Vivencia de la sexualidad de las personas con VIH

Trabajo fin de máster

Autora: Marta Villar Salgueiro

Tutora: Isabel Latorre Fernández

Máster en sexología, Mayo 2012

Universidad de Almería

Agradecimientos

Quiero agradecer a todas las personas que de una u otra manera me han ayudado con el presente estudio ya que sin su colaboración no lo habría conseguido.

En especial, me gustaría darle las gracias a María José Fuster Ruiz de Apocada por "salvarme" en el último momento.

Gracias también a las asociaciones de lucha contra el sida ASIMA, AMUVIH, ACAVIH, AVACOS y CALCSICOVA.

También me gustaría agradecer la ayuda brindada por Claudia Figna García, Esteban Rodríguez e Inmaculada Montoya Barrios. Gracias por recibirme tan bien.

Muy especialmente, quiero agradecer y dedicar mi tesina a sus protagonistas. Gracias a Nacho, Domingo, Marcela, Maribel, Verónica, Inma, Silvia, Domenech, Josele, Paco y Roberto. Gracias por compartir vuestras vidas conmigo.

Agradecer también a Isabel Latorre Fernández por haberme tutorizado este trabajo.

Finalmente, gracias al apoyo recibido de mi familia y en especial, a mi madre por estar siempre ahí.

ÍNDICE

1. Justificación y relevancia…… 2

2. Introducción…… 5

VIH/SIDA…… 6

SEXUALIDAD……..... 11

3. Estado del conocimiento……..…….. 17

4. Metodología……..….. 22

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN……..… 22

OBJETIVOS…….…... 22

DISEÑO……...…… 22

CONTEXTO……..... 24

MUESTRA……...…… 25

PROCEDIMIENTO…….…… 27

CODIFICACIÓN…….…… 27

ANÁLISIS DE LOS DATOS……...…… 28

CONSIDERACIONES ÉTICAS……..…… 28

LIMITACIONES DEL ESTUDIO……...… 28

5. Resultados……...…. 29

6. Discusión……...….. 59

7. Conclusiones……..……. 63

8. Bibliografía……...…….. 66

9. Anexos…… 71

1. Justificación y relevancia

La sexualidad es una importante dimensión en la vida de las personas, que afecta de manera considerable a su bienestar y es importante para todas, a cualquier edad y en cualquier circunstancia. La sexualidad no desaparece hasta la muerte aunque se manifieste de forma distinta a lo largo del ciclo vital, y la intensidad y la motivación sean diferentes cuando interfieren otros procesos (Lucas y Cabello, 2007).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles del género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

La sexualidad puede verse afectada en determinadas enfermedades como es en el caso de la persona con VIH que a diferencia de una enfermedad aguda y, como en gran parte de las enfermedades crónicas, el VIH-SIDA no es un episodio o acontecimiento puntual en la vida de un sujeto, es una experiencia que se confunde con la vida misma (Pierret, 2000). Las enfermedades crónicas pueden afectar a la salud sexual por múltiples razones, desde las meramente orgánicas hasta las psicológicas. Cualquier enfermedad crónica, sea del origen que sea, acaba afectando a diferentes órganos y sistemas, y también acaba produciendo problemas sociales, laborales, familiares, de pareja y de autoestima. Este hecho, ineludiblemente, afecta también a la vida sexual (Lucas y Cabello, 2007).

La sociología de la enfermedad se orientó hacia el estudio de los problemas que la persona enferma encuentra en la gestión de su vida cotidiana. Dentro de la sociología, el modelo de enfermedad-acontecimiento explica que la enfermedad sobreviene en la vida de las personas creando una ruptura entre un antes y un después. Esta enfermedad es única para el individuo y toma su sentido en su propia historia (Pierret, 2000).

Hasta que no se produjeron importantes avances en los tratamientos antirretrovirales, el VIH llevaba en la mayoría de ocasiones a las personas que lo adquirían a la muerte. Sin embargo, desde que en 1996 apareció el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) tener VIH ya no es causa ineludible de muerte. Los afectados por el VIH pueden tener una vida igual que las personas que no lo hayan adquirido siendo en los primeros la esperanza de vida equiparable al resto de la población.

Se sabe que la infección por VIH origina un deterioro de las funciones físicas, psíquicas y sociales. Esto hace que la calidad de vida relacionada con la salud sea un aspecto fundamental para cuidar y trabajar desde las instituciones públicas, con una aproximación global, integral y multidisciplinar, ya que no sólo se trata de combatir la enfermedad sino de promover el bienestar de las personas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Por otro lado la Salud Sexual queda definida por la WAS (World Association For Sexology) como un estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos (Mazarrasa Alvear, 2006).

Es en este punto desde donde parte el presente estudio, entendiendo el VIH como una enfermedad crónica que produce deterioro a nivel físico, psíquico y social de la persona que la padece. A su vez, al verse alterado el funcionamiento de la persona, la sexualidad también se ve afectada.

No son pocas las personas que tienen VIH. En España, por ejemplo, actualmente entre 120.000 y 150.000 personas viven con el VIH (Hernández Fernández, 2010). Dado que el porcentaje de población VIH+ es considerable, pensamos que es de utilidad estudiar cómo las personas afectadas por este virus viven y expresan su sexualidad. Entendemos también que tras el diagnóstico se empieza a vivir como persona VIH+. Nuestro interés reside en comprender qué cambios se han producido en la manera en que las personas VIH+ vivencian

su sexualidad entendiendo el hecho sexual humano como la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

2. Introducción

A principios de la década de los 80, el mundo científico se conmocionó con la aparición de una enfermedad desconocida hasta entonces. Todo comenzó en los EEUU en 1981 con el reconocimiento en varones homosexuales de infecciones respiratorias causadas por un patógeno poco frecuente, Pneumocystis carinii, y de un tumor poco común, el sarcoma de Kaposi. Ambos parecían ser consecuencia de un defecto en la inmunidad de causa desconocida (Holguín y Soriano, 2000). Este organismo es común en el medio ambiente y no causa enfermedad en personas sanas, sino que se limitaba a personas severamente inmunodeprimidas.

Aunque estos primeros casos se diagnosticaron en Norteamérica, pronto empezaron también a notificarse casos en Europa. Hasta entonces se pensó que la afectaba solamente a hombres pero en 1982 se detectó el primer caso en una mujer. Todos estos casos tenían en común la adicción a la heroína por vía intravenosa (Fuster, 2011).

Pronto aumentó el número de casos afectados por la enfermedad. Aparecieron nuevos colectivos de personas que presentaban los mismos síntomas. En enero de 1982 se comunica el caso del primer hemofílico afectado y en julio de ese mismo año se diagnostica a 19 personas haitianas.

El desconocimiento del agente causante, contribuyó a que inicialmente se acuñaran términos como “peste rosa”, “cáncer gay” o el síndrome de las “cuatro H”, en referencia a los hemofílicos, haitianos, homosexuales y heroinómanos (Fuster, 2011).

Sin embargo, la evolución en los diagnósticos hizo pensar en que se trataba de una enfermedad infecciosa y fue en 1993 cuando se identificó el virus causante de la nueva enfermedad (Barre-Sino Uzi et al., 1993). Es en este momento histórico cuando el acrónimo sida (síndrome de la inmunodeficiencia adquirida) se convierte en el nombre oficial de la enfermedad producida por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).

Hasta llegar 1993, fecha de aislamiento del virus, se hicieron grandes esfuerzos de investigación. Fueron dos equipos multidisciplinares los principales responsables de dichos esfuerzos. Por un lado el Instituto Pasteur de París, liderado por Luc Montagnier y, por otro,

el Instituto Nacional de Salud de Betheseda, liderado por Robert Gallo. Ambos grupos consiguieron aislar y cultivar el mismo virus y este proceso estuvo cubierto por una fuerte disputa científica sobre la paternidad del descubrimiento, disputa que se resolvió en aquel entonces dando la patente a ambos investigadores. Recientemente, sin embargo, se ha dado el premio Nobel por el descubrimiento a Luc Montagnier y a Francoise Barre-Sinoussi, otorgando de este modo la paternidad del virus a los investigadores del Instituto Pasteur de París (Fuster, 2011).

A partir del descubrimiento del virus, los esfuerzos científicos se dirigieron a la búsqueda del origen de la infección. En los primeros años aparecieron diferentes teorías que señalaban el origen geográfico del sida. En un primer momento se pensó que el virus nació en EEUU ya que los primeros casos fueron detectados aquí, no obstante, la investigación de los casos iniciales de sida pone de manifiesto que muchos de los enfermos norteamericanos tenían en común haber pasado previamente a la enfermedad un periodo de vacaciones en Haití, país donde con frecuencia se daban cita los gays y donde las prácticas homosexuales con los autóctonos eran frecuentes. Esto hizo pensar que el origen de la enfermedad podía ser haitiano. Hoy se piensa que el origen podría ser africano pues se cree que el reservorio primitivo del virus es el mono verde africano y que de éste pasó al hombre (Sanz, Vega y Martínez, 1999).

La teoría más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado virus de inmunodeficiencia en simios (SIV, en inglés), el cual es idéntico al VIH y causa síntomas similares al sida en otros primates. Este virus habría sido transmitido a la población humana en África durante unos experimentos con vacunas contra la polio en pobladores africanos (Asociación Ciudadana Anti Sida De Málaga, 2012).

VIH/SIDA

El SIDA es un estado avanzado de la infección causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que provoca la destrucción progresiva del sistema inmunitario.

El VIH es un retrovirus, lo que significa que necesita convertir su ARN en ADN para reproducirse, para lo que utiliza células del sistema inmunitario del ser humano, los linfocitos T CD4. Esta conversión de ARN en ADN se realiza a través de una enzima denominada transcriptasa inversa, o retrotranscriptasa, de donde toma su nombre la familia de virus. Al manipular las células, impide que sigan cumpliendo su función habitual y causa que además acaben muriendo prematuramente.

Durante un tiempo, que varía de unos meses a varios años según la persona, el sistema inmunitario es capaz de producir suficientes células de defensa para sustituir las infectadas y además intentar controlar la replicación del VIH. Pero llegado un momento, éste supera esta limitación hasta colonizar todo el organismo. En tal caso el sistema inmunitario se deteriora hasta el punto de que no es capaz de hacer frente a infecciones y enfermedades que habitualmente son inofensivas.

Dentro de la clasificación realizada por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE UU (CDC, en sus siglas en inglés), se establecen tres categorías clínicas de personas con VIH:

- Tipo A, si son personas que no presentan ningún tipo de sintomatología asociada a la infección

- Tipo B, si son personas que padecen enfermedades derivadas de la infección pero no consideradas definidoras de sida

- Tipo C, si se trata de personas con alguna de dichas enfermedades definidoras de sida (tales como candidiasis -traqueal, esofágica, bronquial o pulmonar-, cáncer de cérvix [cuello de útero], retinitis por citomegalovirus, sarcoma de Kaposi, neumonía por *Pneumocystis jiroveci*, tuberculosis y toxoplasmosis cerebral, entre otras).

Se considera que una persona (en cualquiera de las tres categorías clínicas) tiene sida si presenta unos recuentos de linfocitos T CD4 inferiores a 200 células/mm^3. En el caso de las incluidas en el tipo C, se considera que tienen sida con independencia de su recuento de CD4 (Fabrés, 2011).

Mecanismos de transmisión

La transmisión del VIH se puede producir a través de cuatro fluidos corporales y a través de tres vías.

Los cuatro fluidos son la sangre (incluida la sangre menstrual), el semen, las secreciones vaginales y la leche materna de las personas infectadas, fluidos que tienen una concentración suficiente de virus como para transmitirlo. Por consiguiente, ello significa que el VIH puede transmitirse por tres vías: la sexual, la sanguínea y la vertical, de madre a hijo/a. Además, para que se produzca la infección es necesario que el VIH penetre en el organismo y entre en contacto con la sangre o mucosas (revestimiento del interior de la boca, vagina, pene y recto) de la persona.

Las diferentes vías son:

- Vía sexual: en las relaciones sexuales con penetración (anal, vaginal u oral) sin preservativo.

La transmisión sexual del VIH se produce cuando existe un nivel suficiente de virus en la sangre, el semen y los fluidos vaginales para entrar en el torrente sanguíneo de una persona, normalmente a través de las membranas mucosas o pequeñas lesiones en la vagina, el ano, el recto, la boca o la piel.

El VIH no puede atravesar la piel. Sin embargo, debido a su pequeño tamaño, hay partes del cuerpo recubiertas por membranas mucosas (como por ejemplo, el ano y el recto, la vagina, el pene, la boca y los ojos) que el VIH podría atravesar y alcanzar así el torrente sanguíneo. Una vez que el VIH se expone al aire o al agua, no puede sobrevivir en el exterior del organismo.

Las prácticas sexuales que muestran mayor potencial para transmitir el VIH son la penetración anal sin preservativo, la penetración vaginal sin preservativo, la penetración vaginal o anal con uso de preservativo de forma irregular, sexo vaginal o anal con empleo incorrecto del preservativo, compartir juguetes sexuales sin preservativo o sin limpiarlos suficientemente.

Entre las prácticas sexuales que comportan bajo riesgo se encuentra el sexo oral sin condón practicado a un hombre, con o sin eyaculación. El riesgo de transmisión se incrementa si existen lesiones en la mucosa oral de la persona que practica sexo oral. Sexo oral sin protección practicado a una mujer y sexo oro-anal sin protección.

Es importante tener en cuenta que algunos factores podrían incrementar el riesgo de infección por VIH. Tener una infección de transmisión sexual (incluso sin síntomas) aumenta el riesgo de transmitir o contraer el VIH en una relación sexual. Las personas con una infección reciente por VIH tienen niveles más elevados del virus en la sangre y, por lo tanto, hay una mayor probabilidad de transmisión del VIH durante la fase aguda de la infección (si no se toman las medidas preventivas adecuadas). Las personas que mantienen relaciones sexuales sin protección con más de una pareja en un breve intervalo de tiempo tienen más probabilidades de transmitir o contraer el VIH. Biológicamente, las mujeres son más vulnerables frente al VIH que los hombres en las prácticas sexuales (Lavado, R. 2009).

- Vía sanguínea: al compartir jeringas, agujas, otro material de inyección o cualquier instrumento cortante que haya estado en contacto con sangre infectada. El intercambio de instrumentos punzantes y cortantes no esterilizados para perforaciones en la piel como los utilizados para tatuajes, "piercing", acupuntura, perforación de orejas, etc. supone también un riesgo.

- Vía madre-hijo/a: cuando la mujer es seropositiva, la transmisión del virus puede tener lugar durante el embarazo, el parto o la lactancia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2012).

Las personas VIH+, aunque ya tengan el virus del VIH, pueden reinfectarse, es decir, adquirir una nueva cepa de VIH cuando ya se tenía una. El resultado puede ser la prevalencia en el organismo de la cepa anterior, la sustitución por la nueva, o una mezcla de ambas (Franquet, 2012).

Tratamiento

La intensa investigación desarrollada en los últimos años, orientada al descubrimiento de tratamientos eficaces en la lucha contra el sida, ha dado lugar a la aparición de nuevos

fármacos que, sin lograr la curación de la enfermedad, han supuesto un gran incremento de la esperanza y la calidad de vida de las personas afectadas (Labrador, 2000).

En 1987 se aprobó el AZT, el primer antirretroviral para tratar la infección. En los años siguientes se desarrollaron nuevos fármacos pero no fue hasta 1996 cuando, con la aparición del tratamiento de gran actividad (TARGA) se produjo un cambio sustancial en el manejo de la infección, disminuyéndose de forma notable tanto la mortalidad como la morbilidad.

Actualmente los antirretrovirales se agrupan en seis clases, según la forma en que combaten esa infección. Las seis clases son los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (ITINN), los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos (ITIN), los inhibidores de la proteasa (IP), los inhibidores de la fusión, los antagonistas de los receptores CCR5 y los inhibidores de la integrasa (Intergubernamental de Expertos sobre antirretrovirales en adultos y adolescentes, 2011).

Epidemiología

30 años después del inicio de la epidemia, cada día mueren en el mundo 6.000 personas a causa del sida (Hernández Fernández, 2010).

La epidemia de VIH constituye una crisis mundial, con repercusiones en el ámbito demográfico, social, cultural, económico y, por supuesto, sanitario de muchos países. ONUSIDA, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida, calcula que actualmente viven en el mundo alrededor de 33,4 millones de personas con VIH. La epidemia parece haberse estabilizado en la mayoría de las regiones, a excepción de África Subsahariana, que sigue siendo la región más afectada por la epidemia, Europa Oriental y algunas zonas de Asia. Esta estabilización responde a los avances que se han producido globalmente en la prevención y el tratamiento de la infección, aunque existen desigualdades entre países.

Entre 120.000 y 150.000 personas viven en España con VIH a día de hoy. Se estima que en torno al 30% de las personas infectadas con VIH no lo saben.

Hoy en día, nos encontramos ante una epidemia mayoritariamente de transmisión sexual, ya que alrededor del 80% de los nuevos diagnósticos de VIH se atribuye a relaciones sexuales sin protección (Hernández Fernández, 2010).

Según el último informe del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre el registro de nuevos casos de VIH en España con fecha de junio del 2011, se notificaron 2.907 nuevos diagnósticos de VIH en el 2010 lo que supone una tasa de 88,5/millón de habitantes. El 82% eran hombres y la mediana de edad fue de 35 años. La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) fue la más frecuente, 46%, seguida de la heterosexual, 33%, y la que se produce entre usuarios de drogas inyectadas (UDI), 6%. El 38% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2011).

SEXUALIDAD

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

La sexualidad se construye a través de la interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social (Ochoa, 1991).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles del género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.

Para García (2007) el hecho sexual humano se compone de tres realidades: la sexuación, la sexualidad y la erótica. El proceso de sexuación se refiere a construirse como hombre o como mujer, como proceso que se inicia en la fecundación y que no acabará hasta la muerte. En este proceso se van concatenando una serie de niveles o estructuras que progresivamente van sexuando al individuo. Todos estos elementos estructurales y estructurantes del sexo llevan a uno de los dos resultados: hombre o mujer. Y, por supuesto, cada uno de los dos estará lleno de matices porque estamos hablando de muchos niveles que son los que intervienen en el proceso (cromosómico, hormonal, gonadal, de asignación de sexo, crianza diferencial...). De forma que cada cual se situaría en un punto del continuo. Hay muchas maneras de "estructurarse" como hombre y muchas maneras de hacerlo como mujer.

La sexualidad es la manera que cada persona tiene de vivir "el hecho de ser sexuado". Es una categoría subjetiva y no hace referencia exclusivamente a planteamientos anatomofisiológicos. La referencia más clara de la sexualidad son "las vivencias" y cómo cada cual se siente en su intimidad y cómo va viviendo ese proceso de construcción en hombres y mujeres. Es la manera propia de verse, sentirse y vivirse como ser sexuado, como uno de los dos sexos. El terreno de la sexualidad es el de lo peculiar, de las sexualidades en plural. La vivencia del hecho de ser sexuado como hombre o como mujer podrá ser sentida en su matiz homosexual o heterosexual.

La erótica se refiere a la forma concreta de expresar lo anterior, lo que somos y lo que vivimos, con múltiples formas de expresión y que es personal y particular. En el desarrollo de la erótica entran en juego muchos factores, pero también los propios valores y creencias, la forma de pensar y de entender las relaciones sexuales y las relaciones de pareja, los sentimientos y la importancia que se dé a los mismos, así como todas las demás cosas que se puedan considerar importantes. De todo esto, así como de otras influencias acabará surgiendo un tipo de erótica propia.

La sexualidad no tiene edad: es atemporal y ubicua. Deja su sello en cualquier acto, a cualquier edad y con todo el abanico de intensidades que sea posible imaginar, desde la más burda o grotesca hasta la más sublime y etérea: depende de la sensibilidad, de la cultura, de la educación de sus protagonistas. Es atemporal y ubicua porque empaña cada acto, cada pensamiento, cada afecto o comportamiento concreto de la vida de las personas, desde que

son concebidas en el útero materno hasta que expiran por última vez. No desaparece con el tiempo, sólo se transforma (Ochoa, 2000).

Tampoco tiene en cuenta el estado civil, ni la elección vital de las personas para vivir su sexo: ella, la sexualidad, se transforma sinuosamente, se rebela con violencia o se amolda como camaleón a la noche, a cada uno de los pasos y decisiones que toma cada ser humano en su existencia; a ella, a la sexualidad, le da igual que uno sea soltero, casado, divorciado, misionero de la caridad o cartujo: ella sigue existiendo y se deja escuchar en todas las lenguas y lenguajes que le es posible crear a la naturaleza.

La sexualidad crea sus reglas de comportamiento y evoluciona con la historia de la cultura, de la sociedad, y de cada hombre y mujer en particular. Es la fiel compañera que de forma implícita y, a veces explícitamente, sigue y moldea el devenir histórico de la raza humana (Ochoa, 2000).

Según Ochoa (1991) la sexualidad engloba tres dimensiones básicas del ser humano: biológica, psicológica y social. Las tres están íntimamente relacionadas y condicionadas unas por otras, por lo que conforman una unidad holística e indivisible.

La dimensión biológica hace referencia al hecho de que todo nuestro cuerpo es sexuado y cada célula y cada órgano son sexuados, desde el momento de la fecundación del óvulo por parte del espermatozoide (Zapata Boluda, 2010). La dimensión biológica no afecta únicamente a la procreación y al funcionamiento automático que hace posible la reproducción. Esta dimensión es la responsable de todos nuestros impulsos, de nuestros deseos, de nuestra capacidad de responder y de recibir una relación sexual, de satisfacernos o no con ella. Además, también es la responsable de las diferencias que en la estimulación y respuesta sexual tienen hombres y mujeres. Por esta razón, los problemas físicos, las alteraciones biológicas y las enfermedades, según cuál sea su tipo, pueden provocar la esterilidad, inhibición del deseo sexual y otras disfunciones sexuales. De todas formas, no hay que olvidar que ninguna persona tiene compartimentos estancos – el cuerpo, por un lado, y la mente, por otro-; sino que forman un todo homeostático en constante interacción.

En cuanto a la dimensión psicológica de la sexualidad, ésta se conforma por factores relacionados con la vivencia de la sexualidad, con nuestras emociones, sentimientos, afectos,

con nuestras fantasías…Y con la manera en que nos vamos a vivir como hombre o como mujer. No basta que la naturaleza y que la sociedad nos asigne un sexo, cada uno/a de nosotros/as tenemos que aceptar ser hombre o mujer a medida que vamos creciendo (Zapata Boluda, 2010).

Por último, la dimensión social la conforman los factores sociales y culturales que influyen en la manera en que expresamos la sexualidad ya que ésta depende de cómo cada sociedad regula las normas de comportamiento a través de las leyes, de la moral, de la religión…. Cada cultura, cada estamento social establece un sistema de valores éticos y morales sexuales que, de ninguna manera, tienen validez universal y, por tanto, no tiene por qué ser aplicable a todas las personas. Pero no sólo la cultura, las costumbres y la religión de una sociedad sirve de molde sexual, sino que también la ciencia es capaz de producir cambios radicales en los hábitos y respuestas sexuales (Ochoa, 2000).

Tanto la dimensión biológica como la psicológica y la social de la sexualidad no son dimensiones estables.

La cultura occidental se caracteriza por ser una cultura sexofóbica que actúa a nivel social e individual. Socialmente, impidiendo desde fuera por medio de códigos legales y morales, la libre satisfacción del instinto de comunicación y pasando factura legal o social al individuo que intente violar esos códigos. Como consecuencias individuales, la más importante es la educastración sexual producida por las improntas represivas que el niño recibe hasta su adultez (Lucas, 2009).

La cultura occidental se rige por un modelo procreativista donde la vivencia general de la fecundidad es algo impuesto y dirigido por el sistema tanto para aumentarla como para disminuirla o controlarla. El procreativismo limita socialmente el número de personas con acceso aceptado a la posibilidad de satisfacción de la sed de piel a sólo aquellas que se encuentren en edades y condiciones personales potencialmente procreativas. También actúa individualmente limitando las formas de comunicación sexual a aquellas potencialmente procreativas.

En nuestra cultura domina un modelo estético en el que tanto la estética física, como intelectual y social son importantes. Además, éste tiene un carácter marcadamente

procreativista reforzando el rechazo a las relaciones sexuales con personas fuera de la edad procreativa.

Nuestra sociedad es también celotípica donde la comunicación en las relaciones está basada casi exclusivamente en la autoafirmación en el otro y la sincronía interaccional cumple un mínimo papel. Nuestra cultura tiene una fuerte moral monogámica y matrimonialista con la infidelidad como obsesión.

Además, el modelo sexual que impera en la cultura occidental es productivista donde el varón ha de realizar verdaderos esfuerzos físicos y mentales para no eyacular antes de tiempo y la mujer tendrá que realizar esfuerzos para no demorar demasiado la llegada de la meta ansiada por ambos (Lucas, 2009).

La segregación del deseo en individuos heterosexuales y homosexuales limita a los heterosexuales para comunicarse sexualmente con las personas de su mismo sexo y a los homosexuales, para hacerlo con las personas del sexo contrario.

La última característica del modelo sexual occidental según Lucas (2009) es el adormecimiento de la capacidad de comunicación con las nuevas tecnologías. El amor por los aparatitos está suplantando la comunicación interpersonal.

En relación a la dimensión social de la sexualidad, es importante considerar las actitudes ya que éstas nos predisponen a actuar de manera diferente según sean positivas o negativas. El hecho de tener una disposición negativa o positiva en mayor o menor grado hacia el erotismo se explica a través del constructo erotofilia-erotofobia. Esta actitud se iría formando desde el comienzo de la existencia de las personas donde se produce una asociación entre las cuestiones relacionadas con la sexualidad y las consecuencias que se producen. En el contexto cultural occidental es muy habitual asociar negatividad hacia lo sexual. Todas las personas estarían situadas a lo largo de un continuo en cuyos polos se situarían la erotofobia y la erotofilia respectivamente. La predisposición actitudinal se convierte en un filtro que mediatiza no sólo los comportamientos, sino también la percepción de las cuestiones relacionadas con la sexualidad, así como el procesamiento de la información al respecto. En teoría podríamos decir que las personas erotofóbicas tienden a no poder anticipar la posibilidad de admitir en ellos su propia experiencia sexual debido, claro está, a su tendencia

a negar el hecho sexual. De los erotofílicos cabe esperar lo contrario y pensar que son personas que de hecho desean y esperan con ilusión sus experiencias sexuales (Godoy, 2010).

Desde el punto de vista estrictamente fisiológico la finalidad del sexo es la reproducción. Para los seres humanos, sin embargo, que tienen capacidad de autodeterminación (libertad) y autotrascendencia (solidaridad relacional sincrónica y diacrónica, en el espacio y en el tiempo), el sexo tiene también una finalidad social que se manifiesta a través de lo que los moralistas llaman carácter unitivo. Es decir, los humanos procreamos racionalmente y al hacerlo nos amamos (Pérez y Ros, 2004). Por tanto, los fines de la sexualidad son el placer; la reproducción; la relación afectiva de comunicación y la relación social; la forma de expresar ternura, afectos, sentimientos, amor, emociones que todos los humanos necesitamos (Zapata Boluda, 2010).

La sexualidad produce en nuestro organismo beneficios biofisiológicos, psicoemocionales y sociales. Entre ellos encontramos que mejora la salud social, enriquece el contacto y el afecto, fomenta la comunicación, mejora la autoestima y la imagen corporal, incrementa la satisfacción y la estabilidad de la pareja, mejora la salud física, supone un eficaz tratamiento de belleza, disminuye las 2 causas frecuentes de mortalidad: la enfermedad coronaria y el cáncer, mejora las defensas del organismo, tonifica el sistema osteomuscular y ayuda a adelgazar; es agradable, natural y un económico somnífero, excelente relajante y analgésico, mejora la salud mental y psicoemocional, mejora las situaciones de ansiedad y disminuye la violencia, combate la depresión y los intentos de suicidio, aumenta la capacidad cognitiva y de percepción. Por si fuera poco, es el mejor motor del deseo sexual, es un excelente factor pronóstico de una buena calidad de vida, es un revulsivo para la calidad de vida en la edad avanzada, es un buen indicador del estado global de salud y alarga la esperanza de vida (Arrondo, 2008).

3. Estado del conocimiento

Hay muchos estudios que hacen referencia a cuestiones relacionadas con aspectos del VIH, en especial, de prevención. Sin embargo, son pocos los estudios que dedican sus esfuerzos a estudiar la sexualidad de las personas VIH+.

Centrándonos en la investigación relacionada con nuestro estudio Coromina (2009) lleva a cabo un estudio en el que persigue describir los significados atribuidos a la sexualidad, entendida ésta como un posicionamiento del sí mismo, por parte de una mujer portadora del VIH/Sida. Coromina utiliza la metodología cualitativa del método de análisis de la *Grounded Theory* (GT) y la metodología cuantitativa, mediante el análisis de la Técnica de la Rejilla de Kelly (1955) referida al sí mismo social. La participante es una mujer de 36 años portadora del VIH desde hace dos. Los resultados revelan que la participante tiene una vivencia de la sexualidad satisfactoria, se siente más atractiva y disfruta más en sus relaciones íntimas que antes de ser portadora. En cuanto a su vivencia de la sexualidad, lo que más le ayuda es que su pareja sea seropositiva, ya que se siente tranquila y con menos miedos de infectarla. Usa el preservativo de forma habitual y valora la protección y el cuidado de ella misma y de los demás.

En un estudio de Lafaurie, Forero y Miranda (2011) cuyo objetivo es describir las reflexiones que hacen un grupo de travestis sobre su experiencia como personas que viven con VIH/Sida y sus necesidades de apoyo en enfermería. En una muestra compuesta por 10 travestis de edades comprendidas entre 23 y 48 años, con diagnóstico de VIH/Sida y con vínculos con la prostitución a través del abordaje cualitativo y mediante entrevistas en profundidad se observa que el dinero tiene primacía sobre la salud ya que con frecuencia los clientes ofrecen más dinero si no se usa protección. También se observa la falta de protección con sus parejas y las dificultades en el uso del preservativo puesto que la calidad de los preservativos disponibles en los establecimientos en los que prestan servicios de prostitución es muy deficiente.

Grimberg (2000) desarrolla un enfoque relacional de género centrado en las categorías teóricas de construcción social y hegemonía, e instrumenta los conceptos de experiencia de la enfermedad, trayectorias de vida y vulnerabilidad social para mostrar que vivir con VIH

supone una construcción tensa que confronta metáforas sociales modeladas por construcciones de género. La muestra está compuesta por 30 sujetos, entre ellos hombres y mujeres con entre 3 y 13 años de diagnóstico, el conjunto se concentra entre los 30 y 35 años de edad. El estudio de desarrolla en Buenos Aires a través de una metodología cualitativa con técnicas etnográficas combinadas (entrevistas en profundidad y observación con participación) y análisis de narrativas. En el estudio se constata que salvo escasas excepciones (1 caso en las mujeres y 2 en los hombres) que continuaron con su vida sexual con similares características, incluyendo relaciones sin protección durante los primeros momentos posteriores al diagnóstico, la mayor parte experimentó cambios significativos en su sexualidad. De los varones entrevistados sólo cuatro permanecían con su pareja del momento del diagnóstico, el resto se encontraban en parejas no convivientes y en un mayor número, sin pareja en el momento del trabajo de campo. En su mayoría indicaron mantener relaciones sexuales protegidas y ser selectivos con la información en el caso de relaciones ocasionales. La mayoría vivió períodos de total abstinencia, en algunos casos de fuerte aislamiento, hasta comenzar un lento reinicio. Gran parte de ellos reconoció una notoria menor frecuencia en sus relaciones, incluso en la actualidad, o períodos significativos de abstinencia. A diferencia de los varones, entre las mujeres resultó mayor la proporción de quienes continuaban con la pareja del momento del diagnóstico, ya fuesen convivientes o no. Salvo algunas excepciones, la mayor parte de las mujeres que entrevistamos experimentaron un fuerte decrecimiento de su actividad sexual, en muchas de ellas con períodos prolongados de abstinencia.

Freitas et al. (2000) demuestran en una investigación de carácter descriptivo realizada a través de entrevistas semiestructuradas a 5 personas VIH+ en Sao Paulo que los sujetos del estudio presentan adaptación negativa frente las dificultades sexuales, sociales y emocionales.

Según el dossier envejecer con VIH (Fabrés, 2009) se calcula que entre un 20 y un 70% de las personas con VIH experimentan algún tipo de disfunción sexual, como por ejemplo reducción del deseo sexual y/o dificultades para lograr la erección, la eyaculación o el orgasmo. Muchos factores pueden contribuir en su desarrollo, entre ellos, problemas psicológicos, el propio VIH, el uso de ciertos medicamentos antirretrovirales y el déficit de testosterona (hipogonadismo). Pese a que la disfunción sexual no está señalada por lo general como un efecto secundario de los fármacos antirretrovirales, varios informes la han relacionado con los regímenes antirretrovirales que contienen inhibidores de la proteasa.

En otro informe emitido por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (Hernández 2007), se explica que la pérdida del deseo sexual puede tener un impacto significativo sobre la calidad de vida y los sentimientos de autoestima de las personas; asimismo, puede contribuir a generar problemas emocionales, tales como ansiedad y depresión. Los problemas sexuales son habituales en épocas de estrés, por ejemplo, cuando una persona recibe el diagnóstico de VIH. Ello puede dar inicio a un período de choque emocional, preocupaciones y escepticismo, en el que el apetito y la capacidad sexual se ven afectados negativamente. Además, la preocupación por la posibilidad de infectar a las parejas sexuales puede condicionar la vida sexual y la intimidad de hombres y mujeres. De igual modo, cuando se asocia de manera negativa el VIH (una infección potencialmente peligrosa para la vida) con el sexo pueden producirse problemas sexuales.

En otro estudio llevado a cabo en 2006 por Latka et al., los autores pretendían conocer las características de las mujeres consumidoras de drogas por vía intravenosa que daban positivo en la prueba del VIH. Participaron 426 mujeres, de las cuales 370 eran sexualmente activas. De estas mujeres, el 39% dijo haber tenido sexo vaginal o anal sin protección con parejas estables u ocasionales serodiscordantes o de estado serológico desconocido.

Juárez-Vílchez y Edwar (2010) realizaron un estudio con el objetivo de explorar y describir opiniones y creencias de las personas que viven con VIH y reciben tratamiento de gran actividad (TARGA) sobre el comportamiento sexual de riesgo y la transmisión del VIH. Se trata de un estudio cualitativo basado en entrevistas en profundidad y grupos focales en una muestra de 40 sujetos de edades comprendidas entre los 15 y 39 años. Los resultados de este estudio, indican que las personas que viven con VIH y reciben TARGA tienen comportamientos sexuales de riesgo. Dos razones podrían explicarlo, en primer lugar existe la creencia de que al producirse el “adormecimiento” del virus por acción de los antirretrovirales, no hay peligro si el virus de VIH “adormecido” se trasmite a una persona sana, en todo caso dependerá del estilo de vida de esta persona para que desarrolle la infección. En segundo lugar, hay la creencia que cuando el personal de salud les comunica que tienen carga viral indetectable, consideran que han sido curados de la infección. Otras conclusiones del estudio afirman que algunos varones, desde su experiencia personal o por lo que refieren sus pares, manifiestan que luego de enterarse del diagnóstico positivo para VIH no adoptaron medidas de protección en sus relaciones sexuales, por el contrario, afirmaron

que comenzaron a tener relaciones coitales en mayor número y frecuencia, con diferente tipo de pareja, con la finalidad de "vengar" su situación personal de haber sido infectado/a "inocentemente con VIH". Respecto al tipo de pareja sexual, existen concepciones diferenciadas para tener coito con pareja ocasional o estable. En el caso de tratarse de pareja ocasional, algunos varones manifestaron que no adoptan medidas de protección, porque no existe un vínculo afectivo con ellas/os y porque ya no van a frecuentar a dicha pareja y ésta no va a reclamarle nada si resultare infectada. Otros varones enfatizan que las trabajadoras sexuales saben cómo cuidarse para evitar la transmisión de la infección, por lo tanto, cuando se relacionan con ellas no adoptan medidas de protección. Algunos participantes varones manifestaron que la masturbación los hace sentir menos "peligrosos" para los otros, mientras que en el caso de las mujeres es rechazada tajantemente, por las creencias y prejuicios construidos socialmente, hubo mucha reserva por parte de ellas para tratar este tema.

En otro estudio exploratorio con abordaje cualitativo, que trata del proceso de desarrollo de la adolescencia en portadoras de VIH/SIDA infectadas por transmisión vertical, Lima y Pedro (2008) tienen el objetivo de identificar cómo ocurre el proceso de la adolescencia, en la visión de estas adolescentes y de sus cuidadoras familiares. La investigación se realizó en Porto Alegre-RS; los sujetos fueron cuatro adolescentes de entre 11 y 14 años y tres cuidadoras. La recogida de la información se hizo por medio de entrevistas. El estudio reveló que las adolescentes y sus cuidadoras familiares, manifestaron preocupación con los cambios propios de ese período, especialmente en asuntos relacionados a la sexualidad. Algunas de las conclusiones a las que llega el estudio son que el crecimiento y al desarrollo físico de los niños y adolescentes afectados por el VIH, se presenta alterado si se compara con el de individuos de la misma fase y saludables. Esos aspectos fueron observados a partir del contacto con las adolescentes de este estudio, que presentaban un desarrollo físico, aparentemente, menor de lo esperado; las niñas se asemejaban físicamente a niñas de edad inferior y sin las características significativas de la pubertad relacionadas a la sexualidad, por lo menos no observadas/sentidas por ella. También fueron cuestionadas sobre el conocimiento de métodos contraceptivos y de protección de las ITS. Algunas adolescentes manifestaron poco conocimiento del asunto, conocimiento que fue adquirido a través de los medios de comunicación.

Por último, en un estudio de Sánchez, Vázquez y Ferreira (1999) realizado en México se encuestaron a 30 pacientes con diagnóstico de seropositividad a VIH y/o SIDA, (15

pacientes con SIDA derechohabientes del Seguro Social y 15 pacientes seropositivos pertenecientes a la Secretaría de Salud) y 10 familiares de los mismos pacientes. El objetivo principal de este estudio fue evaluar el impacto de la seropositividad sobre el uso del condón y el número de parejas sexuales a través de un diseño de casos y controles, observacional, retroprolectivo, transversal comparativo, de efecto a causa, abierto y por encuesta. No se revelaron diferencias entre conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con respecto a sus familiares, observándose que los pacientes con SIDA mencionan haber dejado de tener relaciones sexuales, los pacientes seropositivos continúan teniendo relaciones sexuales y sólo utilizan el condón de forma esporádica y los familiares no han modificado su conducta sexual con respecto al uso del condón.

4. Metodología

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Tal y como apuntábamos en la justificación de este trabajo, nuestra pregunta de investigación se centra en cómo viven las personas VIH+ su sexualidad.

OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio es conocer cómo las personas VIH + viven su sexualidad.

A continuación se describen los objetivos específicos del estudio:

1. Conocer de qué manera se ve afectada la sexualidad en personas VIH+ en su vertiente biológica.

2. Conocer de qué manera se ve afectada la sexualidad en personas VIH+ en su vertiente psicológica.

3. Conocer de qué manera se ve afectada la sexualidad en personas VIH+ en su vertiente social.

DISEÑO

La opción metodológica para desarrollar el estudio es la cualitativa ya que los enfoques de orden cualitativo se esfuerzan por comprender la realidad social como fruto de un proceso histórico de construcción visto a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, por ende, desde sus aspectos particulares y con una óptica interna. El principio que fundamenta la manera de proceder expuesta, es la necesidad del contacto directo con los actores (sujetos) y con los escenarios en los cuales tiene lugar la producción de significados sociales, culturales y personales para poder descubrir o reconocer, los conflictos y fracturas, las divergencias y consensos, las regularidades e irregularidades, las diferencias y homogeneidades, que caracterizan la dinámica subyacente en la construcción de cualquier realidad humana que sea objeto de investigación (Sandoval, 2002).

Taylor y Bogdan (1986) plantean como rasgos propios de la investigación cualitativa los que se enuncian a continuación:

• Es inductiva, o mejor cuasi-inductiva; su ruta metodológica se relaciona más con el descubrimiento y el hallazgo que con la comprobación o la verificación.

• Es holística. El investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva de totalidad. Las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo integral, que obedece a una lógica propia de organización, de funcionamiento y de significación.

• Es interactiva y reflexiva. Los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.

• Es naturalista y se centra en la lógica interna de la realidad que analiza. Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.

• No impone visiones previas. El investigador cualitativo suspende o se aparta temporalmente de sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.

• Es abierta. No excluye la recolección y el análisis de datos y puntos de vista distintos. Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas. En consecuencia, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.

• Es humanista. El investigador cualitativo busca acceder por distintos medios a lo privado o lo personal como experiencias particulares; captado desde las percepciones, concepciones y actuaciones de quien los protagoniza.

• Es rigurosa aunque de un modo distinto al de la investigación denominada cuantitativa. Los investigadores aunque cualitativos buscan resolver los problemas de validez y de confiabilidad por las vías de la exhaustividad (análisis detallado y profundo) y del consenso intersubjetivo. (Interpretación y sentidos compartidos).

Dentro de las llamadas metodologías cualitativas, utilizaremos la visión constructivista para llevar a cabo la recogida de datos. Esta aproximación pone el acento sobre el hecho de que cada individuo se construye sus representaciones del mundo. Cada uno ve el mundo a su manera. Mi "mundo" no es exactamente el de mi vecino. No hay dos personas para quienes las palabras "azul" o "velocidad" desencadenen exactamente la misma reacción. Cada uno tiene pues, sus maneras únicas de sentir y de conocer: por ejemplo, la mirada de un guardabosque sobre un paisaje descubre aspectos muy distintos a la de un turista o a la de un cazador furtivo. Reconocer la diversidad de los puntos de vista, no implica nivelarlos, ni suponer que sean equivalentes. Se trata de saber y reconocer que nuestra visión depende del lugar desde donde miramos: es propia de cada individuo, incompleta y parcial. Está en relación con lo que nos da sentido (nuestras creencias, nuestros presupuestos, nuestros proyectos, nuestras heridas psicológicas, nuestro medio social, etc). Está también ligada a nuestro cuerpo, que impone limitaciones a nuestra manera de ver. El constructivismo es también una manera de situar al sujeto en el centro de la visión, con ello se reconoce que los conocimientos están hechos por y para humanos (Fourez, 2008).

CONTEXTO

En un primer momento se contactó con las diferentes asociaciones y organizaciones de Almería en las que se podía encontrar población VIH+. Más concretamente nos dirigimos a Cruz Roja, Medicos Mundi y COLEGA.

La primera intención con Cruz Roja fue participar en el voluntariado de asistencia a domicilio a personas con VIH para observar desde dentro cómo viven y sienten las personas con VIH y, de esta manera también, crear un ambiente de confianza para poder llevar a cabo las entrevistas. Sin embargo, en Cruz Roja nos encontramos con personas VIH+ y consumidoras en activo de diferentes sustancias tóxicas. Uno de los criterios de exclusión de la muestra es que los participantes fueran drogadictos ya que se pretende estudiar a personas que tengan una vida normalizada y, por tanto, libre de cualquier adicción.

En Médicos Mundi la limitación fue que las personas que acuden allí lo hacen para realizarse la prueba en que se les diagnostica si son o no portadores del VIH y tienen asegurada la confidencialidad, así pues no pudimos contactar con los afectados.

Por último, en COLEGA, tampoco pudimos contactar con la muestra ya que al ser una ciudad pequeña se recurre siempre a las mismas personas afectadas con VIH para participar en los estudios y se sienten de alguna manera "cobayas de laboratorio".

Dado que las posibilidades se agotaron en Almería, nos pusimos en contacto con la asociación ASIMA de Málaga. No obstante, la muestra que allí nos ofrecían eran personas que vivían en el centro de acogida ofertado por la asociación en el que las relaciones sexuales no estaban contempladas dentro del centro. Otro de los criterios de inclusión de la muestra es que los participantes tuvieran una vida sexual activa.

Finalmente, a través de diversos contactos nos pusimos en relación con Murcia donde contactamos con AMUVIH, en Alicante con ACAVIH y en Valencia con AVACOS y CALCSICOVA. Dadas las limitaciones geográficas y de tiempo, las entrevistas se realizaron en ACAVIH y en CALCSICOVA.

MUESTRA

En la selección de la muestra tuvimos en cuenta los siguientes criterios:

- Criterios de inclusión
  - Hombres y mujeres con VIH+
  - Sexualmente activas
  - Personas que hayan integrado el VIH en sus vidas
- Criterios de exclusión
  - Personas drogodependientes en la actualidad

La muestra objeto de estudio está formada por 11 personas con VIH. 4 de ellas provienen de ACAVIH y las otras 7 de CALCSICOVA. En la muestra hay un total de 6 hombres, dos de ellos heterosexuales y 4 homosexuales. Las 5 mujeres que conforman la muestra son heterosexuales. En la tabla nº 1 se pueden observar las características socio-demográficas de la muestra.

Tabla 1: Características socio-demográficas de la muestra

Asociación	Edad	Sexo	Orientación sexual	Pareja estable	Estado de la pareja	Tiempo desde el diagnóstico	Tratamiento con antirretrovirales
ACAVIH	46	Hombre	Heterosexual	Sí	VIH-	25 años	Sí
ACAVIH	51	Hombre	Heterosexual	Sí	VIH+	26 años	Sí
ACAVIH	39	Mujer	Heterosexual	Sí	VIH+	17 años	Sí
ACAVIH	47	Mujer	Heterosexual	No		12 años	Sí
CALCSICOVA	47	Mujer	Heterosexual	No		22 años	Sí
CALCSICOVA	46	Mujer	Heterosexual	No		26 años	Sí
CALCSICOVA	45	Mujer	Heterosexual	Sí	VIH+	23 años	Sí
CALCSICOVA	53	Hombre	Homosexual	Sí	VIH+	17 años	Sí
CALCSICOVA	54	Hombre	Homosexual	Sí	VIH+	15 años	Sí
CALCSICOVA	53	Hombre	Homosexual	No		30 años	Sí
CALCSICOVA	50	Hombre	Homosexual	No		28 años	Sí

PROCEDIMIENTO

Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semiestructuradas (ver anexo nº 1). Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora de manera individual. Antes de empezar con las preguntas, se le daba a cada participante dos consentimientos informados (ver anexo nº 2) donde se explica en qué consiste el estudio y donde se recuerda que la información recogida será utilizada para ese fin asegurando el anonimato de los sujetos. Una de las copias era para cada uno de ellos y otra para nosotros.

Además, para establecer un clima adecuado, antes de iniciar la entrevista se hicieron algunas preguntas sobre la edad, la orientación sexual, la pareja, etc. (ver anexo nº 3) con la grabadora apagada. Las entrevistas fueron todas grabadas con el consentimiento previo de los participantes. Posteriormente fueron transcritas literalmente para mantener la integridad de los datos y minimizar los sesgos del entrevistador procurando que el tiempo transcurrido entre la realización de la entrevista y su posterior transcripción fuese el menor posible.

Una vez transcritas, fueron remitidas cada una de ellas por correo electrónico a las personas entrevistadas. Aproximadamente el 50% de los entrevistados respondieron y en algunos casos aportaron nueva información y en otros se ratificaron con la trascripción.

CODIFICACIÓN

Para preservar el anonimato, cada entrevista (E) está codificada en base a unos criterios. En el caso de que el entrevistado sea un hombre se utilizará la letra H y si es mujer la M. Además, según la orientación sexual se codificará con una E a las personas heterosexuales y con una H a las homosexuales. Por último, serán numeradas según el orden en el que se realizó la entrevista. De manera que a partir de este momento nos dirigiremos a los participantes de esta forma:

E_{HE} → hombre heterosexual
E_{ME} →mujer heterosexual
E_{HH}→hombre homosexual

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de los datos siguió el método propuesto por Taylor y Bogdan (1986). Una vez codificadas las entrevistas se ha realizado una primera lectura detallada de las mismas para el descubrimiento e identificación de conceptos. A continuación, en una segunda lectura se han ido separando las unidades mínimas de análisis o categorías extrayéndose un total de 22 categorías. A continuación se ha ido comparando las categorías entre sí con el fin de agruparlas en subcategorías que a su vez se han integrado en torno a 3 temas: aspectos biológicos de la sexualidad, aspectos psicológicos de la sexualidad y aspectos sociales de la sexualidad.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los participantes han sido informados sobre la investigación y aceptaron participar en la misma, firmando el consentimiento informado (anexo nº 2). En todo momento se ha garantizado la confidencialidad y protección de los datos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación del estudio es que no se ha llegado a la saturación teórica; tampoco pretendíamos que se diese ese fenómeno, aunque este factor hay que tenerlo en cuenta para futuras investigaciones dónde habría que ampliar la muestra hasta llegar a la saturación.

5. Resultados

ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD

En general, los participantes del estudio refieren que a lo largo de los años su sexualidad se ha visto afectada sobre todo por los efectos de la medicación. Algunos informantes del sexo masculino cuentan que se ha producido una disfunción eréctil a causa del tratamiento que reciben.

«En los últimos años sí que se ha deteriorado porque los efectos de los antirretrovirales, tanta medicación… pues sí que empecé a tener… ¿cómo se dice? Disfunción eréctil. Y entonces pues hablé con mi médico y nada, me dijo que era totalmente normal, que muchos pacientes seropositivos con una trayectoria como la mía de tantos años pues que pasaba por el efecto de tanta medicación, medicación muy agresiva (…).En el resto no sé, pero lo que es en de todos los que somos seropositivos es muy alto pero porque está demostrado científicamente ¿no? La medicación que tomamos es muy fuerte, todos los antirretrovirales son muy agresivos y afectan mucho." (E_{HE1})

Incluso reconocen que toman medicación para compensar la disfunción y mejorar así sus relaciones sexuales.

"Y nada, ya pusimos solución: me recetó viagra y es lo que llevo tomando ya alrededor de 2 años. Tomo viagra cada vez que tengo relaciones." (E_{HE1})

Además de la disfunción eréctil, algunas de las personas entrevistadas explican que les cuesta alcanzar el orgasmo.

» Que me cuesta mucho correrme, es la medicación." (E_{HH1})

Otro de los efectos negativos producidos por la medicación y que han experimentado algunos de los entrevistados es la lipodistrofia en la que se produce un cambio en la distribución de la grasa del corporal.

«Yo he tenido lipodistrofia y lipohipertrofia también que lo producen las medicaciones…" (E_{ME4})

«Empecé a tener efectos secundarios como crixipanza, se me puso un panzón así, las piernas se me hicieron así (señala delgadez), se me cambió el cuerpo, mi cara no es ésta que tengo sino que está rellenada." (E_{HH1})

Salvo algún participante concreto, la mayoría de las personas entrevistadas cuentan que su deseo sexual ha disminuido con el paso del tiempo.

«Ahora es más. Está Josele a mí lado, él me da mucha cancha, es muy morboso, me da mucha cancha. Llevo una pareja como ninguna de las que he tenido. Entonces es un chiquito que me da mucha marcha entonces ha mejorado." (E_{HH1})

Sin embargo, esta disminución de la libido está más relacionada con la edad que por el hecho de ser VIH+.

«Por el tema de la edad noto que mi apetito sexual ya no es tan como antes, tan fuerte y eso." (E_{HE2})

«Yo últimamente estoy que no tengo tantas ganas (…) Pienso que será la edad. Es que ahora ya no me pongo cachonda yo sola en mi casa. Cuando era jovencita sí, ahora ya no (…) El deseo me ha disminuido. Pero yo puedo ahora mismo estar un año sin estar con un hombre. Y antes buh, ¡qué va! No podía. Y ahora en cambio, no me hace falta." (E_{ME2})

Otros factores que pueden estar influyendo en la disminución del deseo son los problemas personales y emocionales que tienen los entrevistados.

«A raíz de lo de mi madre la verdad es que estoy muy inapetente (…) Pero yo te digo que a raíz del problema de depresión a causa del VIH, de la falta de los seres más queridos y de muchas carencias… afectividad, refiriéndome a encontrar una pareja y tal pues, la verdad es que tengo la libido apagada. No me apetece sexo en este momento. En este momento no me apetece buscar a nadie." (E_{HH4})

En relación al deseo de procreación, las opiniones entre los informantes son dispares. Algunos cuentan que no han sentido la necesidad de tener descendencia, algunos influidos también por su condición de homosexual.

"No es una cosa que digamos que si me pasara algo me voy sin cumplir de este mundo." (E_{HH4})

Otros habían tenido hijos antes de adquirir el VIH y tenían claro que no querían tener más.

" No, no quería tener más hijos, lo tenía muy claro (…) Y ahí, evidentemente cuando nació y le vi la cara, le prometí y me prometí a mí mismo que no tendría más hijos porque para mí en aquel momento, te estoy hablando que tenía 30 años; no, no los tenía todavía. Pues ya era un no sé, traer seres humanos a este mundo ya lo veía como un casi delito por lo que yo intuía o inducía lo que podía venir: lo que está ocurriendo en este momento." (E_{HH2})

En el caso de dos de los hombres heterosexuales entrevistados, sus mujeres se habían quedado embarazadas en un par de ocasiones pero abortaron, bien de manera espontánea o a través de intervenciones quirúrgicas.

«Yo es que perdí… mi mujer abortó dos veces. La primera fue por un problema que tuvo que afectó al embarazo y abortó. Y el segundo ya se ve que estaba el VIH por el medio y también abortó. Simplemente un día tuvo un pequeño derrame y eso, y lo que había tirado era el feto. Sí que dolió y mucho." (E_{HE2})

Dos de las mujeres participantes se quedaron embarazadas cuando ya eran VIH+ y decidieron continuar con el embarazo.

«Tuvimos un hijo a los 30 años, a los 10 años de estar juntos (…) Y bueno, nació mi hijo. Yo soy de las que… en aquel momento tampoco había tanta culpabilidad, a ver, estás matando la vida de tu hijo ni todas esas cosas. No se criminalizaba tanto como ahora. Entonces yo me quedé embarazada de forma natural y decidí tener un parto en casa y amamantar a mi hijo y es lo que hice (…) Mi hijo lo parí en casa con un parto natural. Lo amamanté durante 14 meses. Yo era consciente y responsable, y hoy por hoy lo sigo siendo,

de que es posible transmitirlo con el tanto por ciento bajísimo, bajísimo. Y me hacía cargo de la situación y también entiendo que nacen niños con diabetes, nacen niños con cáncer que se mueren con dos años, nacen niños con muchos problemas y que el hecho de tener un hijo implica que puede que tenga una enfermedad como no. Yo no busco niños a la carta." (E_{ME4})

Finalmente, una de las participantes optó por la adopción.

" Y una de las ilusiones de mi vida era ser madre, una de las cosas que más me afectó fue el médico me dijo "no es que no puedas tener hijos es que no debes". Porque en aquella época no era como ahora que las posibilidades de transmitirlo antes eran altas. A mí me dio mucho miedo y hubiera sido incapaz de arriesgarme, yo creo. Mi deseo era tanto de ser madre en ese momento que una asociación que estaba yo metida me dijeron que porqué no lo intentaba y tal. Y tuve la suerte que como mi pareja era seronegativa pues se suponía que si a mí me pasaba algo, me moría, pues se quedaba con él (…) Incluso tengo que decirte que decidimos no poner demasiadas pegas, sólo pusimos como pega que no tuviera parálisis cerebral, pero no nos importaba que fueran hermanos, de 10 ó 12 años, sexo, ni si había nacido sano entonces eso entraba también en que pudiera ser un niño o niña seropositiva. Y al final fue eso lo que nos dieron: un bebé de 13 meses que había nacido seropositivo aunque luego negativizó. Ahí me sentí fuerte y preparada en ese momento porque pensé que si me puedo cuidar a mí misma puedo cuidar de ella aunque no negativice." (E_{ME5})

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD

Como ya he comentado anteriormente, los aspectos psicológicos de la sexualidad se han integrado en tres subcategorías que son las siguientes: vida sexual, limitaciones en la sexualidad y los miedos y sus consecuencias.

Vida sexual

En general, los informantes califican la manera en que vivían sus relaciones sexuales previamente a ser diagnosticados como libres.

"Y mi sexualidad la vivía de una manera muy libre y muy, a ver, yo llegué a tener 3 parejas y las 3 parejas lo sabían, a la vez." (E_{ME5})

Aseguran que antes su sexualidad la vivían de una manera más espontánea, sin pensar en las consecuencias ya que desconocían los peligros que existían.

"Vamos a ver, eran más libres, eran más sin pensar en que iba a transmitir o me lo podían transmitir. Yo no era consciente de todos los problemas. Y entonces disfrutaba, eran más espontáneas, más espontáneas y más… no sé cómo decirte, otra palabra relacionada, otro sinónimo de espontánea… (…) Pues sin miedo, sin ningunos pájaros que volaran alrededor ¿no? cuando tenía relaciones, más naturales, más… no sé, no sé si más sinceras ¿no? no sé si más sinceras, a lo mejor no, pero sí que eran espontáneas (…) Antes eran relaciones más espontáneas, más sin sentido (…) Antes había más juego por las dos partes, yo me dejaba jugar y la otra persona se dejaba jugar entonces había una complicidad entre la otra persona y yo." (E_{HH3})

Las relaciones sexuales anteriores al diagnóstico se basaban en relaciones esporádicas donde le daban más importancia al sexo que a la afectividad.

"*Antes de jovencito era más de las relaciones esporádicas, bueno, pues esta noche la pasamos juntos, pum pum pum pum y se acababa."* (E_{HE2})

"Antes consumía placer." (E_{HH1})

"*Cuando tenía 20 años era sexo puro y duro, por decirlo de alguna manera. Pues lo que buscabas era pues una felación, pero al mismo tiempo yo siempre he sido una persona que dentro de esa parte de sexo puro y duro también siempre buscaba algo de ternura, de cariño, de afecto."* (E_{HH2})

"Cuando era mucho más joven sí que sentía necesidad de tener relaciones aunque fuesen esporádicas si no encontraba a una persona en mi vida, sí que tenía relaciones esporádicas." (E_{HH4})

Aparecen algunos sentimientos negativos asociados con el descubrimiento de la homosexualidad.

"Antes cuando prácticamente estaba descubriendo la homosexualidad, mis primeras relaciones incluso años posteriores, a veces que tenía relaciones me sentía un poco sucio. Pensaba que ese tipo de relaciones no eran del todo correctas o lógicas o normales ¿no? "(E_{HH3})

Actualmente, la manera en que los participantes viven sus relaciones sexuales es distinta para cada uno de ellos. Alguno de los entrevistados nos cuenta que ahora se cuidan sexualmente más que antes.

"Ha cambiado en la forma de cuidarse. De repente te puede pasar que una persona negativa y sí, de repente buscas la forma de cuidar, de no hacer líos y no transmitírselo a la otra persona." (E_{ME1})

"Cuando estoy con Josele como le quiero tanto y él me quiere tanto, pues todo lo hacemos por el bien del otro y en eso está el no correr riesgos por el bien del otro y por el bien mío. Entonces es más placentero, más seguro, más bonito." (E_{HH1})

Para alguno de los informantes, el hecho de poder transmitir el VIH hace que sus relaciones sexuales no sean tan espontáneas como le gustaría.

"No son tan espontáneas. Me refiero tan espontáneo pues si tengo, si me apetece que me hagan una felación pues ahí me paro ¿no? y digo "pues no, porque hay riesgo tal cual", entonces me paro. Si me apetece que me penetren sin condón, me paro también porque sé que es una práctica de riesgo entonces me paro. Algunas veces, también yo me paro por no contagiarle y también porque no me reinfecten ¿no? Tengo miedo de que me peguen una ETS o hepatitis y tal, entonces pues no hay esa naturalidad como había antes que no sabía el resultado ¿vale? No hay esa naturalidad, esa espontaneidad en mis relaciones. Están todas planificadas, planificadas no pero sí que pensada en el momento. Estoy en el momento y me apetece y "no, esto no lo puedo hacer porque esto tal" ¿sabes? Pienso más. Entonces eso le resta espontaneidad, naturalidad y le resta también placer (…) Ahora esa complicidad no existe porque me limito única y exclusivamente a que él no me haga nada, se lo hago todo yo

a él. Y así sé lo que puedo hacer y no puedo hacer, entonces ahí controlo yo. Cuando yo soy el activo, controlo yo entonces ahí me da seguridad y yo me siento mejor." (E_{HH3})

Otros de los entrevistados nos cuentan que han dejado de tener relaciones sexuales con otras personas.

"Conmigo misma, yo sola (…) ¿Que no tengo una relación sexual con otra persona? 5 años." (E_{ME3})

«No tengo relaciones últimamente y si las tengo son muy de tarde en tarde (…) La sexualidad ahora mismo no es una cosa que me preocupe (…) Me siento bien pero sexualmente no echo nada en falta, no busco. Te hablo bajo mi experiencia ¿no? lo que yo estoy viviendo. Otras personas con más años que yo por supuesto que tienen una vida activa sexualmente, más plena, activa y continuada (…) Desde hace muchísimo tiempo las penetraciones ni las busco por ningún sitio. Las penetraciones las he eliminado. La intensidad, el tiempo…o sea, te estoy hablando de relaciones esporádicas. El tiempo, yo antes lo alargaba más y ahora pues cuanto antes mejor, quiero irme enseguida y acabar cuanto antes. He notado esos cambios (…) Pero para una relación esporádica en mí ha cambiado mucho desde el VIH, ha cambiado muchísimo mi vida. En todo. Y una de ellas en el sexo (…) Yo es que no me acuesto con nadie desde hace tiempo. La última persona con la que estuve era seropositiva fue hace 5 años y las pocas relaciones que haya podido tener, que dejé yo la relación hace 5 años era seropositivo, como ya he dicho y las veces que yo luego he tenido sexo han sido esporádicas, muy de tarde en tarde." (E_{HH4})

«Actualmente, como yo quiero tener un hombre de verdad pues no hago muchas cosas (…) No me apetece ya polvos esporádicos. Es que no me apetece nada. Será la edad, será no sé… y no encuentro hombres." (E_{ME2})

Como hemos señalado anteriormente, algunos participantes toman medicación para apaliar los efectos secundarios que producen los antirretrovirales y conseguir una erección.

«Yo me tomo 25mg de viagra cuando… no es que diga que me la tomo siempre cuando queremos tener relaciones pero si queremos tener una relación plena, placentera, con penetración y tal, pues sí. Si queremos tener una relación sin penetración, no me la tomo.

Pero sí que si quiero tener una relación placentera pues me tomo eso, 25 mg de viagra y con eso está funcionando bien, no tengo ningún problema." (E_{HE1})

Otra de las diferencias que se pueden apreciar en los discursos de los distintos informantes es que ahora realizan conductas sexuales más variadas.

"Vivo la sexualidad de otra manera. Antes era más mete-saca y ahora hay una serie de juegos sexuales, eróticos…" (E_{HE2})

"Yo tampoco necesito la penetración cada vez. Se me puede penetrar con otra cosa que no sea el pene también. Quiero decir… para mí la sexualidad es un abanico de posibilidades, no es solamente penetración. La penetración es una parte más de la sexualidad, pero vamos, se puede disfrutar muchísimo sin penetración también. O penetrándote con un objeto o con una mano o con un dedo. Yo tengo un concepto amplio (…) Yo soy una mujer que también tengo relaciones sexuales anales, te quería comentar eso porque eso se habla muy poco de eso, que las mujeres también practicamos el sexo anal. Es que se habla muy poco. Se habla tan poco. Siempre se habla de "ai, los homosexuales porque los homosexuales". Y yo una vez me planté delante de un homosexual y le dije "oye, que yo soy una mujer pero también tengo culo, tengo boca, culo y vagina" y utilizo todos mis orificios porque me resulta placentero y, si a la otra persona también le resulta placentero, yo accedo." (E_{ME4})

"Mi cuerpo está bastante cascado entonces me lo tomo todo con mucha calma, hay mucho de Voyeur, hay mucho de hacer las cosas todo en hedonismo placentero. ¡Ojo! Como la película de James Bond ¿no? sólo para tus ojos. Pues eso es lo que hago: disfruto del placer. Antes consumía placer. Puedo irme con una persona y hacerla que se duche delante de mí simplemente por verlo cómo se ducha, por ejemplo, o que se masturbe. Verla cómo se masturba, cómo se le hinchan los huevos… cada uno tenemos nuestro puntito. Yo prefiero ver cómo se van hinchando los huevos, cómo se va a correr, la cara que pone, los gemidos cómo son… (…) Yo es que vivo una sexualidad muy relajada, muy bonita, muy sensual y muy erótica (…) Voy concienciado cuando voy a la cama, procuro no correr riesgos, sacarle punta por otro lado al tema, a la sexualidad. No solamente hay penetraciones y mamadas, hay muchísima cosa más de sexo. Y yo casi prefiero quedarme con ganas de correrme porque la próxima vez voy con más ganas ¿sabes? Que quedarme corrido porque cuando me corro

se acaba. Entonces lo que hago es aguantarme, que se corra el otro y yo le digo "mira, Josele, que calent estic, tocame-la". Me gusta más eso. Yo tengo problemas de correrme ¿no? Entonces a veces me canso de masturbarme porque estoy flojito, estoy cansado entonces prefiero quedarme con las ganas, me gusta que se corra él y yo si me corro bien y si no me corro pues mejor, para la próxima." (E_{HH1})

Algunos de los entrevistados explican que utilizaban la autoestimulación en épocas en que no tenían relaciones sexuales con otras personas.

" Sí, sí que me he masturbado y me masturbaba mucho cuando no tenía relaciones que dejé de tenerlas por el tema del VIH, los primeros años fueron muy duros. Entonces sí que me masturbaba. Creo que es una necesidad física (…) Ahí intentaba suplir la falta de pareja con fantasías." (E_{HE2})

" Durante todo ese periodo yo me he masturbado, bueno, me parece una técnica fantástica y vamos, esa era la relación sexual que tenía, conmigo misma sí. Conmigo misma la he mantenido (se refiere a los 5 años en los que estuvo sin mantener relaciones sexuales con otras personas)." (E_{ME4})

"En épocas anteriores sí, cuando no he tenido pareja o alguien con quien desahogarme sexualmente, sí." (E_{HH2})

Otros nos cuentan que se masturbaban en mayor medida cuando eran jóvenes que ahora.

"Me masturbo delante del chaval a lo mejor. Pero sola no. Cuando era más joven cogía el grifo de la ducha… todos los días. Ahora ya no. Y yo creo más que nada que es la edad también. Que te hace que quieras otras cosas." (E_{ME2})

" Cuando era más jovencita, me masturbaba mucho más que ahora. No sé si es que ahora no me hace tanta falta, no lo sé. Que estoy más satisfecha sexualmente quizás, no lo sé. Pero el VIH no tiene que ver, para nada. Y más en el tema de la masturbación que soy yo sola la que está en juego." (E_{ME5})

Sin embargo, una de las participantes reconoce que se masturba desde que era una niña.

«Yo, lo que sí que he tenido es que yo la masturbación la utilizo de forma continua, desde que era una niña muy pequeña (…) Con pareja también me masturbo porque hay momentos en los que yo estoy excitada sexualmente y estoy sola (…) Cuando era una adolescente, cuando era una niña, cuando era una adolescente y cuando era una mujer joven con mi pareja también ha sido un alivio la masturbación porque hay épocas que tienes… cuando la relación es muy larga, las relaciones sexuales también van cambiando y a lo mejor no son tan continuadas y bueno, pues una tiene sus momentos." (E_{ME4})

Aunque la manera de expresar y vivir las relaciones sexuales de los participantes haya cambiado tras el diagnóstico por diferentes motivos, la mayoría relata que actualmente sus relaciones sexuales son más placenteras que antes.

«Ahora son más que antes. Ya no solamente por la edad obviamente, sino por todo. Personalmente el tema de ser seropositivo, el tema de las drogas, claro. Ahora son mucho más placenteras que nunca." (E_{HE1})

» Yo creo que con lo del sexo también es un aprendizaje entonces…no sé cómo explicarlo, pero hay cosas que cuando yo era jovencita a lo mejor no disfrutaba de ellas y ahora sí porque…pues bueno, maduras y decides qué te gusta qué es lo que no y lo pones en práctica sin ningún tapamientos, no sé." (E_{ME5})

Sin embargo, no todos los entrevistados sienten que su vida sexual haya mejorado.

» Hay muchos factores que me indican que no son igual de placenteras que antes, es decir, la edad, con el tipo de medicación me produce impotencia entonces con impotencia no son tan satisfactorias las relaciones. Pero si tuviera que elegir, elegiría no tener el VIH y que fueran más espontáneas y que fueran más sin ser estudiadas." (E_{HH3})

Una de las participantes que lleva cinco años sin tener relaciones sexuales con otra persona nos cuenta que lo echa de menos.

«Lo echo de menos pero me aguanto. Yo echo de menos tener una relación con un hombre pero me aguanto. Sé, no sé por qué, pero sé que voy a estar ya sola el resto de mi vida." (E_{ME3})

Limitaciones en la sexualidad

Como ya se ha comentado anteriormente, la medicación para el VIH puede causar disfunción eréctil en el hombre. También encontramos que a algunas personas del estudio les cuesta alcanzar el orgasmo, pero se desconoce si es por la medicación, la edad, el estado anímico, etc.

«Me cuesta muchísimo correrme. No sé… antes… claro, a lo mejor era más joven, no lo sé, menos experiencia. Y claro, flipaba más con las cosas. Es que ahora mismo me cuesta pero muchísimo. Y antes, en cambio, no." (E_{ME2})

Una de las mujeres del estudio, que lleva cinco años sin tener relaciones sexuales con otras personas, nos cuenta que a raíz de ser diagnosticada como VIH+ ha perdido todo a la hora de compartir su sexualidad con otra persona.

"He perdido todo. Sexualmente, para compartir, lo he perdido todo. No lo comparto con nadie. No comparto con otra pareja, con una persona, no comparto prácticas sexuales. He pasado de compartirlas a yo sola conmigo misma (…) No son igual de placenteras. Y pareja estable ya ni te digo… para mí es imposible. Si las mujeres sanas no consiguen tener una pareja estable, cómo la voy a tener yo." (E_{ME3})

Nos encontramos con que cada uno de los entrevistados tiene distintas barreras para con su sexualidad que hacen que ésta esté de algún modo limitada. A uno de los entrevistados lo que más le preocupa es el hecho de tener que tomar medicación para conseguir la erección.

» Tener que recurrir a la clínica para poder… esto suena muy machito pero… para poder rendir. Tiene que ver con recurrir a la clínica, es decir, con la viagra. Con 46 años, 44 años aproximadamente porque es que las fechas tampoco las tengo muy claras, no me

hubiera hecho falta. No es para que ya tenga problemas. Por toda la medicación que he tomado, toda mi vida tomando medicación… me ha afectado, está claro." (E_{HE1})

Otros participantes del estudio explican que el VIH les ha condicionado a la hora de buscar una pareja sexual.

"A mí lo que me ha hecho es que no me valoro como soy. Me ha hecho más pequeñita. Y a lo mejor hay un chaval que me gusta y no lucho porque se fije en mí ni nada porque tengo miedo." (E_{ME2})

"Cuando estaba sin pareja estable sí que me resulta un poco difícil el llegar a la cama ¿no? Porque siempre son las dudas de se lo digo, no se lo digo. Si no se lo digo hemos de usar preservativo. Surgen esas dudas, yo no diría miedos pero sí una cierta inseguridad. Pero al final pues siempre prevalece pues las ganas que tengas, quiero decir si me apetece pues me lanzo y sino, pues no. Que es básicamente lo que estaba haciendo (…) Yo creo que vamos, que si no fuera seropositiva no me cortaría una mierda. Hubiera tenido más parejas o más rollos." (E_{ME5})

Por otro lado, el hecho de que el entorno de los participantes del estudio conozca su estado serológico también ha podido influenciar a la hora de relacionarse sexual y sentimentalmente con estas personas.

"Pienso que con algunas personas podría haber tenido otra serie de relación, aún más íntima, pero que por el VIH, no. He visto que ciertas personas sabían que yo era seropositivo y si yo no hubiera sido seropositivo, sino hubiera existido esa barrerita y hubiera habido algo más." (E_{HE2})

Para otros informantes, lo que más se ha visto afectado en su sexualidad es la falta de espontaneidad y el tener que eyacular fuera del cuerpo de la otra persona.

"Me fastidia mucho eso que te he dicho, la falta de espontaneidad, la falta de complicidad con la otra persona. Me fastidia bastante." (E_{HH3})

"Simplemente que hay cosas, como por ejemplo en una penetración el no correrte dentro de la otra persona sea en el culo o en la boca, lo único, lo demás…" (E_{HH2})

El hecho de tener que decir que se es una persona VIH+, para alguno de los entrevistados, se convierte en el mayor problema a la hora de tener relaciones sexuales continuadas con la misma persona.

"Para mí el problema mayor, si es que se puede denominar como un problema, para mí es que es un trabajo el hecho de tener que decirle a la persona con la que parece que ya vas a mantener relaciones más continuadas pues tener que presentarle tu analítica que digo yo. Tener que presentarle pues que eres una persona que a pesar de que parece que no, vives con dos virus, encima yo no vivo con uno vivo con dos, son dos virus mortales, eso está claro. Hoy por hoy son dos virus mortales. Es un trabajo, es un trabajo el hacer de quitamiedos porque encima aparte de que la persona se asuste, es muy lícito que se asuste encima tienes que consolar a la persona casi un poco, me parece." (E_{ME4})

Anteriormente se ha comentado que en alguno de los participantes la medicación que toman para el VIH ha causado cambios físicos como la lipodistrofia. Estos cambios en el cuerpo han provocado que estas personas sientan vergüenza a la hora de tener una relación sexual.

"Todo eso era producto de la medicación igual que la inflamación de la barriga de tantas medicaciones. Todas esas cosas, por ejemplo, cuando la barriga pues era un motivo para que en el sexo me echara para atrás. ¿Por qué? Porque soy de Valencia, me conocen en los locales donde yo frecuentaba y si me han conocido así y de pronto voy con una barriga así, las piernas delgadas, los brazos delgados y la barriga así de la medicación pues eso me echaba para atrás sexualmente, por ejemplo. Pensaba que iba a ir allí y me lo iban a notar, que me daba vergüenza, ni iba a la playa ni nada, ni voy a la playa por mi físico, por ejemplo (…) Luego los complejos que tengo a raíz del VIH hacen que sexualmente esté anulado en ese sentido. Me avergüenzo. No voy a la playa ni nada, me siento incómodo desnudándome delante de cualquier persona (…) No quiero que me vea nadie desnudo. Eso sexualmente pues claro que me daña aunque no lo creas porque si yo no me encuentro cómodo conmigo mismo eso también me tira mucho para atrás, por ejemplo. Para ir a una sauna pues no voy a la sauna porque allí se va con una toallita y no estoy para ir con una toallita, yo no me veo

(…) Eso a la hora de querer tener una relación me echa para atrás. Me refiero a una relación estable por eso suelo esquivar mucho a la gente, suelo asustarlos, no sé cómo explicarte." (E_{HH4})

Así se expresaba una de las participantes que lleva 5 años sin tener relaciones sexuales en pareja.

"Es que es… yo no mantener una relación sexual es por vergüenza. Yo sé que si mantuviera una relación sexual me tengo que desnudar, si me tengo que desnudar se me ve la lipo y no quiero pasar esa vergüenza. No quiero pasar… mi lipodistrofia que me la vean pues entonces." (E_{ME3})

En la mayoría de los entrevistados se produjeron estos cambios físicos en algún momento de su trayectoria como enfermos de VIH. Este hecho los llevó a que pasaran por un periodo de abstinencia sexual.

"Entonces tardé como 5 años en volver a tener una relación sexual. Porque no me encontraba lo suficientemente capaz, ni atractiva porque había sufrido cambios físicos porque yo he tenido lipodistrofia y lipohipertrofia también que lo producen las medicaciones… (…) Yo en ese momento no podía compartir ni mi vida, ni mi cuerpo con nada, con nadie porque estaba… no estaba, estaba bastante mal." (E_{ME4})

"Antes cuando tenía lipodistrofia pues me paraba bastante. Incluso no me atrevía ir a sitios de cruising para tener rollo porque se me notaba. Prefería quedarme en casa, masturbarme y no tener rollo. Y estuve un montón de años sin tener actividad sexual porque me daba palo." (E_{HH3})

"He estado 9 años sin tener ningún tipo de contacto sexual. Nada (…) Porque me quedé muy delgado, porque perdí cuerpo, perdí mi cara, porque perdí la fuerza, se me fue el brillo de los ojos, porque pensaba que yo no merecía tener sexo… me castigaba. Y yo no quería sexo." (E_{HH1})

Algunos de los informantes refieren haber pasado por una etapa de abstinencia sexual tras el diagnóstico por miedo a poder transmitir el virus.

"Cuando fui diagnosticado tuve un tiempo que me costó bastante mantener relaciones (…) Es decir, te marcaba el que eras seropositivo y evitabas mantener relaciones sexuales porque a mí me daba miedo." (E_{HE2})

"Después de ser diagnosticado estuve una temporada grande que no tenía relaciones, me daba miedo ¿no?" (E_{HH3})

Una de las participantes nos cuenta que dejó de tener relaciones sexuales hasta que conoció a un chico VIH+.

"Estuve mucho tiempo sin… Cuando me entero ya me paro hasta que conozco un chico que es seropositivo y tengo una relación con otro seropositivo." (E_{ME3})

Los miedos y sus consecuencias

Dado que los participantes del estudio tienen la carga viral indetectable, el miedo a poder transmitir el VIH es mínimo. Además, cuando mantienen prácticas sexuales por lo general utilizan protección con lo que el porcentaje de trasmitir el VIH se reduce.

"*En una relación con preservativo no asumo ningún riesgo. No puedes estar pensando qué porcentaje mínimo que pueda haber, que sería más mínimo todavía, yo tengo la carga viral indetectable y la posibilidad de que yo transmita el virus es mínima porque no tengo virus en sangre. Pero como es una posibilidad aunque sea entre un millón pues está claro (…) Ni tengo miedo ni pienso en ello. De todas maneras es que las posibilidades son… Hay un estudio que hicieron y salía, no me acuerdo, pero es que era 0,00 un mogollón de ceros. Las probabilidades son mínimas. Tienes más posibilidades de que te toque la lotería a que puedas transmitir el VIH teniendo la carga viral indetectable como yo la tengo. Además no hago nada sin preservativo, así que no lo pienso."* (E_{HE1})

"*De transmitirlo no porque si yo las tuviera usaría preservativo, seguro."* (E_{ME3})

Aparte de que el tener la carga viral indetectable y el uso del preservativo reducen el miedo a poder transmitirlo, una de las entrevistadas nos comenta que la transmisión de mujer a hombre es más difícil y eso le da cierta tranquilidad.

"¿Qué pasa? El virus de mujer a hombre es muy difícil de transmitirlo entonces es como que estás más relajado ¿me entiendes? No es lo mismo que un hombre a una mujer que tiene un poco más de posibilidades de transmitirlo si tiene más que nada, carga viral." (E_{ME1})

No obstante, para algunos aun sabiendo la forma de evitar la transmisión el miedo sigue estando presente.

"Subconscientemente sí que lo pienso pero, a ver si me entiendes, no me sale tan florido en el cerebro. Subconscientemente lo tengo ya ahí. Tengo miedo a pegarle a alguien algo. Pero bueno, también me dejo llevar." (E_{ME2})

"Miedos, miedo de si la otra persona está sana, si corre algún riesgo por cualquier cosa aunque sé cuáles son los medios de infección pero aun así siempre te queda esa cosa, de no sé, ahí en la cabeza." (E_{HH4})

Algunos de los entrevistados tienen o han tenido miedo a transmitirlo pero a través de otras vías al margen de la sexual.

"Sigo teniendo miedo a transmitir el VIH porque piensa que no solamente es a nivel de semen también es sanguíneo, entonces cualquier problemilla, un corte o algo… yo pues suelo curarme yo mismo la herida, no dejo que nadie me toque." (E_{HE2})

"El daño psicológico que tengo de los años que me he tirado sin querer ir a casa de mis hermanos, sin querer darle un beso a un sobrino mío pensando que yo les podía lastimar, les podía hacer daño. Comer en su casa, comer con un cubierto de ellos, o sea, ese daño psicológico que me ha hecho a mí el VIH que hoy en día parece que hay un poquito más de claridad sobre el tema es irreparable, en mi caso." (E_{HH4})

Otros se quedan más tranquilos cuando le cuentan a su pareja sexual que son seropositivos. De alguna manera, la otra persona sabe que hay un cierto riesgo de contraerlo pero acepta de manera consciente asumir ese riesgo.

"Porque acostarse con un seropositivo por mucho preservativo que utilices y tal siempre puedes correr un riesgo de que se rompa el preservativo. Pero yo ya se lo dije para tener una tranquilidad y no tengo ningún problema." (E_{HE1})

"Evidentemente que los miedos existían es por eso que decidimos ir a ver a la infectóloga y ella nos ha explicado que no debía culparme si pasara algo, ya que él sabe de mi serología, ahí fue cuando nos liberamos los dos." (E_{ME1})

Una de las entrevistadas nos cuenta que en una ocasión manteniendo una relación sexual con una persona seronegativa se les rompió el preservativo.

"Sí, sí, he tenido miedo. Antes tenía miedo y menos mal que… había un chaval que se hizo un análisis, porque se nos rompió un día un condón y le salió negativo, menos mal. Si me dice que tiene algo es que me rompe la vida. De eso sí que tengo miedo." (E_{ME2})

No sólo existe miedo a poder transmitir el VIH, sino que entre los participantes del estudio hay un miedo generalizado a poder adquirir otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

"Ahora mismo estoy en un punto que me da más miedo otras enfermedades de transmisión sexual que lo que es el VIH. Porque el VIH digamos después de tantos años ya te lo manejas, sabes lo que hay, sabes cómo cuidarte, sabes lo que tienes que hacer y lo que no. Y no, ahora pues no sé, por ejemplo pues no sé nada de la gonorrea, del herpes genital y entonces quizá me da más miedo, tampoco sería miedo la palabra… no me apetecería, ya tengo un pack pues no me apetece ir sumando." (E_{ME5})

Uno de los participantes nos cuenta que manteniendo relaciones sexuales con prostitutas sentía que podía adquirir una ITS.

"Y como se prostituían… yo ahí sí que me protegía yo en la medida porque pensaba que ella era la que podía pasarme las enfermedades de transmisión a mí. Entonces me protegía por eso." (E_{HE2})

"Tengo miedo de que me peguen una ETS o hepatitis y tal." (E_{HH3})

El virus del VIH tiene distintas cepas, con lo que se podría producir una reinfección entre personas VIH+ que tuvieran cepas diferentes. Por eso, algunos de los entrevistados tienen precaución aun cuando mantienen relaciones sexuales con personas VIH+.

«Yo con cuidado… primera, de no contagiarme, volverme a contagiar; segunda, de no contagiar a nadie. Pero primera, no volver a contagiarme porque yo tengo hepatitis B también, yo tengo coinfección, lo mío no es broma. Lo mío es una bomba andando (…) Yo no me arriesgo ni a contagiar ni a que me contagien." (E_{HH1})

Una de las entrevistadas nos cuenta que a ella el tema de la reinfección no le preocupa.

«Cuando el matrimonio se rompe y tal pues yo empiezo a tener digamos, parejas seropositivas también y veo que el tema de la reinfección no me va a preocupar y decido disfrutar del sexo sin condón." (E_{ME5})

Aun habiendo miedos a poder transmitir el VIH y miedos a poder contraer alguna ITS, la mayoría de los informantes explican que en el momento en que están manteniendo relaciones sexuales consiguen centrarse en lo que están haciendo.

«Yo me abandono. Cuando entro en el momento de entrar en la relación sexual yo me abandono. Me abandono al disfrute y a la lujuria, incluso. Me abandono totalmente. O sea, tengo esa capacidad. Desconecto de los problemas, los dejo fuera de la habitación o de donde esté practicando el sexo." (E_{ME4})

Incluso el hecho de que la otra persona sea VIH+ ayuda a disfrutar del momento.

"En el momento cuando estoy con una persona, sabiendo que él es positivo es como que uno se relaja más." (E_{ME1})

Sin embargo, no todos refieren poder abandonarse mientras mantienen relaciones sexuales.

"Pues últimamente, partiendo de la base de que desde que lo sé siempre he tenido miedos pues cuando lo he hecho no he dejado de… no logro evadir, o sea, quitar de mi mente que eso está ahí, eso es una barrera y me corta mucho ¿no? me corta (…) No sé qué me pasa que no estoy cómodo, esa es la palabra, cuando tengo relaciones sexuales. No estoy cómodo." (E_{HH4})

"Es la cabeza la que a mí me oprime. Cuando a lo mejor el otro me quiere chupar aquí o ahí abajo y tal y yo "no, no, tío, no me gusta" ¿sabes? Siempre poniendo alguna barrera." (E_{ME2})

En relación a si prefieren mantener relaciones sexuales con personas seropositivas o seronegativas podemos observar opiniones distintas entre los informantes. Algunos prefieren que su pareja sea VIH+ para estar más relajados en sus relaciones sexuales.

«En este momento prefiero tener pareja seropositiva y no tener que usar preservativo que tampoco quiere decir que si llega el momento dado que conociera un seropositivo y por lo que sea, aparte del VIH, tenemos que utilizar preservativo… Siempre, yo te digo una cosa: prefiero sexo seguro a nada de sexo. Y, por otro lado puestos a elegir, prefiero sexo sin condón con la pareja seropositiva, pero bueno." (E_{ME5})

"En cuanto a estar tranquilo y estar seguro preferiría una persona que tuviera VIH ¿no? porque habría más complicidad, habría más buen rollo entre los dos si fuera VIH +." (E_{HH3})

"Yo si me saliese la persona me gustaría ¿me entiendes? quiero que, tiene que ser seropositivo. No entiendo las parejas serodiscordantes (…) Porque yo no podría. No podría." (E_{HH4})

Hay también algunas posturas claras que prefieren lo contrario.

"Yo siempre me he dicho que no iba a tener una relación con una persona que tuviera el VIH. No podría soportarlo otra vez. Pero tener una relación con una persona que tenga VIH… el infierno que pasé… no sería capaz de volver a soportarlo." (Su mujer murió a causa del VIH). (E_{HE1})

"Como preferir, preferiría que una persona sana se enamorara de mí y yo me enamorara de ella. Como preferir. Pero como sé que eso va a ser imposible porque lo creo, creo que la única opción sería con otro seropositivo." (E_{ME3})

"Pero puestos a elegir elijo que no sean VIH, que sean seronegativos porque me lo paso mejor con un seronegativo. No hay impedimento por mi parte para que haga prácticas que con una persona seropositiva no podría hacer." (E_{HH3})

Una de las entrevistadas nos explica que cambió de parecer tras tener una relación con un chico seropositivo.

"Hace unos años te puedo decir que tenía clarísimo que sí, que quería hombres seronegativos. Hace unos años te aseguro que sí. Pero cuando me enamoré de este chico se me rompieron todos los esquemas porque yo no quería jóvenes ni seropositivos y él era joven y seropositivo y me enamoré de él como una niña totalmente, como una adolescente, me enamoré locamente. Me da igual si tiene VIH como si tiene yo que sé, un yate… Sí, realmente me importa poco la edad, el sexo ya me importa poco también ya me he planteado que me importa poco si la persona es la persona que me gusta y con la que soy feliz y yo también soy su persona feliz. El color…es que me da igual… el estatus social…" (E_{ME4})

En esta línea, algunos de los participantes refieren que no tienen preferencias.

"Vamos a ver… la diferencia es lo que uno siente por la persona. Y si de repente aparece la persona, yo por lo menos no tengo diferencias." (E_{ME1})

"Que estén buenos y que sean morbosos, que tenga unos buenos dedos, que sean simpáticos y que me hagan reír." (E_{HH1})

ASPECTOS SOCIALES DE LA SEXUALIDAD

Dentro de los aspectos sociales de la sexualidad encontramos cuatro categorías y una subcategoría que la hemos llamado protección sexual.

En referencia al concepto de sexualidad, los participantes del estudio muestran opiniones muy variadas. Sin embargo, cuando se les pregunta por este concepto, la mayoría asocia palabras como placer o disfrute en su definición. Asimismo, algunos la definen como una manera de sentir placer.

"Placer sexual." (E_{ME3})

"La sexualidad para mí es una forma de satisfacción carnal, es pasárselo bien con un chico, con la pareja que hayas elegido. Pasártelo bien sexualmente." (E_{HH3})

"La sexualidad en sí son las relaciones sexuales ¿no? Entre una pareja o entre un hombre y una mujer, entre un hombre y un hombre que tienen relaciones sexuales. Pues tener una relación con otra persona para sentir placer." (E_{HE1})

Otros informantes contemplan en sus definiciones elementos que hacen referencia a los aspectos más afectivos de la sexualidad.

"Para mí la sexualidad son caricias, son abrazos, son sentimientos, es comunicación. Ya no es sólo lo que es en sí el sexo, la penetración o una felación." (E_{HH2})

Algunos de los entrevistados opinan que la sexualidad es una parte más del ser humano.

" Creo que es una parte más de la vida. La sexualidad es algo que va ligado con nosotros. Es decir, somos seres sexuados ¿no?" (E_{HE2})

"La sexualidad para mí es una parte importante en la vida de las personas, una necesidad básica para mí." (E_{ME5})

"Bajo mi punto de vista es una necesidad fisiológica que tenemos todo ser humano, el desahogarnos, el querer tener contacto con otra persona y necesidad de caricias, de afecto, de muchas cosas." (E_{HH4})

En otras opiniones encontramos que se hace distinción entre la sexualidad con amor y la sexualidad sin amor.

"O sea, la sexualidad es muy amplia ¿no? está la sexualidad con amor y la sexualidad sin amor también simplemente por puro placer." (E_{HH4})

" Es que yo para mí… a ver… sexualidad con amor, sexualidad pues cuando dos personas se juntan y se dan gusto mutuamente. ¿Sexualidad? Pues algo de sexo. Pero no tiene porqué la sexualidad estar… tú puedes hacer el amor y a lo mejor a esa persona no la quieres, simplemente es una atracción de un día. A mí me ha pasado (…) Sexualidad es una cosa y el amor es otra cosa. El amor con sexualidad es otra cosa." (E_{ME2})

En torno al tema de revelar el estado serológico a las personas con las que se mantienen relaciones sexuales encontramos dos opiniones bien diferenciadas. Algunos de los entrevistados lo dicen siempre que tienen una relación sexual; otros, en cambio, no lo revelan a no ser que las intenciones para con la otra persona sean de tener una relación más estable.

Dentro de los informantes que cuentan que lo revelan, encontramos a los que lo dicen para liberarse del miedo de transmitir el VIH ya que diciéndolo la otra persona asume el riesgo de manera consciente.

"Porque yo con Lucía, que es mi pareja, yo antes de acostarme con ella le dije que tenía el VIH, que era seropositivo. Pues le dije eso, que ella decidiera por no tener yo miedo de infectarla, de transmitírselo." (E_{HE1})

"Porque primero cuando yo voy con alguien a la cama es porque ya hay algo de repente que no sé si va a ser para largo o no porque se puede cortar enseguida pero no me gusta mentir. Esto es algo que por si lo que pudiera suceder se contrae o lo que fuese, el cargo de conciencia no iba a ser mío. Es un consentimiento entre dos. No me gusta mentir entonces sábelo, si lo aceptas así, genial; sino lo aceptas…" (E_{ME1})

Otro de los motivos que encontramos para decir que son VIH+ es la necesidad de decirlo para sentir que no están mintiendo.

"Sí. Porque estamos manteniendo una relación sexual y creo que lo debe saber. Si hablo no, pero si voy a tener una relación sexual o si la tengo, como me pasó con un chico antes de mi pareja que primero mantuve relaciones sexuales pero luego a la tercera o a la cuarta y se lo tuve que decir por como soy yo." (E_{ME3})

"Es que si estoy con una persona aunque se haya puesto un condón, por la mañana yo me siento mal por no decirle lo que tengo, a mí me ha pasado (…) Pues yo ahora me siento… muchas veces estoy con alguien y me siento como si no lo digo reviento. Y antes pues no tenía esa presión." (E_{ME2})

Uno de los informantes nos cuenta que cree que tiene que decirlo para que sea la otra persona en última instancia quien decida si quiere o no mantener una relación sexual con una persona VIH+.

"*Creo que lo tengo que decir. Creo que tengo que ser con esa franqueza por eso en el intervalo de esas parejas, cuando he tenido relaciones pues eso, de una noche; pues creo que hay que decirlo porque creo que si no lo digo estoy haciéndolo mal y la otra persona le puede sentar bien o le puede sentar muy mal, como te he dicho (…) Porque creo que hay que decirlo, no sólo poner los medios porque incluso hay gente que aún poniendo los medios no quiere estar con una persona que es portadora."* (E_{HH2})

Uno de los motivos que encontramos en los discursos de los participantes del estudio para no revelar su estado serológico a sus parejas sexuales es el hecho de que no tienen ninguna obligación ya que ellos conocen la manera de prevenir la transmisión y ponen los medios necesarios para que no se produzca.

"*No porque si tú tienes una relación con una persona dos veces en tu vida y pones medios y tal, qué necesidad hay si no lo vuelves a ver tampoco lo vas a llamar para decirle "oye, mira, como no nos vemos tengo que decirte que yo tengo VIH". Para qué, sabes*

perfectamente que riesgo 0 e incluso te diría que riesgo 0 aun sin protección porque soy una persona con la carga viral indetectable." (E_{ME4})

"Pues creo que no tengo ninguna obligación siempre que practique sexo seguro (…) Ahora, lo que está claro es que si es una persona con la que empiezo una relación, la primera vez no se lo digo pero luego ya me planteo que esta persona me gusta, me gustaría estar con él más veces entonces sí que me lo planteo decírselo." (E_{ME5})

"No, no lo revelo. Porque no tengo porqué revelarlo. Mientras que yo sepa cómo protegerme y qué hacer, no tengo porqué revelarlo." (E_{HH3})

Alguno de los entrevistados nos cuenta que otro de los motivos para no revelar su seropositividad en el VIH es el riesgo de que la otra persona lo rechace sexualmente. Entonces para evitar que esto suceda prefieren omitirlo.

"(…) no tengo por qué decirle nada a nadie. Aparte que cuando lo he dicho me ha salido por la culata." (E_{HH1})

" Entonces para qué voy a tener que pasar por ese mal trago, para qué hacerle pasar a él ese mal trago y para qué me voy a arriesgar a que me diga que no. Son muchos factores que sopesas y que al final decido normalmente no decirlo." (E_{ME5})

Entre los participantes del estudio encontramos que muchos de ellos tienen miedo a ser rechazados sexualmente por ser VIH+.

"Tengo miedo de que se enteren y la reacción que tuvieran conmigo. Miedo al rechazo y que la persona se enterara." (E_{ME3})

"Con mi anterior pareja que estuve saliendo ahora él no sabe nada de mi positividad ¿no? pero como no mantenemos, casi no hacemos prácticas de riesgo no quiero decírselo porque me da miedo en el momento que se lo diga que me deje. Entonces no le he dicho nada." (E_{HH3})

Una de las entrevistadas nos cuenta que antes sí que le preocupaba el rechazo pero que actualmente cabe la posibilidad de ser rechazada por ser VIH+ y lo acepta.

«El rechazo hoy por hoy, me preocupa poco. Sí que me ha preocupado en otros momentos. Es un hecho que te preocupe enamorarte de alguien, ya no solamente tener relaciones sexuales sino después de tener relaciones sexuales, enamorarte de esa persona, exponerle que tienes una enfermedad y que esa persona te rechace. Pero hoy por hoy me preocupa poco porque me enamoro menos y si me enamoro de una persona que no es capaz de asumir que yo tengo una enfermedad pues me desenamoro (…) Si alguien me rechaza de verdad es que realmente esa persona no es para mí. Y rechazarme me han rechazado por otras cosas sin tener VIH ¿a quién no le rechazan o le han rechazado? A mí me han rechazado a lo largo de mi vida y no tenía VIH y yo he rechazado y rechazo. Con lo cual el rechazo existe." (E_{ME4})

Algunos de los participantes han vivido experiencias de rechazo al decir que eran VIH+.

"Yo estuve saliendo con un chaval que era maestro que se supone que él tiene que educar a los demás. Iba a dejar a su pareja porque se venía conmigo tal y cual, era cuando yo tenía esa posición social y cuando le dije que era portador desapareció. No supe nada más de él. Nunca más se supo." (E_{HH1})

«También es verdad que he tenido rechazos de personas que no han querido tener relaciones sexuales conmigo por ser portador y cuando una persona te dice "no" pues como que te deja bastante frío el decir, es verdad que eso está ahí." (E_{HH2})

Anteriormente hemos comentado cómo se ha podido ver influido el deseo de ser madre o padre por el VIH. Dos de las participantes decidieron seguir adelante con el embarazo asumiendo los posibles riesgos, finalmente las dos tuvieron bebes VIH-.

«Quedé embarazada (la segunda vez, hace 13 años cuando ya era VIH+). Me fui a ver a los médicos, a la obstetra que me trató y me explicó que años anteriores sí había una transmisión, en este momento ya había un 0,01%, o sea, prácticamente nada de transmisión. Pero que se daba los retros a las mamás y al bebé cuando nacía, aparte de hacerle una

cesárea homeostática: aspiran la sangre, después lo sacan, no tiene contacto prácticamente con sangre y a partir de ahí le dan la AZT también durante 6 meses. Cosa que absolutamente jamás dio un resultado positivo, ni el primero, ni el último." (E_{ME1})

" (…) en aquel momento tampoco había tanta culpabilidad, a ver, estás matando la vida de tu hijo ni todas esas cosas. No se criminalizaba tanto como ahora. Entonces yo me quedé embarazada de forma natural y decidí tener un parto en casa y amamantar a mi hijo y es lo que hice (…) Mi hijo lo parí en casa con un parto natural. Lo amamanté durante 14 meses. Yo era consciente y responsable, y hoy por hoy lo sigo siendo, de que es posible transmitirlo con el tanto por ciento bajísimo, bajísimo. Y me hacía cargo de la situación y también entiendo que nacen niños con diabetes, nacen niños con cáncer que se mueren con dos años, nacen niños con muchos problemas y que el hecho de tener un hijo implica que puede que tenga una enfermedad como no. Yo no busco niños a la carta (…) Cuando yo me quedé embarazada le planteé al médico con el que estaba entonces que había decidido tener a mi hijo en casa y tal y amamantarlo, me miró y me dijo "¿perteneces a alguna secta?"." (E_{ME4})

En otro caso, una de las entrevistadas optó por la adopción recibiendo una niña VIH+ que luego negativizó.

"*La psicóloga me dijo que era curioso porque en mi caso, normalmente la persona que adopta es por dos motivos: o porque quiere tener descendencia y no puede o porque quiere ser solidario y quiere ayudar a un niño que lo necesita. La psicóloga dictaminó que en mi caso las dos cosas estaban muy equilibradas. Yo, en ese momento, era bastante activista en la lucha contra el SIDA y fui la primera mujer creo, en España no lo sé, pero en Valencia estoy casi segura en que consiguió la adopción (…) Incluso tengo que decirte que decidimos no poner demasiadas pegas, sólo pusimos como pega que no tuviera parálisis cerebral, pero no nos importaba que fueran hermanos, de 10 ó 12 años, sexo, ni si había nacido sano entonces eso entraba también en que pudiera ser un niño o niña seropositiva. Y al final fue eso lo que nos dieron: un bebé de 13 meses que había nacido seropositivo aunque luego negativizó. Ahí me sentí fuerte y preparada en ese momento porque pensé que si me puedo cuidar a mí misma puedo cuidar de ella aunque no negativice."* (E_{ME5})

Otro de los informantes nos cuenta que cuando su pareja se quedó embarazada no había tanta información como la que puede haber ahora sobre el riesgo de transmisión al bebé y que si hubiera sido en estos momentos posiblemente no hubiera abortado.

"(…) pero en aquella época todavía no había muchos estudios, entonces fue el mismo médico el que nos dijo que abortase. Entonces el segundo sí que abortó aquí en España. Si hubiese sido hoy en día, posiblemente lo hubiéramos tenido." (E_{HE1})

Protección sexual

En relación al uso del preservativo encontramos opiniones muy dispares entre los participantes. Éstos valoran diferentes elementos para hacer uso o no del preservativo a la hora de mantener relaciones sexuales. Entre estos elementos hallamos el hecho de que la pareja sea VIH+, que la pareja sea estable o esporádica, el tipo de conducta sexual, tener la carga viral indetectable, entre otros.

Algunos indican que siempre utilizan el preservativo bajo cualquier circunstancia.

" Ahora siempre con preservativo las felaciones y todo. No se me pasa por la cabeza que de aquí a que me muera mantener una relación sin preservativo. Aunque la otra persona tome pastillas y ya te digo, aunque tenga la carga viral indetectable y el porcentaje de riesgo es muy bajo. Pero mientras exista una posibilidad de que yo pueda transmitirlo y de buscarle la ruina a una persona de esta manera." (E_{HE1})

Otros informantes cuentan que si no es estrictamente necesario utilizarlo, prescinden del preservativo.

"Y bueno, mientras estoy con la carga viral indetectable la transmisión no ocurre, entonces Marcela y yo no utilizamos preservativo. No porque ella sea seropositiva sino porque estamos con carga indetectable los dos. Llevamos un año de relación y hemos utilizado el preservativo yo creo que dos veces y bueno, fue por pequeños detallitos, que si una heridita… por si acaso se podía producir una transmisión." (E_{HE2})

«Sacando con el chico este que es negativo, siempre prácticamente no uso preservativos." (E_{ME1})

«Básicamente yo estuve casada 10 años y con esta persona 17 años. Esta pareja mía era serodiscordante, o sea, era negativo y yo positiva aunque nos enteramos al año de estar casados, pero bueno siempre habíamos utilizado preservativo porque cuando me pasaron el VIH me pasaron un buen pack de enfermedades de transmisión sexual. Entonces viví durante 17 años haciendo sexo seguro y básicamente fueron los 17 años de mi juventud. Cuando el matrimonio se rompe y tal pues yo empiezo a tener digamos, parejas seropositivas también y veo que el tema de la reinfección no me va a preocupar y decido disfrutar del sexo sin condón. O sea, yo me vi forzada, forzada ¿no? Por las circunstancias, sí, un poco forzada a utilizarlo durante 17 años y de repente me sale la posibilidad de una pareja seropositiva también y decidimos que no y la verdad es que desde entonces… hombre, si he tenido alguna relación más esporádica sí que he usado preservativo." (E_{ME5})

Algunas de las personas entrevistadas cuentan que aunque lo utilizan de manera regular puede pasar que en algún momento se produzca un descuido y se deje de utilizar.

«Eso sucede y te lo diremos la mayoría. Que no es a propósito, no es como otras personas que dicen pues yo voy a infectar a los demás porque a mí me ha jodido que me infecten. No, pero que eso pasa, tener relaciones sexuales desprotegidas en alguna ocasión pasa (…) Actualmente pocas veces pero también pasa, pocas veces (…) Siempre, no. Y quien te diga que sí es posible que te esté engañando. Siempre, no. La mayoría de veces, sí." (E_{ME4})

En otras ocasiones estos descuidos se limitan a las relaciones sexuales que se mantienen con otra persona VIH+.

«No tengo relaciones últimamente y si las tengo son muy de tarde en tarde, con preservativo por supuesto (…) Con precaución aunque alguna vez entre nosotros, entre seropositivos, pues se nos va de las manos. Muy pocos… casi todos si son sinceros te dirán…La carne es débil ¿me entiendes? entre seropositivos (…) La verdad que muy mal porque si estás infectado debes de ponértelo y si no lo estás, también." (E_{HH4})

Otros de los informantes refieren que tienen conductas sexuales sin uso del preservativo pero evitando eyacular en el interior de la otra persona para prevenir la transmisión o la reinfección.

«Vamos a ver, yo encuentro una persona por la calle, por la noche y nos ponemos calientes, nos pegamos una mamada y yo, evidentemente no me corro en su boca ni él se corre en mi boca, vamos a ver. O sea, hay un riesgo mínimo que yo sé ese mínimo exactamente cuál es y entonces yo no voy a jugar. Vamos a ver, a mí no se me ocurre hacerle a nadie una mamada con este flemón, ni a mi pareja. Entonces, claro. He hecho relaciones sexuales con cuidado, con cuidado hasta ciertos límites, a ver si me entiendes. No ha habido un contacto con el virus (…) Con Josele no utilizo nunca preservativo. Pero es que yo sé lo que tengo que hacer, es que yo de la sexualidad sé lo que tengo que hacer. Yo no corro ningún riesgo. Ni me corro dentro de él ni se corre dentro de mí." (E_{HE1})

"Hoy en día con la pareja que tengo lo hacemos sin preservativo y evidentemente me corro fuera." (E_{HH2})

"Después ya pues me dediqué a otras prácticas que no eran de riesgo ¿vale? donde no había, no tenía porqué usar preservativo. Hacía felaciones, no utilizaba preservativo y tal. Y ya últimamente pues con esta última pareja y ya anteriormente pues ya utilizo preservativo cuando hay penetración, cuando no hay penetración no tengo por qué utilizarlo." (E_{HH3})

En las opiniones de dos de los informantes encontramos que se hacen referencia a protegerse especialmente cuando tienen penetraciones anales.

«Hay vía de transmisión también por el ano y por el ano sí que me parece más importante la protección, ahí sí que requiero protección." (E_{ME4})

«Utilizo preservativo si hay penetración anal." (E_{HH2})

Sin embargo, en general utilizan en mayor medida el preservativo o en su defecto mantienen relaciones sexuales que no entrañan riesgo de transmisión que antes de ser diagnosticados como VIH+:

«Yo no he utilizado preservativo hasta hace 15 años, cuando ya estaba diagnosticado de VIH. Anteriormente no lo utilicé nunca." (E_{HE2})

«Los utilizo mucho más. Antes no me preocupaba tanto." (E_{ME2})

"Ha cambiado mi forma de pensar, desde luego con la protección. Yo antes no me protegía, me tomaba la píldora y ya está. Para no quedarme embarazada…ahora claro. Como no tengo sexo…Pero si tuviera, desde luego que utilizaría preservativo que antes no utilizaba." (E_{ME3})

Para saber de qué manera se puede transmitir el VIH, cómo no y qué cuidados en su sexualidad tiene que tener una persona VIH+ para evitar la transmisión, la mayoría de los entrevistados refieren que esta información la han recibido de las asociaciones más que de los médicos.

«Pues yo la información la recibí a través de la asociación de AVACOS. Y empecé a recibir información a partir de entonces aunque tengo un espíritu crítico importante entonces dentro de la información que se ofrece y que se recibe que es muy buena, lo de los tantos por cientos para mí son estudios que no es todo, es un estudio de un grupo. Estoy al día de todo, la información buena la he recibido a través de la asociación (…) La información amplia está más en las asociaciones. El médico se limita un poco de hacer de médico." (E_{ME4})

"Aquí en AVACOS he hecho bastantes cursillos con prácticas de riesgo, formas de contagio o no y todo eso. Él (el médico) se dedica cuando estoy resfriado me da la medicación para el resfriado o cuando he estado malito, pero ya está." (E_{HH3})

Algunos de los informantes explican que si en alguna ocasión han tenido dudas, han podido consultarlas con sus médicos.

"Mi médico también si tenía alguna duda en algún momento, claro. Como te he comentado antes también cuando me transmitieron el VIH, me transmitieron alguna que otra cosa más, sexual y entonces siempre estaba muy en contacto y tengo muchísima confianza con mi dermatólogo. Con lo cual, no he tenido nunca ningún problema a quién, y cuando y dónde preguntar." (E_{ME5})

6. Discusión

Como se vio en el apartado del estado del conocimiento, son muchos los estudios que tratan sobre cuestiones relacionadas con el VIH pero pocos se centran en estudiar la sexualidad de las personas con VIH.

A continuación, relacionaremos los resultados obtenidos en el presente estudio con los resultados de los estudios mencionados en la revisión bibliográfica.

En concordancia con el estudio que lleva a cabo Coromina (2009); en general, los informantes de nuestro estudio afirman tener una sexualidad satisfactoria. Alguno incluso disfruta más de su sexualidad que antes de ser diagnosticado. Del mismo modo que la informante de Coromina, algunos participantes de este estudio refieren sentirse más tranquilos y con mayor capacidad de abandono cuando mantienen relaciones sexuales con personas con VIH. Utilizan el preservativo de manera habitual o en su defecto realizan conductas alternativas para que no se produzca la transmisión o la reinfección. Por último, valoran no sólo el no transmitir el VIH sino que también se preocupan de cuidarse a sí mismos para no recibir una ITS.

Lafaurie, Forero y Miranda (2011) observan en su estudio dirigido a un grupo de travestis con vínculos a la prostitución que tienen falta de protección con sus parejas. Algunos de los participantes de nuestro estudio refieren no utilizar preservativo cuando mantienen relaciones sexuales con una pareja que también tiene VIH y cuando tienen la carga viral indetectable. Pero si se trata de relaciones esporádicas en las que se desconoce el estado serológico de la otra persona acostumbran a utilizar el preservativo o a realizar penetraciones y felaciones sin eyaculación en el interior de la otra persona.

Nuestro estudio se apoya en los resultados obtenidos por Grimberg (2000) que muestran que la mayoría de sus informantes tienen relaciones sexuales protegidas y son selectivos con la información en el caso de las relaciones sexuales esporádicas. Algunos de nuestros participantes refieren que siempre revelan su estado serológico con indiferencia de que utilicen protección y se trate de una pareja esporádica. Pero la gran mayoría cuenta que en un primer momento no lo dice a no ser que la relación con esa persona se repita o tenga

implicaciones emocionales. Otro de los resultados del estudio de Grimberg es que la mayoría de sus participantes vivieron periodos de total abstinencia tras el diagnóstico. En general, nuestros entrevistados explican que tuvieron épocas en las que no tuvieron relaciones sexuales en algunos casos por miedo a poder transmitir el VIH y en otros, por el deterioro físico que habían sufrido por el tratamiento con antirretrovirales. Según Grimberg, algunos de sus informantes reconocieron una menor frecuencia en sus relaciones sexuales en la actualidad. En nuestro estudio, dos de los participantes refieren que llevan aproximadamente 5 años sin tener relaciones sexuales con otras personas.

Como hemos mencionado en la introducción, el VIH puede afectar a las distintas esferas de la vida de la persona que lo ha contraído. En el presente estudio nos interesa conocer cómo se ha visto afectada la sexualidad de las personas con VIH en su vertiente biológica, psicológica y social. Pese a que se hayan podido producir cambios en la vida sexual de las personas entrevistadas, éstos no tienen por qué ser negativos. O también puede ocurrir que aunque tengan valencia negativa, las personas desarrollen mecanismos de afrontamiento para incorporar los cambios ocasionados como parte del sí mismo. Freitas y Furegatto (2000) nos dicen que los sujetos de su estudio presentan adaptación negativa frente a las dificultades sexuales, sociales y emocionales. En nuestro estudio, observamos que en general los entrevistados tienen una vida sexual satisfactoria pese a que en ciertos aspectos tengan limitaciones como puede ser decir que se es VIH+ cuando se repiten las relaciones sexuales con la misma persona. Estas limitaciones no impiden que nuestros informantes disfruten de una sexualidad satisfactoria. En una minoría de los entrevistados, se percibe que tienen necesidades afectivas más que sexuales.

Aunque la disfunción sexual no esté señalada como un efecto secundario del tratamiento con antirretrovirales como se indica en el dossier envejecer con VIH (Fabrés, 2009), la mayoría de nuestros informantes del sexo masculino tienen disfunción eréctil que tienen que compensar con medicación. En este mismo dossier se muestra que entre un 20 y un 70% de las personas con VIH experimentan algún tipo de disfunción sexual. En la línea de lo expuesto, aparte de la disfunción eréctil, parece generalizada la disminución del deseo sexual. En otros casos, la dificultad pasa por alcanzar el orgasmo. En este dossier se indican algunas de las posibles causas que pueden llevar a la persona con VIH a tener disfunciones sexuales, entre ellas encontramos problemas psicológicos, el propio VIH, el uso de ciertos medicamentos antirretrovirales y el déficit de testosterona (hipogonadismo). En nuestro

estudio, hemos aislado como causas las siguientes: la edad, el tratamiento con antirretrovirales, la falta de pareja estable y por consiguiente de afecto y los problemas personales.

En consonancia con lo anterior, en el informe emitido por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (Hernández 2007), se indica que los problemas sexuales son habituales en épocas de estrés afectando negativamente a la libido y a la capacidad sexual. En nuestro caso, los problemas emocionales que vive uno de los entrevistados provocan que su deseo sexual esté disminuido en gran medida. En este informe también encontramos que la preocupación por la posibilidad de infectar a las parejas sexuales puede condicionar la vida sexual y la intimidad de hombres y mujeres. Aunque en general nuestros participantes informan de disfrutar de una sexualidad satisfactoria y de que la mayoría no tiene miedo de transmitir el VIH cuando mantiene relaciones sexuales porque utilizan protección o realizan conductas que no conlleven riesgo, el hecho de ser VIH+ afecta en algunos casos en la capacidad de abandonarse al disfrute.

En otra investigación llevada a cabo por Juárez-Vílchez y Edwar (2010) se muestra que las personas que viven con VIH y reciben TARGA tienen comportamientos sexuales de riesgo. En disonancia con lo expuesto, los participantes de nuestro estudio acostumbran a utilizar preservativo o a realizar conductas que no entrañen riesgo de transmisión o que éstos sean mínimos. Una de las entrevistadas afirma que en alguna ocasión se puede tener un descuido.

Uno de los motivos que se explican en el estudio de Juárez-Vílchez y Edwar para tener comportamientos de riesgo es el hecho de que cuando el personal de salud les comunica que tienen carga viral indetectable, consideran que han sido curados de la infección. En nuestro estudio, algunos de los informantes mantienen relaciones sexuales sin protección cuando la carga viral es indetectable porque el riesgo de transmisión es mínimo, sin embargo, no consideran que se hayan curado por tener carga viral 0.

En el mismo estudio de Juárez-Vílchez y Edwar, una de las conclusiones muestra que algunos de los informantes manifiestan que después de enterarse del diagnóstico positivo para VIH no adoptaron medidas de protección en sus relaciones sexuales, por el contrario, afirmaron que comenzaron a tener relaciones coitales en mayor número y frecuencia, con

diferente tipo de pareja, con la finalidad de “vengar” su situación personal de haber sido infectado/a “inocentemente con VIH”. En nuestro estudio, la mayoría de los entrevistados optaron por estar un tiempo, variable de unas personas a otras, sin tener relaciones sexuales y aumentar las medidas de protección una vez volvieron a tenerlas. Otro de los temas tratados en este estudio hace referencia a la diferencia de mantener relaciones coitales con una pareja estable o con una pareja esporádica. Algunos hombres afirmaron no tomar medidas de precaución cuando se trata de parejas esporádicas aludiendo que no existe un vínculo afectivo con estas parejas. Por el contrario, nuestros informantes explican que cuando mantienen relaciones sexuales esporádicas con personas de las que desconocen su estado serológico utilizan protección. Cuando la pareja es estable y se sabe el estado en que se encuentra la pareja, afirman algunos de nuestros participantes que ya es posible negociar el uso o no del preservativo.

Mientras que en el estudio de Juárez-Vílchez y Edwar las mujeres participantes en él se reservaron a la hora de tratar el tema de la masturbación, en el presente estudio las mujeres afirman que se autoestimulan y que lo han hecho a lo largo de su vida.

A modo de conclusión, los estudios que se encuentran en la línea de la presente investigación son aquellos en que los resultados muestran que las personas con VIH tienen una vida sexual satisfactoria; en algunos casos, más placentera que antes del diagnóstico por motivos ajenos al VIH como son la edad, la experiencia, etc. Asimismo, están en consonancia los estudios que indican que tras el diagnóstico hubo un periodo en el que no se tuvieron relaciones sexuales con otras personas por miedo a la transmisión o por el deterioro físico a causa de los antirretrovirales. Además, las disfunciones sexuales son frecuentes en nuestros informantes en gran parte por el efecto de los tratamientos que reciben. Por último, observamos que en general ha aumentado el uso del preservativo o en su defecto han aumentado los conocimientos sobre cómo se transmite o no sexualmente el VIH teniendo como consecuencias la realización de conductas alternativas para prevenir la transmisión.

7. Conclusiones

Dado que los objetivos específicos que persigue el presente estudio son tres, las conclusiones se dividen a su vez en tres apartados según si se tratan de aspectos biológicos, psicológicos o sociales de la sexualidad.

La sexualidad de las personas participantes en el estudio se ha visto afectada en su vertiente biológica por el tratamiento que toman para el VIH produciendo disfunción eréctil que en algunos casos es compensada con medicación. Los antirretrovirales también les han causado cambios corporales como lipodistrofia que afectan de manera negativa a su sexualidad ya que evitan o han evitado mantener relaciones sexuales por este motivo.

En general, el deseo sexual de los informantes ha disminuido con el paso de los años pero se debe a la edad y a los problemas personales más que al VIH.

Por otro lado, el deseo de procreación en general no se ha visto afectado por el VIH salvo en una excepción en que se optó por la adopción. Los demás o ya tenían hijos una vez adquirido el VIH o bien tuvieron hijos asumiendo el riesgo que esto puede conllevar.

A nivel psicológico también se han producido cambios en la sexualidad de las personas con VIH participantes en el estudio. Antes de ser diagnosticados vivían una sexualidad más libre y espontánea, ahora las relaciones sexuales que mantienen no son tan espontáneas, se planifican más. En general, desde que fueron diagnosticados han tomado conciencia sobre las vías de transmisión y tienen una sexualidad más protegida que previamente al diagnóstico. Además, en la actualidad tienen conductas sexuales más variadas y no exclusivamente falocéntricas como consecuencia, en algunos casos, del deterioro físico y en otros del aprendizaje sexual. En otros casos, la sexualidad se ha visto afectada hasta el punto de no tener relaciones sexuales con otras personas.

La autoestimulación ha sido utilizada en algunos momentos de la vida de las personas entrevistadas como sustituto a la pareja. Actualmente, no es una conducta que practiquen con frecuencia debido a la edad.

Sin embargo, la mayoría de los participantes en el estudio disfrutan de una sexualidad satisfactoria que, en opinión de éstos, se debe al aprendizaje que conlleva la edad y no al VIH.

Algunas limitaciones que encontramos en la sexualidad de las personas con VIH son ciertas barreras con las que se han ido encontrando a la hora de tener o querer mantener relaciones sexuales. Estas barreras son muy particulares de cada uno, mientras que para uno de los informantes su mayor restricción en la sexualidad a causa del VIH es la falta de espontaneidad para otro es el tener que eyacular fuera del cuerpo de la otra persona. Sin embargo, estas barreras no afectan a los entrevistados hasta el punto de impedir que disfruten de una sexualidad satisfactoria.

Es frecuente pasar por un periodo de abstinencia sexual tras el diagnóstico. En algunos casos por miedo a la transmisión y en otros por los efectos negativos que causa la medicación afectando al físico de la persona con la consecuencia de que se avergüence de éste.

En general, no existe miedo a la transmisión del VIH ya que los participantes del estudio tienen la carga viral indetectable y suelen utilizar protección. Sin embargo, algunos están más tranquilos cuando revelan a su pareja sexual su estado serológico y ésta asume de manera consciente tener una relación sexual con una persona con VIH. Las personas con VIH tienen a su vez miedo a contraer una infección de transmisión sexual y miedo a la reinfección. No obstante, consiguen abandonarse al disfrute cuando mantienen relaciones sexuales. Algunos informantes prefieren tener pareja sexual VIH+ para estar más relajados.

A nivel social, podemos concluir que las personas con VIH tienen un concepto de la sexualidad muy variado pero en general la asocian a la palabra placer.

No todas las personas participantes en el estudio deciden contar a sus parejas sexuales que son personas con VIH. Algunas lo hacen porque de esta manera se sienten más relajadas a la hora de mantener una relación sexual con la otra persona. Otros no lo revelan porque sienten que no están obligados a hacerlo ya que ponen los medios para evitar la transmisión y de esta manera se arriesgarían a que la otra persona no quisiera mantener un contacto sexual.

En general, las personas entrevistadas utilizan el preservativo en sus relaciones sexuales. Sin embargo, en algunas situaciones se tienen en cuenta diferentes factores para no

utilizarlo como son el tipo de pareja (esporádica vs. estable), el tener la carga viral indetectable, el hecho de que la pareja sea VIH+ o del tipo de conducta sexual que se va a llevar a cabo.

En resumen, podemos afirmar que la sexualidad de las personas con VIH está afectada, como ya hemos visto, por distintos factores y a todas las personas no le afecta de la misma manera dependiendo de la situación de cada uno. Sin embargo, pese a que algunos de los cambios que se producen en la sexualidad de las personas con VIH son negativos, este hecho no impide que las personas puedan disfrutar de su sexualidad. Es más, sienten que su sexualidad ha cambiado en algunos aspectos pero no atribuyen necesariamente esos cambios al VIH. En general, han aceptado que son seropositivos y han aprendido a vivir con ello buscando la manera de que les afecte a su vida y a su sexualidad, lo menos posible.

8. Bibliografía

- Arrondo, J. L. La sexualidad supone disfrutar, comunicarse, sentirse mejor y estar más sano. Rev Int Androl. 2008;6(4):260-4

- Asociación Ciudadana Anti Sida de Málaga (ASIMA). Información sobre el VIH. Historia de la enfermedad.
  Disponible en:
  http://www.asima.org/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=19&Itemid=117
  Recuperado el 11-3-2012 a las 10.20h

- Barre-Sinousi, F., Cherman, J., Rey, F., Nugeyre, M., Chamaret, S., Guerst, J., et al. (1983). Isolation of T-lymphotropic retrovirus from a patient risk for AIDS. Science, 220(4599), 868-871.

- Collazos J. Sexual dysfunction in the highly active *antirretroviral* therapy era. AIDS Rev. 2007; 9: 237-245.

- Coromina, M. (2009). Vivencia de la sexualidad de las personas portadoras del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), estudio de caso. Trabajo final del Máster Universitario en Psicología Clínica y de la Salud. Barcelona: Universitat Ramon Llull.

- Fabrés, J. (2009).Dossier especial. Envejecer con VIH: qué podemos esperar cuando nos hacemos mayores. 1-8, Barcelona
  Disponible en: http://www.portalsida.org/repos/Envejecer_con_vih_gTt.pdf
  Recuperado el 15-3-2012 a las 15:00h

- Fabrés, J. (2011). Información básica sobre el VIH. ¿Qué es el sida?
  Disponible en:http://gtt-vih.org/aprende/informacion_basica_sobre_el_vih/que_es_el_sida
  Recuperado el 11-3-2012 a las 11.20h

- Fourez, Gérard (2008). Cómo se elabora el conocimiento. La epistemología desde un enfoque socioconstructivista. Madrid. NARCEA EDICIONES.

- Franquet, X. (2012). Glosario.
  Disponible en: http://gtt-vih.org/glossary#term115
  Recuperado el 29-3-2012 a las 12:30h

- Freitas, M; Gir, E; Furegatto, A.R (2000). Compreendendo a sexualidade de indivíduos portadores de HIV-1. ev.Esc.Enf.USP, v.34, n.3; 258-63, set.

- Fuster, M.J (2011) La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y forma de afrontamiento. Tesis doctoral. Madrid: UNED.

- García Ruiz, M. Talleres simultáneos. Sexualidad. Consejo de la Juventud del Principado de Asturias. BOL PEDIATR 2007; 47 (SUPL. 1): 37-40

- Grimberg, M. Género y vih/sida. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con vih. Cuadernos médicos sociales 2000; 78: 41-54

- Godoy Rioja, R. (2010). Sexología psicológica. Apuntes de clase sin publicar.

- Hernández, J. Montárselo en positivo. Una guía de salud sexual para las personas que viven con VIH. 2ª edición, ampliada y mejorada; otoño 2007. 1-16.
  Disponible en:http://gtt-vih.org/files/active/0/gTt_Montarselo_n_Positivo_2.pdf
  Recuperado el 15-3-2012 a las 14:15h

- Hernández Fernández, T. Otra perspectiva del VIH en España. Revista ZUM; 1:5-8. 2010
  Disponible en:
  http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/home.htm
  Recuperado el 27-3-2012 a las 14:00h

- Holguín, África; Soriano, Vicente (2000). Origen y evolución del virus de la inmunodeficiencia humana. Revista Med Clin (Barcelona). 2000: 115: 775-8. –vol. 115 nº20.

Disponible en:
http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/origen-evolucion-virus-inmunodeficiencia-humana-12946-editoriales-2000
Recuperado el 10-3-2012 a las 20:00h

- Intergubernamental de Expertos sobre antirretrovirales en adultos y adolescentes. Directrices para el uso de agentes antirretrovirales en el VIH-1-adultos y adolescentes infectados. Departamento de Salud y de Servicios Humanos. 14 de octubre 2011, 1-167 Disponible en: http://www.aidsinfo.nih.gov/contentfiles/AdultandAdolescentGL.pdf Recuperado el 11-3-2012 a las 12.15h

- Juárez-Vílchez, J.; Edwar, P. Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/Sida y reciben tratamiento antirretroviral en Piura, Perú. (2010).Rev Peru Med Exp Salud Publica. 27(1): 31-37

- Lafaurie MM, Forero AE, Miranda RJ. Narrativas de travestis sobre su vivencia con el VIH/Sida. Invest Educ Enferm. 2011; 29(3): 353-362.

- Latka, M., Metsch, L., Mizuno, Y., Tobin, K., Mackenzie, S., Arnsten, J.,Gourevitch, M. (2006). Unprotected sex among HIV- positive injection drugusing women and their serodiscordant male partners: role of personal and partnership influencies. *J. Acquir Immune Defic Syndr, 42,* 222-228. New York: Center of Epidemiologic Studies.

- Lavado, R. (2009). Sexualidad y VIH. Salud sexual: introducción.
Disponible en:
http://gtt-vih.org/cuidate/sexualidad_y_vih/introduccion_a_la_salud_sexual?#
Recuperado el 29-3-2012 a las 11:45h

- Lima, A.; Pedro, E. Creciendo con VIH/sida: un estudio con adolescentes portadoras de VIH/sida y sus cuidadoras familiares. Revista latino-americana de enfermagem. Vol.16, nº 3 (maio-junho 2008), p.348-354

- Lucas Matheu, M; Cabello Santamaría, F. (2007). Introducción a la sexología clínica. ELSEVIER.

- Lucas Matheu, Manuel. Sed de piel. ¿Feminizar el futuro? (2009)Psimática.

- Mazarrasa Alvear. Salud sexual y reproductiva. Módulo 12. En: Observatorio de salud de la mujer. Ministerio de Sanidad y Consumo 2006.
  Disponible en:
  http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf
  Recuperado el 26-4-2012 a las 11:00h

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Manual práctico para informadores/as de teléfonos de información sobre VIH.

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2012). Qué es la infección por VIH y el SIDA. ¿Cómo se transmite el VIH?
  Disponible en:
  http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/queesSidaVih.htm
  Recuperado el 11-3-2012 a las 17:00h

- Ochoa, E. F. L. (1991). La sexualidad humana. Dimensiones y aspectos implicados en la sexualidad. Madrid: Editorial Hispamap.

- Ochoa, E. F. L. (2000). Dimensiones y aspectos implicados en la sexualidad. En: Labrador, F. Enciclopedia de la sexualidad. Espasa.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2006). Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Ginebra: OMS

- Pérez Adán, José; Ros Codoñer, Javier (2004). Sociología de la familia y de la sexualidad. Textos universitarios. EDICEP.

- Pierret, Janine (2000). Vivir con el VIH en un contexto de enfermedad crónica: aspectos metodológicos y conceptuales. Cuadernos médico sociales 77: 35-44.

- Roa Álvaro, A. (2000). SIDA. En: Labrador, F. Enciclopedia de la sexualidad. Espasa.

- Sánchez, H. Vázquez, F., Ferreira, J. B. (1999). Impacto de la seropositividad del VIH sobre las actividades sexuales y el uso del condón. *Journal of Border Health, 4 (*2), 33-39. México.

- Sandoval Casilimas, Carlos A. (2002). Investigación cualitativa. Programa de especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de Investigación Social.

- Sanz Cid, M., Vega Gutiérrez, J., Martínez Baza, P. (1999). SIDA: Aspectos médico-legales y deontológicos. Universidad de Valladolid

- Taylor y Bogdan (1986). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós.

- Zapata Boluda, R. (2010). Sexología de la salud y la reproducción. Apuntes de clase sin publicar.

9. Anexos

ANEXO 1

Este anexo está dedicado a la presentación del guión de la entrevista semiestructurada que utilizamos como método de recogida de datos.

Aspectos biológicos de la sexualidad

- ¿Ha notado cambios en su deseo sexual?
- ¿Utiliza de la misma manera, en mayor o menor medida los métodos para prevenir las ETS?
- ¿Se ha visto afectado su deseo de ser madre/padre?
- ¿Ha recibido información sobre los cuidados y/o consejos que debería tener una persona seropositiva en su sexualidad?

Aspectos psicológicos de la sexualidad

- ¿Qué entiende por sexualidad?
- ¿De qué manera vive sus relaciones sexuales actualmente?
- ¿Cómo vivía su sexualidad antes de ser seropositivo?
- ¿Ha cambiado su forma de pensar respecto a la sexualidad?
- Son éstas, ¿igual de placenteras que antes?
- ¿Tiene alguna dificultad en sus relaciones sexuales que antes no tenía?
- ¿Qué pensamientos tiene cuando mantiene relaciones sexuales?
- Sus fantasías sexuales, ¿han cambiado de temática, frecuencia, etc?
- Si se masturba, ¿ha cambiado algo en la manera de vivir la masturbación?

  En general, ¿qué diría que se ha visto afectado en mayor medida en su sexualidad desde que fue diagnosticado de VIH?

Aspectos sociales de la sexualidad

- ¿Siente miedo a transmitir el VIH mientras mantiene relaciones sexuales?
- ¿Preferiría mantener relaciones sexuales con personas seropositivas o seronegativas? Si ha tenido la ocasión de mantener relaciones sexuales tanto con seropositivos como seronegativos, ¿ha notado alguna diferencia a la hora de llevar a cabo las relaciones sexuales?
- ¿Revela su estado serológico a sus parejas sexuales? ¿Por qué?
- ¿Qué ha cambiado en la forma de relacionarse con su pareja?
- En el caso de que no la tuviera: ¿Se ha visto afectada la manera de relacionarse en busca de contactos sexuales?
- ¿Habla de la sexualidad igual que antes? Y su entorno, ¿habla con usted igual que antes?
- ¿Ha condicionado de alguna manera que su entorno conozca su seroestatus para vivir de manera diferente su sexualidad?
- ¿El VIH le ha aportado algún aspecto positivo a su sexualidad? ¿Y negativos?

ANEXO 2

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/ la abajo firmante, D/ Dña ……..……..., de…….. años de edad y con DNI…… MANIFIESTO:

Que he sido informado/a de que me encuentro participando en un proyecto de investigación y de que mis datos personales serán protegidos de acuerdo con lo que dispone la Ley Orgánica Reguladora de esta materia y no serán usados sin mi consentimiento previo.

Que he sido informado sobre el proyecto "Estudio de la vivencia de la sexualidad de las personas con VIH".

Tomando todo ello en consideración, estoy de acuerdo en participar en este proyecto y otorgo mi consentimiento a que mis datos sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el mismo.

En…….., a……. de…….. del 2012.

Fdo: D/Dña……

ANEXO 3

Número entrevista:	
Edad:	
Orientación sexual:	Heterosexual-homosexual-bisexual
Pareja:	Estable- relaciones esporádicas
Estado serológico de la pareja:	Positivo-negativo
Forma de transmisión:	Vía sexual/sanguínea/vertical
Tiempo desde el diagnóstico:	
Fase:	VIH/SIDA
Tratamiento con antirretrovirales :	Sí/No
Hijos:	
Nivel de estudios:	
Historia de tóxicos:	