.
90. Heart M. Incorporating outpatient perceptions into definitions of quality. *J Adv Nurs* 1996; 24(6): 1234-40.
91. Beck R, Fitzpatrick R. Patient satisfaction with HIV service provision in NPMS hospitals: The development of a standard satisfaction questionnaire. *AIDS Care* 1999; 11 (3): 331-43.
92. Landon BE, Wilson IB, McInnes K, et al. Effects of a quality improvement collaborative on the outcome of care of patients with HIV infection: The EQHIV Study. *Ann Intern Med* 2004; 140: 887-96.
93. Harding R, Karus D, Easterbrook P, Raveis VH, Higginson IJ, Marconi K. Does palliative care improve outcomes for patients with HIV/AIDS? A systematic review of the evidence. *Sex Transm Infect* 2005; 81: 5-14.
94. Albert, C. Una epidemia durante 20 años. *Salud pública de México*. 2001; 43(4): 266-267.

