



Factores Predisponentes y Facilitadores de Conductas Sexuales de Riesgo en Pacientes con  
VIH

Catalina Agudelo Gallego

Monografía de grado para optar al título de Especialista en Psicopatología y Estructuras  
Clínicas

Asesora: Mercedes Jiménez Benítez

Doctora en Psicología Clínica

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Departamento de Psicología

Medellín

2021

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2. JUSTIFICACIÓN.....	14
3. OBJETIVOS.....	16
3.1. Objetivo general.....	16
3.2. Objetivos específicos.....	16
4. MARCO CONCEPTUAL.....	17
4.1. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).....	17
4.1.1. VIH: Surgimiento.....	17
4.1.2. Caracterización clínica, diagnóstica y terapéutica.....	20
4.1.3. Epidemiología.....	22
4.1.4. Riesgos de reinfección en pacientes con VIH.....	24
4.2. Conductas sexuales de riesgo.....	24
4.2.1. Delimitación de conductas sexuales de riesgo para la infección y reinfección en pacientes con VIH.....	26
5. METODOLOGÍA.....	28
5.1. Enfoque y diseño metodológico.....	28
5.2. Estrategia metodológica.....	28
5.3. Proceso metodológico.....	29
5.4. Estrategia de búsqueda.....	30
5.5. Muestra documental.....	31
5.6. Unidades y categorías de análisis.....	33
5.7. Análisis de datos.....	35
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	36

7.	HALLAZGOS.....	38
7.1.	Conductas sexuales de riesgo en personas con VIH.....	39
7.1.1.	Relaciones sexuales sin uso de condón .....	39
7.1.2.	Tener varias parejas sexuales al mismo tiempo.....	41
7.1.3.	Practicar sexo anal .....	41
7.1.4.	Compartir objetos y juguetes sexuales .....	42
7.2.	Factores predisponentes de conductas sexuales de riesgo en personas con VIH ..	43
7.2.1.	Trastornos mentales. Depresión .....	45
7.2.2.	Ausencia de una pareja sexual estable.....	48
7.2.3.	Sentimiento de venganza o desquite.....	49
7.2.4.	Confiar plenamente en la fidelidad de la pareja .....	50
7.2.5.	Baja adherencia al tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) 51	
7.2.6.	Parejas concordantes positivas .....	52
7.2.7.	Confinamiento/encarcelamiento.....	53
7.3.	Factores facilitadores de conductas sexuales de riesgo en personas con VIH.....	54
7.3.1.	Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas.....	55
7.3.2.	Uso de aplicaciones de contacto social .....	56
7.3.3.	Uso de material sexual en línea. ....	57
7.3.4.	“Coping” Presión de un grupo social determinado .....	58
7.3.5.	Presión por parte de la pareja sexual .....	58
7.3.6.	Accesibilidad a servicios de encuentros sexuales de carácter privado - HSH 59	
8.	DISCUSIÓN.....	61
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	70

**TABLAS**

Tabla 1. Fases del VIH/SIDA.....	21
Tabla 2. Dimensiones de caracterización de la muestra documental .....	32
Tabla 3. Técnicas de análisis de datos.....	35
Tabla 4. Unidades y categorías de análisis .....	38
Tabla 5. Factores predisponentes de conductas sexuales de riesgo y autores revisados .....	44
Tabla 6. Factores facilitadores de conductas sexuales de riesgo y autores revisados .....	54

## FIGURAS

Figura 1. Comportamiento de VIH por semana epidemiológica en Colombia 11, 2019 ..... 22

Figura 2. Distribución de casos de VIH por grupo etario, Colombia - periodo 11, 2019 .... 23

## RESUMEN

A pesar de contar con el diagnóstico de VIH+, las personas pueden incurrir en conductas sexuales de riesgo para la reinfección y el contagio de VIH a otros, lo cual es relevante dadas las tasas preocupantes de incidencia de VIH aún en la actualidad. Se requiere indagar acerca de los factores predisponentes y facilitadores de estas conductas sexuales de riesgo a fin de generar estrategias preventivas para el contagio y la reinfección de VIH. Para ello, se desarrolló un estudio tipo documental mediante la estrategia del estado del arte, en el que se identificaron en la literatura las principales conductas sexuales de riesgo en personas con VIH+ (tener relaciones sexuales sin uso de condón, tener varias parejas sexuales al mismo tiempo, practicar sexo anal y compartir objetos y juguetes sexuales); así como aquellos factores predisponentes (trastornos mentales como la depresión, ausencia de una pareja estable, sentimiento de venganza o desquite, confiar plenamente en la fidelidad de la pareja, baja percepción del riesgo por TARGA, contar con parejas concordantes positivas y situaciones de confinamiento/encarcelamiento) y los factores facilitadores (consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, uso de aplicaciones de contacto y de material sexual en línea, presión social o “coping” por parte de un grupo determinado o de la pareja sexual, y accesibilidad a servicios de encuentros sexuales de carácter privado). Se discute acerca de las implicaciones de estos hallazgos en los programas preventivos con personas con diagnóstico de VIH+.

**Palabras claves:** Conductas sexuales de riesgo, VIH, factores facilitadores, factores predisponentes.

## ABSTRACT

Despite HIV+ diagnosis, people may engage in risky sexual behaviors for re-infection and transmission of HIV to others, which is relevant given the worrying rates of HIV incidence still today. It is necessary to investigate the predisposing and facilitating factors of these risky sexual behaviors in order to generate preventive strategies for HIV infection and reinfection. To this end, a documentary study was conducted using the state of the art strategy, identifying in the literature the main risky sexual behaviours in people with HIV+ (having sex without condoms, having several sexual partners at the same time, practicing anal sex and sharing objects and sex toys); as well as those factors (mental disorders such as depression, absence of a stable couple, feeling Facilitating factors (alcohol consumption and psychoactive substances, use of online contact and sexual material applications, social pressure or coping by a given group or sexual partner, and accessibility to private sexual intercourse services). The implications of these findings are discussed in preventive programs with people diagnosed with HIV+.

**Key words:** Risky sexual behaviors, HIV, facilitating factors, predisposing factors.

## INTRODUCCIÓN

La década de los 80's fue crucial para el estudio formal y científico del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Durante esta década y, en general a finales del siglo XX, el estudio del VIH se centró en los postulados del concepto de *grupos de riesgo*, asociando el origen y la cadena de transmisión del virus a grupos poblacionales específicos como la población homosexual (principalmente hombres homosexuales), y la población asociada a adicciones a sustancias inyectables, tales como la heroína (Berbesi, 2016).

Con el tiempo, el virus del VIH se extendió a otros grupos poblacionales, hasta el punto de considerarse como una pandemia, y requirió la puesta en marcha de estudios enfocados en el concepto de *conductas de riesgo* asociadas a la población en general y, entre éstas, a las conductas sexuales de riesgo. Por tanto, se reconoció que la población en riesgo de contagio de VIH no se limita a un grupo poblacional específico (Moskovics, 2004) y que son especialmente algunas conductas, en el caso del presente estudio orientadas al ámbito de la sexualidad, las que podrían conllevar en riesgo en cualquier persona que incurra en ellas.

No obstante, resulta muy destacable considerar que, a pesar de los conocimientos que se tienen en la actualidad a nivel social acerca de estas conductas sexuales de riesgo y sobre cómo prevenir el contagio de VIH a nivel general, la incidencia de éste siga incrementándose en algunos contextos en diversos grupos poblacionales. Y es en este sentido, donde resulta muy importante trabajar con los portadores del VIH para reducir las cifras de contagio dado que, en muchos casos, parecen incurrir en conductas sexuales de riesgo para continuar el contagio a otros o incluso producir la reinfección a sí mismos. Por tanto, estas conductas sexuales de riesgo conllevan el incremento de la probabilidad de contagio en la población general, así como el empeoramiento de las condiciones de la enfermedad o del pronóstico de los casos de VIH.

Conocer los factores que predisponen o facilitan las conductas sexuales de riesgo en las personas que ya han sido diagnosticadas de VIH+ resulta muy importante para poder



diseñar estrategias preventivas desde los sistemas socio - sanitarios, que resulten efectivas frente a la lucha social y colectiva de contagio de VIH.

Al respecto, es importante reconocer la interdisciplinariedad que conlleva el abordaje de los pacientes con VIH, planteando que éstos no solo se enfrentan a la carga biológica del virus, sino que afrontan también un macro contexto determinado por factores externos, tales como la sociedad, la familia y la cultura en general, que pueden propiciar o facilitar las conductas sexuales de riesgo, así como un micro-entorno que configura la percepción del paciente sobre la vida y su comportamiento. Estos macro y micro entornos constituyen factores predisponentes y facilitadores de las conductas sexuales de riesgo para los pacientes con VIH y para las personas que lo rodean, y requieren ser identificados y comprendidos para poder ser incluidos en los programas de atención socio sanitarios de los pacientes con VIH.

Para conocer e identificar estos factores, se plantea el presente trabajo basado en la metodología de estado del arte, en el que se revisan, analizan y presentan conclusiones acerca de las conductas sexuales de riesgo y de los factores predisponentes y facilitadores de éstas en los pacientes con VIH, a partir de la exploración de estos factores en la literatura reciente extraída mediante diferentes fuentes de información.

Con base a lo anterior, a continuación se relacionan los apartados que componen el proyecto investigativo, y dan forma al mismo: el planteamiento del problema y la justificación asociada al objetivo del proyecto; el marco conceptual con el cual se pretendió enmarcar el proceso investigativo en tres unidades de análisis: las *conductas sexuales de riesgo* en personas con VIH, los *factores predisponentes de conductas sexuales de riesgo* en personas con VIH, y los *factores facilitadores de conductas sexuales de riesgo* en personas con VIH; la descripción de la metodología de estado del arte desde la que se llevó a cabo el estudio; los hallazgos principales encontrados en la literatura acerca de las tres unidades de análisis y las categorías resultantes; y finalmente, la discusión de los resultados junto con un apartado de conclusiones acerca de los mismos.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El primer diagnóstico de VIH se realizó en junio de 1981 (Villasís, 2004), y poco tiempo después se conoció el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). En este primer momento de identificación del VIH, la década de los 80's y principios de los 90's, el estudio del VIH estuvo basado en el concepto de grupos de riesgo, principalmente en grupos de hombres homosexuales, hemofílicos y heroinómanos (Miranda y Nápoles, 2009); razón por la cual, la enfermedad se relacionó directamente con el estigma social y cultural de las relaciones sexuales entre hombres, el uso compartido de jeringas y el consumo de sustancias psicoactivas.

Posteriormente, la gran proliferación de la enfermedad de SIDA y el contagio de VIH en personas no asociadas a los grupos de riesgo estigmatizados, migró el estudio del VIH hacia las conductas de riesgo en la población en general y, entre ellas, las conductas sexuales (Muñoz, 2012). Por consiguiente, el estudio del VIH ha demandado esfuerzos entorno a estudios científicos, no sólo con relación a la intervención biológica del virus, sino también respecto a las intervenciones orientadas a la prevención del contagio de VIH desde diferentes campos de investigación y disciplinas científicas.

En la actualidad, podría afirmarse que la prevención de la transmisión y la reinfección del VIH, ha sido durante cuatro décadas uno de los retos más desafiantes para los sistemas de salud del mundo, pues la enfermedad y su contagio no se limita a la carga biológica propia del virus, sino que se relaciona directamente con los comportamientos humanos y especialmente con las conductas sexuales de riesgo de la población general, los cuales están asociados a factores socio-culturales y personales que resultan cruciales conocer a la hora de diseñar estrategias de reducción de contagios y de prevención.

Por otra parte, los desarrollos científicos acerca del diagnóstico y el tratamiento del VIH desde ámbitos de la biología y la medicina, especialmente a partir del descubrimiento de los medicamentos antirretrovirales, han conllevado que, aunque el virus sea resistente en ocasiones a estos medicamentos (Carlotto, 2007) aumentando en los pacientes seropositivos el sentimiento de fatalidad y desesperanza; en general en la actualidad la condición de VIH+ se considere como una enfermedad crónica y tratable clínicamente, y ha dejado de asociarse socialmente esta condición a la de mortalidad.

Esta mirada distinta de la enfermedad ha permitido, por una parte, realizar contribuciones cruciales respecto a la intervención médica y psicológica, tanto en cuanto a la prolongación de la vida de las personas portadoras del virus como en la promoción de su calidad de vida (Macías, 2018) y, por otra parte, hacer énfasis en el desarrollo de conocimientos acerca de la prevención del contagio de VIH desde diferentes disciplinas de las ciencias sociales y la salud pública.

No obstante, a pesar de estos desarrollos científicos y avances respecto al diagnóstico y tratamiento del VIH, a 40 años del inicio de la pandemia, las cifras de contagio no dejan de preocupar. Para el año 2019, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2019) reportó que en el mundo viven con VIH entre 32 y 47 millones de personas. De estos datos, para 2018, se encontró que alrededor de 2 millones de personas con VIH vivían en países de América Latina, de los cuales el 62% tiene acceso a tratamiento antirretroviral. En estos datos se hace presente también, que la mayoría de los nuevos contagios ocurren después de los 15 años de edad.

Este panorama, demanda esfuerzos aún mayores en torno a la creación y fortalecimiento de programas de atención y prevención del VIH, puesto que a pesar de que mediante procesos educativos y culturales se han divulgado las principales formas de contagio del virus y sobre las conductas preventivas de mismo, no se ha logrado de manera efectiva la prevención del contagio. Como se planteó previamente, este proceso preventivo

resulta complejo debido a que depende fundamentalmente del comportamiento humano y sus conductas sexuales (Fernández y Sánchez, 2018).

Por esta razón, es muy importante generar estrategias que resulten efectivas en el marco de la prevención del contagio y una de las poblaciones en las que se deben centrar diversos esfuerzos consiste en los ya portadores de VIH porque potencian considerablemente las tasas de contagio de acuerdo a sus comportamientos. Esta población, a pesar de contar con un diagnóstico de VIH+, paradójicamente parece incurrir en conductas sexuales de riesgo que no sólo facilita las oportunidades de contagio a otros, sino que, a su vez, implican un riesgo de reinfección para sí mismos. Por tanto, trabajar con esta población resulta crucial en la prevención de las conductas de riesgo que pueden empeorar su condición de salud y continuar propagando el VIH y las cifras de contagio.

No obstante, dada la complejidad que implica comprender el comportamiento humano y, en este caso, la conducta asociada a la sexualidad humana y la salud, se requiere conocer cuáles son los factores macro y microsociales, socio-culturales, ambientales y personales que, desde un ámbito psicosocial, implicarían factores que predisponen o faciliten las conductas sexuales de riesgo en esta población. Resulta importante, al respecto, identificar los factores que pueden incidir en el autocuidado, considerando las actitudes y las conductas, aspectos que han sido detectados como potenciadores de la falta del cuidado de sí y relacionados con la infección y reinfección del VIH. Respecto a los factores predisponentes de las conductas sexuales de riesgo, se haría referencia a las actitudes, valores y creencias de población tanto portadora como no portadora (Sánchez y Carrillo, 2003), y frente a los factores facilitadores se haría referencia a aquellos comportamientos, situaciones y contextos que aumentan y precipitan las conductas sexuales de riesgo y dificultan que la persona con VIH continúe de forma acertada con su vida sexual (Sánchez y Carrillo, 2003).

Al respecto, hay algunos estudios que han explorado estos factores y conductas sexuales de riesgo desde diversas investigaciones, los cuales requieren revisarse desde una estrategia de estado del arte para conocer el estado actual de conocimiento y llegar a conclusiones que permitan diseñar estrategias efectivas para la prevención de las conductas sexuales de riesgo para el contagio a otros y la reinfección.

Dado este planteamiento, se propone la presente investigación en la que se plantea como objetivo indagar en la literatura acerca de estas conductas sexuales de riesgo en las personas con diagnóstico de VIH+ y sobre los factores predisponentes y facilitadores de tales conductas; para poder concluir acerca cuáles serían los componentes psicosociales que se requerirían incluir en los programas de prevención con esta población portadora de VIH, para la prevención del contagio de VIH a nivel social y de la propia reinfección en las personas diagnosticadas.

Consecuentemente a este planteamiento, se plantea la siguiente pregunta de investigación en este trabajo de estado del arte: *¿Cuáles son los factores predisponentes o facilitadores de las conductas sexuales de riesgo en pacientes con VIH?*

## 2. JUSTIFICACIÓN

El VIH consiste en una de las pandemias que más genera preocupación en el mundo dado que, a pesar de los múltiples avances en intervención médica mediante tratamientos antirretrovirales, y respecto a la intervención psicosocial en torno al fortalecimiento de las conductas de protección del contagio para la prevención, existe un constante registro significativo en el número de infectados. Al respecto, (ONUSIDA, 2019) plantea que se espera que para el año 2020 se presenten entre 2.2 y 3.6 millones de nuevos diagnósticos de VIH en el mundo; lo cual resulta preocupante y demanda esfuerzos mayores respecto a la intervención de programas preventivos. Así mismo, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2008) proyecta que para el año 2030 más de 40 millones de adolescentes de todo el mundo podrían contraer el virus, dato que reitera la importancia de trabajar en pro del fortalecimiento de las conductas preventivas, especialmente con la población más joven.

Adicional a las proyecciones a nivel mundial, es importante resaltar que en Colombia para el año 2019 se tuvo un diagnóstico de más de 14.000 personas contagiadas (Instituto Nacional de Salud, 2019). Así mismo, en Antioquia se evidencia “una tasa de incidencia de 43,9 por 100.000 habitantes para el 2018, comportamiento superior a la tasa de incidencia nacional que es de 28,2 por 100.000 habitantes” (Gobernación de Antioquia, 2020, p. 414).

En esta región, Antioquia, la incidencia de personas contagiadas es 15,7% mayor a la tasa de incidencia del país, esto a pesar de los diversos programas con enfoque preventivo que se implementan por parte de la administración pública, como por ejemplo las jornadas de salud, asesorías, y programas de monitoreo. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos “las acciones de promoción, prevención, detección temprana y desarrollo de planes de respuesta ante las infecciones de transmisión sexual, esta tasa aún no disminuye y se considera

necesario continuar con el mejoramiento del acceso a los tratamientos (Gobernación de Antioquia, 2020, p. 414).

Dadas estas cifras, resulta fundamental estudiar y comprender las diversas variables que pueden influir en los factores psicológicos y psicosociales asociados a la adopción de conductas de riesgo de contagio y, entre ellas las sexuales, por su relevancia para éste. Este conocimiento permitirá nutrir las acciones en los servicios de atención sanitaria, para la prevención de estas conductas sexuales de riesgo; y consecuentemente la reinfección; y la propagación del contagio de VIH en la población; a partir de los avances que se han desarrollado desde disciplinas como la psicología, cuyo objeto es el estudio del comportamiento humano. La actualización y reflexión acerca de estos avances resulta necesaria también a la hora de pensar las actividades que los propios profesionales de la psicología requieren implementar, junto con otros profesionales de los equipos sanitarios, para la prevención, orientación y asesoría a personas diagnosticadas de VIH, en adición al fomento de la adherencia a los tratamientos médicos y el apoyo en el afrontamiento a la enfermedad y en la oportunidad de los diagnósticos (Macías, 2018).

Por ello, resulta pertinente el desarrollo de un estudio de revisión documental que permita, mediante la metodología de estado del arte, indagar acerca del porqué, a pesar de contar con el diagnóstico de VIH+, las personas incurren en conductas sexuales de riesgo de reinfección y contagio a otros; y sobre los porqué, a pesar de existir programas de acompañamiento y de prevención con esta población que conllevarían conductas de autocuidado y de protección en el ámbito de la sexualidad, los afectados manifiestan estas conductas. Esto último implicaría reflexionar y analizar, a futuro, acerca de la pertinencia de los programas de prevención, a partir de los hallazgos asociados a esta revisión sobre los factores predisponentes y facilitadores de las conductas sexuales de riesgo en portadores de VIH.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo general**

Indagar los factores predisponentes y facilitadores en conductas sexuales de riesgo en personas con VIH.

#### **3.2. Objetivos específicos**

1. Delimitar las conductas sexuales de riesgo en personas con VIH.
2. Examinar los factores predisponentes en conductas sexuales de riesgo en personas con VIH.
3. Distinguir los factores facilitadores en conductas sexuales de riesgo en personas con VIH.



## 4. MARCO CONCEPTUAL

### 4.1. Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Desde su concepción biológica el VIH es un virus que, con el tiempo y de manera progresiva debilita el sistema inmune destruyendo los glóbulos blancos, principalmente los linfocitos que constituyen una parte esencial del sistema inmunológico, obstruyendo la capacidad propia del cuerpo para producir anticuerpos (Chávez y Castillo, 2013). El VIH se divide en dos grandes grupos, VIH 1 descubierto en 1983, el cual hasta el momento es la tipología de mayor contagio en el mundo y que se clasifica en “M (*main*), O (*outlier*) y N (New, No M, No O)” (Lamotte, 2014, p.995); y VIH 2 descubierto en 1986, el cual es de menos contagio con relación al VIH 1, y “tiene pocos serotipos: A, B, C y E” (Lamotte, 2014, p.995).

Las principales vías de contagio del VIH son vía sexual, sanguínea y vertical (madre e hijo). Con relación a la vía sexual, se resaltan comportamientos humanos que aumentan el riesgo de contraer la enfermedad como el no uso de condón, tener varias parejas al mismo tiempo, hombres que tienen sexo con hombres, y el sexo anal (Vidal y Hernández, 2017); respecto a la vía sanguínea, sobresale el uso compartido de objetos como jeringas y de juguetes sexuales. Estas dos vías, la sexual y la sanguínea, tuvieron mucho que ver con las representaciones acerca del VIH que se desarrollaron en su período de surgimiento.

#### 4.1.1. VIH: Surgimiento

Desde el reporte del primer caso de VIH/SIDA, hace aproximadamente 40 años, se han venido discutiendo múltiples teorías que buscan explicar el surgimiento de la enfermedad. Sin embargo, ninguna ha logrado dar una explicación única y avalada en su totalidad por la comunidad científica. Con relación a esto, diversas teorías han sido discutidas

a través de los años; una de las más polémicas, argumenta que el virus del VIH proviene de los monos: “Una de las teorías más discutidas plantea que el VIH proviene de monos cazados por los seres humanos y que se transmitió al hombre a principios del siglo pasado. La misma se basa en el emparentamiento de algunas cepas del virus de la inmunodeficiencia Simia (VIS) y el VIH.” (Miranda y Nápoles, 2009, p. 66).

Esta teoría ha sido fuertemente debatida por la comunidad científica, por una parte, defendida por algunos que encuentran posible la transmisión del virus de los monos al ser humano y, por otra, criticada por quienes proponen otra explicación probable frente al surgimiento del VIH, como podría ser el incremento de procedimientos de extracción de sangre y/o la mezcla de sangre:

Una consideración muy especial requiere, como muy probable causa de transmisión al mundo occidental, la masiva extracción de sangre realizada en la década de los 60 para la producción de factores de coagulación, especialmente teniendo en cuenta que para obtener un lote de factor VII se necesitaba mezclar de 1 500 a 2 000 unidades de sangre de distintas. (Miranda y Nápoles, 2009, p. 66).

Por otro lado, la teoría más discutida y debatida tanto por la comunidad científica como por la esfera política y social en general, es la posibilidad de que el virus del VIH/SIDA haya sido creado por humanos en laboratorios químicos y distribuidos adrede:

Otra teoría enuncia que el VIH fue desarrollado como parte de un programa de armas biológicas. Según los estudios del profesor *Jacob Segal*, antiguo director del Instituto Biológico de Berlín, el genoma del VIH es casi idéntico al del virus Maedi-Visna, que provoca una afección cerebral del ganado ovino y no se transmite al ser humano. (Miranda y Nápoles, 2009, p. 66).

Estas teorías sobre el surgimiento del VIH han sido fuertemente discutidas, y si bien cada una de ellas presenta argumentos racionales, no se tiene certeza sobre el surgimiento de la enfermedad, simplemente existen teorías que intentan explicar este suceso. Lo cierto es

que, desde finales de la década de los años 70's, se empezaron a reportar casos de enfermedades totalmente desconocidas para ese momento, y a pesar de que estas enfermedades presentaban sintomatologías similares tardó años en relacionar los casos reportados, esto debido a que el reporte se presentaba en diversos territorios dispersos unos de los otros. Respecto a esto, Miranda y Nápoles (2009) mencionan 41 casos de varones homosexuales residentes de California y Nueva York, los cuales fueron reportados entre 1978 y 1981 por el doctor *Spira*:

Algunos pacientes presentaban linfadenopatía generalizada precediendo el desarrollo de estas manifestaciones infecciosas. Otras enfermedades comenzaron a aparecer de forma inexplicable: linfadenopatía crónica y linfoma no hodkiniano indiferenciado y difuso, todos los casos descritos presentaban una característica común: un importante deterioro del sistema inmunitario. (p. 64-65).

Esta característica en común “deterioro del sistema inmunitario” encendió las alarmas de la comunidad científica. Por tal razón, en el año 1982 se implanta un sistema de vigilancia en Estados Unidos para detección de casos similares que presentaban esta característica común. No obstante, la mencionada dispersión de los casos reportados dificultó su relacionamiento, y por esto no fue sino hasta finales de la década de los 80's cuando se habló formalmente del VIH, haciendo alusión a la existencia de grupos de riesgo, como por ejemplo la comunidad de hombres homosexuales, hemofílicos y heroinómanos, esto debido a que para el momento la mayoría de los casos se reportaban en estas comunidades en específico.

Como consecuencia, en primera instancia el virus se conoció con diferentes nombres que hacían alusión al contagio de la comunidad de hombres homosexuales: “La primera denominación que se le da a esta es «Gay Cáncer», «síndrome Gay»; también se le llamó «Peste Rosa», «Peste Gay»; posteriormente la rebautizaron inmunodeficiencia relacionada a homosexuales (GRID «gay-related immune deficiency»)” (Miranda y Nápoles, 2009, p.65). A pesar de esto, para este momento ya se reportaban casos en personas externas a esta comunidad, como por ejemplo el reporte de 51 haitianos infectados por el virus y ninguno de ellos homosexuales, lo que cambió la denominación del virus: “Por tales motivos se le

comenzó a llamar la enfermedad de las cuatro H: homosexuales, hemofílicos, heroinómanos y haitianos.” (Miranda y Nápoles, 2009, p.65).

Es importante mencionar que la propagación del virus y el estudio del virus con base al concepto de *grupos de riesgos* coincidió con la proliferación de diferentes movimientos sociales y culturales presentados con mayor fuerza en Estados Unidos, como el movimiento de liberación sexual fuertemente promovida por la comunidad gay; lo cual le daba fuerza al postulado de que la enfermedad se transmitía entre grupos de riesgo en específico. Empero, con el paso del tiempo y con la expansión del virus hacia personas externas a los nombrados grupos de riesgo, se requirió la transformación del enfoque de los estudios, hasta el punto de considerar la enfermedad como pandemia, y finalmente en el año 1982 fue denominada como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) por Bruce Voeller, ex director de la National Gay Task Force.

#### **4.1.2. Caracterización clínica, diagnóstica y terapéutica**

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad compleja en cuanto a sus características clínicas, dado que su sintomatología que puede variar de sujeto a sujeto, y su proceso de diagnóstico y tratamiento terapéutico. Inicialmente el proceso de diagnóstico del VIH se realiza mediante exámenes sanguíneos estándares, como por ejemplo la prueba de anticuerpos para VIH, y si el resultado de esta prueba muestra reactivos, se prosigue a realizar un examen más específico como la prueba de inmunodeficiencia *Ensayo por Inmunoabsorción Ligado a Enzima ELISA* (Instituto Nacional de Salud en Colombia, 2019).

Teniendo en cuenta lo planteado por Chávez y Castillo (2013), se desarrolla a continuación de la Tabla 1 acerca de las fases del VIH/SIDA, donde se resume a grandes rasgos la sintomatología de la enfermedad y la duración aproximada de sus tres amplias fases de desarrollo, a saber: la fase de infección aguda, la fase crónica o de latencia clínica y la fase de aparición del SIDA. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) “representa las etapas más avanzadas de la infección por el VIH. Se define por la aparición de alguna de más de veinte infecciones oportunistas o cánceres vinculados con el VIH” (OMS, 2017, p.1).

Tabla 1.

*Fases del VIH/SIDA*

<b>Fases clínicas</b>	<b>Fase de infección aguda</b>	<b>Fase crónica o latencia clínica</b>	<b>Fase sida</b>
<b>Sintomatología</b>	Puede ser asintomática o sintomática. En caso de ser sintomática puede presentar fiebre, malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, diarrea, náuseas y vómito.	Gran porcentaje de los pacientes son asintomáticos. Sin embargo, en esta etapa se inicia el deterioro del sistema inmune. En caso de ser sintomático los síntomas son similares a la previa y varían entre fiebre, escalofríos, y erupciones en la piel, siendo estos los más comunes.	El portador posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos T CD4+ que pierde bajo el ataque del VIH y también se reduce la capacidad citotóxica hacia el virus.
<b>Duración</b>	Estos síntomas tienen un período de 2 a 6 semanas aproximadamente	El tiempo de duración varía dependiendo de cada sujeto, pero puede oscilar entre 5 y 10 años	Su duración varía según el tratamiento. Puede presentar síntomas entre 5 y 10 años, y el diagnóstico puede variar entre 10 y 15 años (OMS, 2017)

*Fuente:* Elaboración propia con base en Chávez y Castillo (2013)

El primer criterio para el diagnóstico del VIH es la valoración inicial la cual puede incluir Pruebas convencionales de inmunoensayo, prueba rápida y estrategias para tamización, entre otras (MINSALUD y UNFPA, 2014); además, tratamiento antiviral para población con VIH; y “tratamiento de la intolerancia, toxicidad o fracaso terapéutico del manejo con antirretrovirales del adolescente (desde 13 años de edad o más) y de adultos con diagnóstico de infección por VIH/Sida. Seguimiento de los pacientes que reciben atención integral, con diagnóstico de infección por el VIH/Sida” (MINSALUD y UNFPA, 2014, p. 34)

### 4.1.3. Epidemiología

Respecto a lo expuesto anteriormente, el VIH se divide en dos grandes grupos VIH 1 y VIH 2. Del mismo modo, Chávez y Castillo (2013) plantean que el VIH 1 es de mayor circulación a nivel mundial, además, este presenta una carga viral mayor que el VIH 2:

El VIH-1 es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de las infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental” (Chávez y Castillo, 2013, p.5).

Se puede decir que a nivel de América Latina, y por tanto también en Colombia, también el VIH 1 es de mayor circulación, y si bien se han hecho esfuerzos por realizar campañas educativas, de sensibilización y promoción frente a la importancia de prevenir el contagio del virus y con el fin de disminuir la tasa de transmisión, en Colombia para el año 2019 se evidenció un aumento con relación a los años 2018 y 2017, tal y como se visualiza en el Figura 1 a continuación, extraída de los datos de vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Salud (INS, 2019).

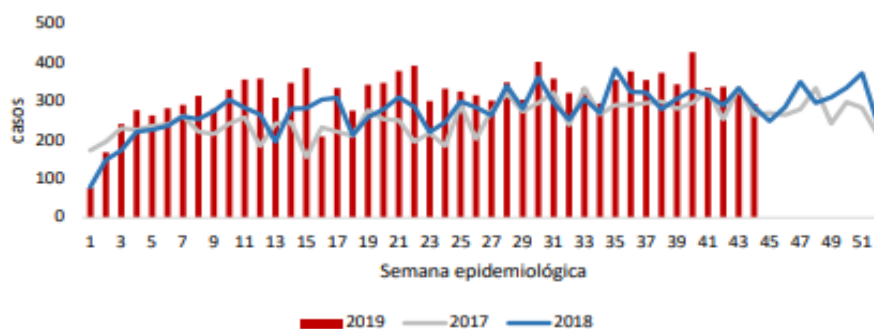


Figura 1. Comportamiento de VIH por semana epidemiológica en Colombia 11, 2019.

*Fuente:* Instituto Nacional de Salud, 2019

Por tanto, se evidencia que para el año 2019 no se logró la disminución ni estabilización de la cadena de transmisión del virus, en su lugar se puede observar un aumento

en el reporte de casos principalmente en las semanas 11, 15, 21 y 40 del mismo año, manteniéndose una tendencia de aumento con relación a los años 2018 y 2017, esto, a pesar de los esfuerzos gubernamentales e institucionales por prevenir el contagio desde sus tres principales formas de transmisión: *sexual* mediante un acto sexual sin protección o el uso compartido de objetos sexuales, *parenteral* a través del uso compartido de jeringas, y *vertical* que se da en el contagio madre a hijo.

Por otra parte, un asunto adicional a destacar respecto a la epidemiología reciente del VIH en Colombia, es que la población más vulnerable a contraer VIH es la comprendida entre los 25 a 34 años, seguido de aquellos con edades entre 15 a 24 años, tal como se puede observar en la Figura 2 en la que se incluyen datos correspondientes al año 2019.

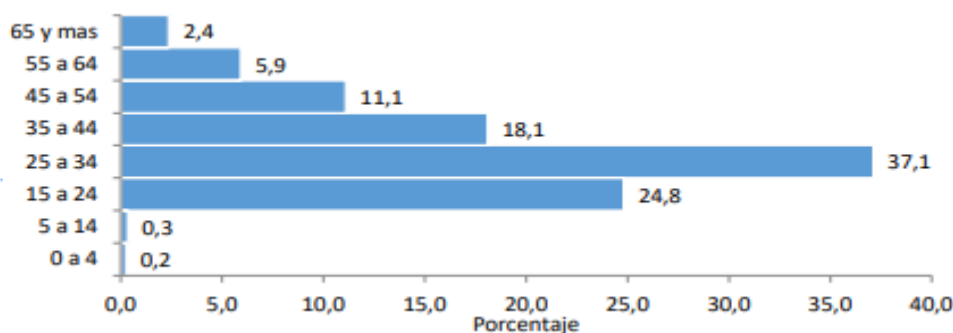


Figura 2. Distribución de casos de VIH por grupo etario, Colombia - periodo 11, 2019.

*Fuente:* Instituto Nacional de Salud, 2019

Por consiguiente, los datos epistemológicos de Colombia permiten observar que el VIH sigue aumentando su incidencia en poblaciones jóvenes, esto, a pesar de los esfuerzos realizados por los diferentes entes gubernamentales en cuanto a divulgación de información referente a las conductas de riesgo de contagio y de las estrategias de prevención. La necesidad de fortalecer las estrategias de intervención con el fin de prevenir el contagio del VIH sustenta la importancia de investigar sobre este tema para mejorar la eficacia de las estrategias de prevención.

#### **4.1.4. Riesgos de reinfección en pacientes con VIH**

El VIH no solo se transmite de paciente seropositivo a paciente seronegativo, sino que la transmisión también se puede generar de un paciente seropositivo a otro paciente seropositivo. Este proceso se conoce como reinfección en pacientes con VIH. Por esta razón las personas portadoras con VIH asumen un riesgo alto al ejercer conductas sexuales de riesgo u otras que puedan producir la reinfección, dado que podrían aumentar la carga viral, contagiarse con diferentes cepas de VIH, y desarrollar resistencia frente a los fármacos y tratamientos implementados para el manejo de la enfermedad.

#### **4.2. Conductas sexuales de riesgo**

Cuando en el año 1981 se habla por primera vez y de manera oficial del VIH, éste se asocia inicialmente a la condición de homosexualidad, tal como plantean Miranda y Nápoles:

Gottlieb, Siegal y Masur, de la Facultad de Medicina de la Universidad de California, publicaron en el reporte semanal de morbilidad y mortalidad del Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta, el informe de cinco casos de jóvenes homosexuales estudiados en tres hospitales diferentes de Los Ángeles, que presentaban neumonía por *Pneumocystis carinii*. (2009, p.64).

Adicionalmente, a finales del siglo pasado muchas de las investigaciones en torno al VIH se enfocaron en los hombres homosexuales y, bajo esta misma línea, los estudios psicológicos y sociales se centraron en el concepto de *grupos de riesgo*, haciendo alusión a que ciertos grupos poblacionales, como en este caso los hombres homosexuales, eran más susceptibles a contraer la enfermedad. Frente a esto, Gonçalves, Castellá y Carlotto (2007) hacen referencia al enfoque de *grupos de riesgo* con la siguiente cita: “Este enfoque, difundido desde los años 50, adquirió su ápice a finales de los años 80, con el surgimiento



del SIDA, estando esta enfermedad asociada a las minorías marginadas como los homosexuales y usuarios de drogas inyectables. (p.161)”.

Sin embargo, con el transcurso del tiempo la enfermedad alcanzó dimensiones mayores hasta el punto de considerarse pandemia y demandar estudios más amplios que trascendieran el concepto de *grupos de riesgo* y se basaran en un enfoque de *conductas de riesgo* asociadas a la población en general. Es así como los estudios realizados en la actualidad se centran en un enfoque de *conductas de riesgo*, bajo el postulado de que cualquier persona, sin importar su condición sexual, cultural, social o religiosa, es susceptible a contraer el virus del VIH, porque no depende de sus características o condiciones sino de las conductas de riesgo que la persona contrae como por ejemplo el no uso de condón, el tener varias parejas sexuales al mismo tiempo, tener sexo anal y compartir objetos y juguetes sexuales (Gonçalves, Castellá y Carlotto, 2007).

Para definir este concepto de conductas sexuales de riesgo, Gonçalves, Castellá y Carlotto (2007) plantean que:

En el campo del riesgo sexual, una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA. (p.161).

Por consiguiente, el concepto de conductas sexuales de riesgo de VIH está asociado a la población en general y no a un grupo poblacional en específico y, como tal, hace referencia a todas aquellas decisiones que toman las personas frente al manejo que le dan a su sexualidad, las cuales pueden llevarlas a exponerse al contagio de VIH. Un ejemplo de ello lo expone Fernández y Sánchez (2018) mostrando que, la falta del uso del preservativo en la generalidad de las relaciones sexuales, representa una falta de autocuidado, en cuanto a prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida el VIH, en la población general.

#### **4.2.1. Delimitación de conductas sexuales de riesgo para la infección y reinfección en pacientes con VIH**

Relacionado con lo expuesto en el apartado anterior, entendemos que el riesgo de contagio de VIH está presente en toda la población sin importar su condición sexual, social o cultural, y sumado a esto, el riesgo está presente también en personas portadoras del virus, quienes pueden sufrir un proceso de reinfección. Por tanto, la población en general puede asumir un riesgo en la toma de decisiones en torno a sus conductas sexuales de diferentes formas.

Una de las conductas sexuales de mayor riesgo para el contagio de VIH es el no uso del condón, dado que éste es un método anticonceptivo de barrera que, además de prevenir embarazos no deseados, previene el contagio de ETS y puntualmente del VIH. El uso del condón supone entonces una conducta de protección muy importante para prevenir el contagio dado que, tal como plantean (Olmedo, González, Delgado y Cadenas, 2012, p.484): “El preservativo, aunque no anula la posibilidad de transmisión del VIH, lo reduce considerablemente, y este sólo hecho lo justifica como una estrategia preventiva”. Por consiguiente, el no uso del condón configura una de las conductas sexuales más riesgosas en cuanto al contagio de VIH y otras ETS.

Otras de las conductas sexuales más riesgosas es sostener frecuentemente relaciones sexuales con parejas ocasionales dado que, tal como ha sido analizado, la carencia de una pareja sexual estable aumenta la posibilidad de contagio, además de tener sexo anal, hombres que tiene sexo con hombres y compartir objetos, juguetes sexuales (Vidal y Hernández, 2017). En ocasiones, estas conductas sexuales de riesgo son influenciadas por factores predisponentes entendidos como “*Factores predisponentes: incluyen la información, las actitudes, los valores y las creencias*” (Sánchez y Carrillo, 2003, p.32).

Los trastornos mentales como la depresión, la ausencia de una pareja estable, sentimiento de venganza o desquite, confiar plenamente en la fidelidad de la pareja, baja percepción del riesgo por TARGA y parejas concordantes positivas son los factores predisponentes de conductas sexuales de riesgo más evidenciados en la literatura. Del mismo modo estas conductas son precipitadas por factores facilitadores entendidos como aquellos factores claves en las conductas y comportamientos de riesgo que permiten aumentar las conductas sexuales de riesgo en personas seropositivas, al igual que en las personas que los rodean (Sánchez y Carrillo, 2003).

Uno de los factores facilitadores más recurrentes es el consumo deliberado de alcohol y sustancias psicoactivas que, si bien no representa una forma de transmisión del virus, si actúan como facilitadores en la cadena de contagios. Frente a esto, Díaz y Ballester (2019) hacen alusión a este tipo de consumo “El consumo de alcohol y sustancias psicoactivas son comportamientos que sirven como puertas hacía comportamientos de riesgo de adquisición del VIH” (2019, p. 1422). Es decir, que, si bien el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas no transmiten directamente el virus, sirven como puerta de entrada y facilitadores de las conductas de riesgo de contagio, tales como el no uso del condón. Además, existen otros factores facilitadores importantes como el uso de aplicaciones de contacto, coping, presión por parte de la pareja sexual, confinamiento encarcelamiento y uso de material sexual en línea.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. Enfoque y diseño metodológico**

El presente trabajo investigativo corresponde a un estudio de tipo documental, el cual se llevó a cabo mediante la revisión narrativa a nivel bibliográfico, contando para ello con la selección y el análisis de una serie de publicaciones que hacen alusión de manera específica a los factores predisponentes y facilitadores de las conductas sexuales de riesgo en personas con diagnóstico de VIH, a fin de dar respuesta al objetivo general del proyecto.

Parafraseando a Beltrán (2005), es relevante decir que la importancia de la revisión de literatura bibliográfica radica en que, para conocer los estudios realizados sobre un tema en específico, no basta con leer un artículo; esto amerita realizar una revisión amplia que permita identificar los diferentes elementos que componen los discursos que argumentan la temática. De acuerdo con este planteamiento, la presente revisión documental se desarrolla desde un enfoque cualitativo, siguiendo una lógica inductiva con el fin de que el proceso investigativo se desarrolle de forma diversa y circular entorno a la revisión de literatura

### **5.2. Estrategia metodológica**

La estrategia metodológica definida para esta monografía es el estado del arte, el cual pretende dar cuenta del actual conocimiento sobre un tema específico. Para ello, se revisan diferentes fuentes y documentos para luego ser descritos e inventariados con base a la información encontrada. Frente a la definición del estado del arte, Marín, Vélez y Restrepo lo definen como “Es una investigación documental sobre la cual se recupera y trasciende reflexivamente el conocimiento acumulado sobre determinado objeto de estudio” (2002, p. 1). De esta manera, desde este enfoque se busca construir un marco de referencia que sirva para otras investigaciones, y conocer los estudios realizados por diferentes investigadores.

### 5.3. Proceso metodológico

El proceso metodológico que guió la presente investigación está basado en las tres fases propuestas por Gómez, Galeano y Jaramillo (2015), a saber: a) planeación y diseño; b) gestión y análisis; y c) formalización y elaboración. A continuación, se desarrolla cada una de ellas teniendo en cuenta información específica del presente proyecto investigativo:

- a) *Planeación y diseño:* Para este primer momento se tomaron en cuenta los lineamientos dados por el asesor metodológico, donde se delimitó el tema a investigar de acuerdo al interés de aprendizaje y conocimiento manifestado por la profesional aspirante al grado de Especialización, realizando un primer acercamiento a diferentes buscadores de publicaciones de investigación como Scielo, Dialnet, redalyc, Lilacs Google Scholar, entre otros, esto con el fin de elegir fuentes relacionadas con el tema, definiendo así la pregunta de investigación, la justificación, los objetivos a lograr y el marco conceptual.
- b) *Gestión y análisis:* En esta fase se determinó la estrategia de búsqueda bibliográfica, así como las unidades y categorías de análisis; se estableció la muestra de documentos y se realizó una lectura del título, las palabras clave y el resumen en cada uno de ellos para definir su inclusión o no en la muestra documental, delimitándose a la par una serie de categorías de exclusión e inclusión de los mismos.
- c) *Formalización y elaboración:* En este paso del proceso se realizó un análisis de la información encontrada, definiendo puntos de encuentro, variables constantes, tendencias, diferencias, que llevaran a esclarecer los objetivos específicos que a su vez cumplirían el objetivo general, construyendo una matriz en Excel de análisis de los textos elegidos que respondían a la pregunta de investigación y a las unidades y categorías de análisis, desarrollándose a su vez observaciones a las mismas.

#### 5.4. Estrategia de búsqueda

La recolección de la información se realizó a partir de la búsqueda en diferentes bases de datos tales como: Scielo, Dialnet, Lilacs, Redalyc. Adicionalmente, se utilizó el buscador Google Scholar. En la búsqueda se incluyeron documentos de diversos tipos (artículos de revistas, trabajos de grado, libros y trabajos de investigación, entre otros), en áreas de conocimiento asociadas a Psicología, Medicina y Salud, a partir de una estrategia de búsqueda conformada por los siguientes descriptores: conductas sexuales de riesgo, pacientes VIH, sexualidad y riesgo. Para ello, se utilizó el operador booleano “AND” para vincular los descriptores.

La muestra documental fue seleccionada de acuerdo al cumplimiento de los siguientes criterios de inclusión en los textos:

- Documentos que se relacionaran con el tema central de conductas sexuales de riesgo en pacientes con VIH.
- Documentos que incluyeran explícitamente la conceptualización y/o delimitación de factores facilitadores y predisponentes de las conductas sexuales de riesgo para la reinfección o para el contagio a otros, en pacientes con VIH.
- Documentos publicados durante el período 2000 a 2020.
- Documentos publicados en idioma español o con traducción al español.

Como criterios de exclusión, se consideraron los siguientes:

- Documentos que no hicieran referencia a pacientes con diagnóstico de VIH sino a la población general u otras poblaciones.
- Textos que se orientaran a comprender la percepción sobre el VIH y la sexualidad pero que no hicieran referencia directa a de conductas sexuales de riesgo.

- Documentos que versaran eminentemente sobre prácticas sexuales seguras o de promoción de estilos de vida saludables y prevención del VIH, más que de conductas sexuales de riesgo.
- Documentos que describieran o analizaran actitudes frente al VIH/SIDA y prácticas sexuales en pacientes que no son positivos para VIH.
- Textos que se centraran en los conocimientos de una población específica frente al VIH y las conductas sexuales de riesgo.
- Documentos orientados a analizar el impacto de las campañas de prevención de contagio de VIH.
- Textos que describían esencialmente los comportamientos sexuales en diferentes etapas del desarrollo del VIH.
- Documentos centrados en profundizar acerca de los determinantes sociales de la salud asociados al VIH.
- Textos que describieran otras comorbilidades asociadas con el VIH, fundamentalmente.
- Documentos que informan sobre los significados que tienen los pacientes, en torno a vivir con VIH, en relación al estigma sentido, el estigma real, el estigma percibido o el auto estigma.

Estos criterios de exclusión se fueron planteando a partir de la valoración de la idoneidad de los diferentes documentos encontrados en la búsqueda inicial en las fuentes consultadas, esto de acuerdo con las palabras claves y el resumen de los mismos textos. Su construcción se realizó en pro de seleccionar los documentos pertinentes para el cumplimiento de los objetivos establecidos para el ejercicio investigativo.

### **5.5. Muestra documental**

De acuerdo a la estrategia y criterios de la búsqueda bibliográfica, se seleccionaron 44 textos en las fuentes de información exploradas, los cuales se detallan a continuación:

- Scielo: de un total de 30 textos se seleccionaron 14 textos que cumplían con los criterios del estudio.
- Dialnet: 12 textos de 44 artículos fueron seleccionados atendiendo a los criterios establecidos.
- Lilacs: se encontraron 84 textos y se seleccionó un texto que cumplió los criterios de inclusión.
- Redalyc: se encontraron 72 artículos se seleccionaron ocho que cumplieron con los criterios planteados.
- Google Scholar: Se hallaron 52 textos y según los criterios se seleccionaron nueve.

Algunos de los textos hallados se encontraron repetidos en una o varias fuentes de datos, razón por la cual, en caso de cumplir los criterios de inclusión se seleccionaron en una sola fuente; en total se seleccionaron 44 textos de los cuales se citaron 21 directamente en los hallazgos. Para la caracterización de los documentos seleccionados, se utilizó una matriz analítica a nivel descriptivo en formato Excel en el que se incluían los datos correspondientes al tipo de documento, el país y año en el que se desarrolló la publicación, el tamaño y el tipo de muestra, así como la población y los principales resultados y conclusiones de los mismos, si aplicaran estas observaciones (véase Tabla 2).

Tabla 2.

*Dimensiones de caracterización de la muestra documental*

Autores	Lugar de publicación	Fecha de publicación	Tipo de documento	Población, tamaño y tipo de muestra	Principales resultados	Conclusiones

*Fuente:* Elaboración propia



## 5.6. Unidades y categorías de análisis

Las unidades de análisis planteados en el estudio fueron: los factores identificados como predisponentes o facilitadores de conductas sexuales de riesgo en pacientes con VIH. Adicionalmente, se incluyeron en la revisión las conductas sexuales de riesgo en pacientes con VIH, de acuerdo a su vinculación con los factores facilitadores y predisponentes explorados. Estas unidades de análisis entonces se delimitan a continuación:

- *Conductas sexuales de riesgo en personas con VIH:* Para la definición de esta unidad de análisis, se asume la definición de Gonçalves, Castellá y Carlotto (2007):

En el campo del riesgo sexual, una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles como el SIDA (p.161).

- *Factores predisponentes de conductas sexuales de riesgo en personas con VIH:* Las personas seropositivas al VIH pueden contar con predisposición a manifestar conductas sexuales de riesgo de reinfección o contagio a otros, a partir de una serie de factores que las influyen. Estos factores predisponentes pueden ser tanto de un orden macro - contextual - como de micro - contexto. Respecto al macro - contexto se entienden los factores externos al individuo como la esfera socio - cultural que, si bien no dependen directamente del individuo, sí influyen en su individualidad; y respecto al micro - entorno se incluyen los factores internos del individuo, tales como sus propias decisiones y su forma de percibir el entorno y a sí mismo.

Es así que, por factores predisponentes se entienden aquellos factores que influyen directa o indirectamente en el individuo y que, de alguna manera, configuran su micro

entorno, sus creencias y sus actitudes. Esto con base a lo planteado por Sánchez y Carrillo (2003), quienes resaltan que “los factores predisponentes: incluyen la información, las actitudes, los valores y las creencias” (p.32).

- *Factores facilitadores en conductas sexuales de riesgo en personas con VIH:* Las conductas sexuales de riesgo se ven influenciadas por muchos factores, pero existen algunos que más que promover condiciones para la manifestación de las mismas, tienen un carácter facilitador en el sentido de precipitarlas en situaciones específicas. Por tanto, los factores facilitadores hacen referencia, en el ámbito del presente estudio, a todos aquellos comportamientos, situaciones y contextos que aumentan y precipitan las conductas sexuales de riesgo y dificultan que la persona con VIH adopte conductas sexual preventivas (Sánchez y Carrillo, 2003). Es decir, que por factores facilitadores se entienden aquellos factores claves en las conductas y comportamientos de riesgo que permiten aumentar las conductas sexuales de riesgo en personas seropositivas, al igual que en las personas que los rodean.

Cabe señalar que los factores facilitadores de las conductas sexuales de riesgo no son sistemas apartados con relación a los factores predisponentes, por el contrario, son parte de un mismo sistema y ambos son influenciados por un macro-contexto social, cultural y político que, de alguna manera, condiciona o define muchos comportamientos del micro-contexto, el contexto individual de la persona.

El estudio de estas unidades de análisis permitió la conformación de una serie categorías vinculadas a las mismas, tanto respecto a la conceptualización de las conductas sexuales de riesgo y su identificación en personas con VIH, como respecto a cuáles factores psicosociales (predisponentes y facilitadores) han sido considerados relevantes para comprender estas conductas sexuales de riesgo en pacientes diagnosticados con VIH. Estas categorías resultantes se mostrarán en el apartado de hallazgos del presente informe.

## 5.7. Análisis de datos

Para el proceso de selección inicial de la información se tomó el instrumento propuesto por el Grupo de Investigación “*Psyconex: Psicología, Psicoanálisis y Conexiones*” de la Universidad de Antioquia, denominado como Matriz Bibliográfica desarrollada a través de un archivo en Excel el cual permite introducir los diferentes textos que conforman el universo de la investigación, incluyendo artículos de revista, trabajos de grados, libros, entre otros, cuya finalidad será definir los criterios de inclusión y exclusión en su ulterior análisis.

Con base en el texto *El estado del arte: Una metodología de investigación* escrito por Gómez, Galeano y Jaramillo (2015), el Grupo de Investigación “*Psyconex: Psicología, Psicoanálisis y Conexiones*” de la Universidad de Antioquia propone para el análisis de datos otra herramienta metodológica que denominan Matriz Analítica de Contenido donde se permite relacionar los textos de la muestra con las categorías de análisis y facilita la organización de la información para mayor comprensión de las lecturas y su análisis. A continuación, se relaciona una tabla que ilustra la matriz de análisis:

Tabla 3.

### Técnicas de análisis de datos

¿Cuáles son los factores predisponentes o facilitadores de las conductas sexuales de riesgo en pacientes con VIH?

Link buscador	Link PDF	Titulo	Bibliografía	Resumen	Palabras claves	Apartes del texto	Conclusiones	Categorías	Observables
---------------	----------	--------	--------------	---------	-----------------	-------------------	--------------	------------	-------------

*Fuente:* Elaboración propia

## 6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta revisión de literatura bibliográfica se desarrolla teniendo en cuenta lo estipulado en la Ley 1403 del año 2010 por la cual se modifica la ley 23 de 1982, sobre los Derechos de Autor en Colombia; donde se hace referencia a la obligación de mencionar el nombre y título de la obra citada. Específicamente, en su artículo 31 se plantea lo siguiente:

Es permitido citar a un autor transcribiendo los pasajes necesarios, siempre que éstos no sean tantos y seguidos que razonadamente puedan considerarse como una reproducción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra de donde se toman. En cada cita deberá mencionarse el nombre del autor de la obra citada y el título de dicha obra (Ley 1403 de 2010, p.7)

Adicionalmente, en el desarrollo de la escritura del presente informe investigativo se hace uso de los lineamientos de las normas de estilo APA séptima edición, con relación a la citación y referenciación de los autores revisados. Esto con el fin de respetar los derechos de autor, de acuerdo con lo conferido en la ley 1090 del año 2006 “Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones”, específicamente en el capítulo VII, artículos 49, 55 y 56, “de la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones”.

**Artículo 49.** Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

**Artículo 55.** Los profesionales que adelanten investigaciones de carácter científico deberán abstenerse de aceptar presiones o condiciones que limiten la objetividad de su

criterio u obedezcan a intereses que ocasionen distorsiones o que pretendan darles uso indebido a los hallazgos.

**Artículo 56.** Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

## 7. HALLAZGOS

El presente apartado expone los hallazgos relacionados con el ejercicio de revisión del estado del arte acerca de los factores predisponentes y facilitadores de conductas sexuales de riesgo en pacientes con VIH, a partir de la revisión narrativa de bibliografía asociada para lo cual, se realizó la búsqueda, selección y análisis de contenido de una muestra documental pertinente y actualizada.

A partir de las unidades de análisis del estudio, se generaron una serie de categorías por cada una de ellas, las cuales se muestran a continuación en la Tabla 4 y se presentarán de manera más detallada a lo largo de este apartado.

Tabla 4.

### *Unidades y categorías de análisis*

<b>Unidades de análisis</b>	<b>Categorías de análisis</b>
Conductas sexuales de riesgo en personas con VIH	Relaciones sexuales sin uso de condón Tener varias parejas sexuales al mismo tiempo Tener sexo anal Compartir objetos, juguetes sexuales
Factores predisponentes de conductas sexuales de riesgo en personas con VIH	Trastornos mentales – Depresión Baja adherencia al tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) Ausencia de una pareja sexual estable Sentimiento de “venganza” o desquite” Confiar plenamente en la fidelidad de la pareja Parejas concordantes positivas Confinamiento/encarcelamiento
Factores facilitadores de conductas sexuales de riesgo en personas con VIH	Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas Uso de aplicaciones de contacto “Coping” presión de un grupo social determinado Presión por parte de la pareja sexual Uso de material sexual en línea Accesibilidad de servicios para los encuentros sexuales de carácter privado - HSH

*Fuente:* Elaboración propia

## **7.1. Conductas sexuales de riesgo en personas con VIH**

El desarrollo de esta revisión permitió identificar diversos estudios con el fin de conocer las conductas sexuales de riesgo en personas con VIH reconocidas en la literatura. Los estudios revisados facilitaron la identificación de puntos de encuentro en torno a las conductas sexuales de riesgo que suelen manifestar o referir las personas con diagnóstico de VIH, y que implican riesgo de reinfección o incremento del riesgo de contagio a otros. A continuación, se relacionan los resultados más significativos respecto a las principales conductas de riesgo en personas con VIH según los estudios consultados, los cuales se conformaron como categorías de análisis: tener relaciones sexuales sin uso de condón, tener varias parejas sexuales al mismo tiempo, tener sexo anal, hombres que tiene sexo con hombres y compartir objetos, juguetes sexuales.

### *7.1.1. Relaciones sexuales sin uso de condón*

Tener relaciones sexuales sin uso de condón es una de las conductas que acarrea mayor riesgo de reinfección por contagio a otros, según las fuentes consultadas. Por ejemplo, Vidal y Hernández (2017) encontraron que el no uso del condón es la conducta sexual más riesgosa frente al contagio del VIH, y también representa un gran riesgo para la salud de la persona portadora del virus, puesto que aumenta la posibilidad de reinfección. En este estudio realizado con dos grupos de adolescentes con VIH, un grupo perteneciente a la muestra de la investigación y un grupo de control, los resultados demostraron que gran parte de la población adolescente sexualmente activa no usa condón como método de prevención: “En el grupo de estudio, 19.1% refirió mantener relaciones sexuales no protegidas, mientras que en el grupo control 23.7% no utilizaba el condón como medida de protección en las relaciones sexuales. (Vidal y Hernández, 2017, p.629).

Esto coincide con el resultado de varios estudios que, como hallazgo principal obtuvieron que en los últimos años se ha presentado un incremento considerable de contagios en adolescentes y jóvenes, por ejemplo, en el estudio realizado por Massip y Arnold (2014),

argumenta que “Se hace evidente, que entre las edades de 20 a 39 años se encuentra el mayor por ciento de pacientes en ambos sexos” (p.51). También Vidal y Hernández (2017) hacen referencia que, a raíz de las conductas sexuales de riesgo, se evidencia un aumento preocupante en casos de infección por VIH en jóvenes: “En la actualidad las enfermedades de transmisión sexual están en franco aumento, en particular los jóvenes de 15 a 25 años de edad” (2017, p.631).

Respecto a otro estudio desarrollado por Kendall, Castillo, Herrera, y Campero (2015) con 55 mujeres portadoras de VIH, con edades entre los 19 y 41 años, se resalta que el total de las mujeres entrevistadas manifestaron no usar condón de manera recurrente antes de ser diagnosticadas con VIH “ninguna de las entrevistadas reportó haber usado el condón de manera consistente antes del diagnóstico” (185), lo cual evidencia el no uso de condón como una de las conductas sexuales de riesgo frente a la infección del VIH.

En el mismo estudio, las 55 mujeres entrevistadas manifestaron usar condón irregularmente después de ser diagnosticadas con VIH, sin embargo evidenciaron que el uso del condón no era consistente, lo que representa un riesgo de reinfección y de infección para personas no portadoras, “más de la mitad de quienes habían tenido actividad sexual después del diagnóstico no habían usado el condón de forma consistente y unas cuantas no lo habían usado durante la última relación sexual” (Kendall, Castillo, Herrera, y Campero, 2015, p. 185)

En concordancia, un estudio realizado en la ciudad de Medellín con ocho hombres que tienen sexo con hombres y viven con diagnóstico de VIH, en edades comprendidas entre los 29 y 66 años; se encontró que “el 18,5% de los HSH refirió utilización del condón sólo algunas veces y el 2,8% reportó que nunca lo usa” (Marín y Posada, 2020, p 18).

Dados estos datos y las conclusiones de los autores de los estudios revisados, el uso del condón se convierte en una de las principales conductas de protección y prevención, tanto en personas con VIH como en personas sin VIH, tanto para reducir el riesgo de contagio como, en el caso de los pacientes con VIH, para evitar la reinfección: “Las relaciones



sexuales protegidas constituyen sin duda una forma eficaz de no adquirir una ITS” (Vidal & Hernández, 2017, p.632).

### *7.1.2. Tener varias parejas sexuales al mismo tiempo*

Teniendo en cuenta lo planteado por Vidal y Hernández (2017), tener varias parejas sexuales al mismo tiempo representa, junto con el no uso del condón, una de las principales conductas de riesgo frente al contagio del VIH al igual que para la reinfección, por lo cual el uso de condón y el tener una pareja sexual estable son las conductas más eficaces al momento de prevenir la enfermedad “las relaciones sexuales protegidas constituyen sin duda una forma eficaz de no adquirir una ITS, por lo que la prevención mediante el uso del condón y la vida en pareja estable son las mejores herramientas con las que se cuenta hoy para evitarlas” (p. 632).

En concordancia, Ríos (2015) en un estudio descriptivo de corte transversal realizado con 174 adultos entre los 18 y 46 años de Paraguay, con diagnóstico de VIH encontró que las conductas sexuales que representan mayor riesgo frente al contagio del VIH son el no uso de condón y el número de parejas sexuales “las prácticas de riesgo más frecuentes son el poco uso del condón, el gran número de parejas sexuales durante toda su vida y durante los últimos 3 meses” (Ríos, 2015, p.17).

### *7.1.3. Practicar sexo anal*

El coito anal es una práctica sexual que se presenta con mayor frecuencia en las relaciones sexuales entre hombres del mismo sexo (hombre – hombre). Sin embargo, no es exclusiva de las relaciones homosexuales, dado que también se da en relaciones heterosexuales (hombre – mujer). De acuerdo con Ríos (2015), llevar a cabo esta práctica sexual sin el uso adecuado del condón representa un riesgo varias veces mayor, en

comparación a las relaciones sexuales vaginales sin uso adecuado del condón, “representa una forma de transmisión aún mayor por las pequeñas lesiones que surgen durante la penetración” (p. 16).

Es decir, que el hecho de que el sexo anal implique una conducta sexual de alto riesgo frente al contagio del VIH, tiene una explicación fisiológica y se debe principalmente a las lesiones propias de la penetración anal. El mismo estudio encontró que del total de 174 adultos con diagnóstico de VIH desconocido, “el 30,95% ha manifestado haber practicado sexo anal, siendo practicada por el sexo masculino en un 44,58%” (Ríos, 2015, p. 16). Por esto, es posible decir que el coito anal es una conducta sexual riesgosa tanto en las relaciones sexuales homosexuales como heterosexuales, y su alto riesgo tiene una explicación de carácter fisiológico. Así, puede afirmarse que toda persona que practique sexo anal sin protección enfrenta un alto riesgo de contraer VIH.

#### *7.1.4. Compartir objetos y juguetes sexuales*

La investigación desarrollada por (Díaz, 2017) mediante un estudio transversal llevado a cabo con 170 mujeres de España, que tienen sexo con mujeres y/o hombres, y están diagnosticadas con alguna enfermedad de transmisión sexual incluyendo el VIH, encontró que gran porcentaje de la población articulada al estudio usa vibradores durante sus encuentros sexuales y a su vez, un porcentaje significativo mantiene un uso compartido del juguete sexual:

El 75,1% ha usado vibrador y el 55,6% un dildo (juguete sexual con forma de falo) al menos en una ocasión con su pareja. De estas un 77,2% usaba los juguetes sexuales vía vaginal y un 22,2% vía anal. El 58% y 59,3% comparte vibrador y/o dildo con su pareja, respectivamente (Días, 2017, p.6).

Con relación a lo anterior, el mismo estudio halló que el uso de métodos de barrera durante el uso compartido de juguetes sexuales, en la muestra estudiada fue deficiente, y por tanto el riesgo que representa el uso compartido de objetos/juguetes sexuales se incrementa considerablemente, “el 50% de las infectadas no usan métodos de barrera en el sexo oral vaginal, la estimulación clitorovagino-vaginal, ni en el uso juguetes sexuales compartidos con penetración” (Días, 2017, p.6). Frente a esto, es importante mencionar que el uso compartido de objetos/juguetes sexuales representa un alto riesgo para la infección y reinfección del VIH, debido fundamentalmente a que el virus se puede transmitir mediante algunos fluidos corporales como el semen y las secreciones vaginales.

En síntesis, las conductas sexuales que representan mayor riesgo para la infección y reinfección del VIH, son el no uso del condón, el tener varias parejas sexuales al mismo tiempo, practicar sexo anal y compartir objetos, juguetes sexuales. Siendo el no uso del condón la conducta sexual más estudiada y referenciada como la de mayor riesgo para personas con VIH (Vidal y Hernández, 2017); seguida por el tener varias parejas sexuales al mismo tiempo (Ríos, 2015).

## **7.2. Factores predisponentes de conductas sexuales de riesgo en personas con VIH**

Los factores predisponentes de las conductas sexuales de riesgo en personas con VIH hacen referencia a la información social y a las prácticas que culturalmente la persona ha adquirido, así como a la configuración de sus creencias y actitudes frente a diversas situaciones. Por consiguiente, las personas infectadas con el virus VIH se enfrentan no solo a la carga biológica de la enfermedad y del tratamiento que este conlleva, sino también a una carga de creencias externas o propias que ocasionan transformaciones a nivel psicológico y que, en muchas ocasiones, pueden asociarse a trastornos psicológicos, que pueden influenciar la conducta en general, y las manifestaciones de conductas sexuales de riesgo para la reinfección en específico. Entre éstas, se ha considerado a los trastornos psicológicos, y entre ellos principalmente a la depresión, como un factor predisponente muy importante de las conductas sexuales de riesgo en personas con diagnóstico de VIH. No obstante, también la

revisión de la literatura muestra que existen otros factores predisponentes en estas personas que deben tenerse en cuenta, tales como: la ausencia de una pareja estable, los sentimientos de venganza o desquite, el confiar plenamente en la fidelidad de la pareja, la baja percepción del riesgo por TARGA, el contar con parejas concordantes positivas y permanecer en situaciones de confinamiento/encarcelamiento. A continuación, se detallan más exhaustivamente cada una de estas categorías asociadas a factores predisponentes de conductas sexuales de riesgo en personas con VIH que se identificaron en la literatura, así como las fuentes de información de donde se extrajo la información correspondiente a cada categoría (Ver Tabla 5).

Tabla 5.

*Factores predisponentes de conductas sexuales de riesgo y autores revisados*

Factores predisponentes de conductas sexuales de riesgo	Fuentes bibliográficas revisadas
Trastornos mentales – Depresión	Galindo y Ortega (2010); Marín y Posada, (2020); Sánchez y Tomateo, (2014); Wolff, Alvarado y Wolff, (2009)
Ausencia de una pareja sexual estable	Gayet, Juárez, Caballero y Bozon, (2011); Marín y Posada, (2020)
Sentimiento de “venganza” o desquite”	Juárez y Pozo, (2010)
Confiar plenamente en la fidelidad de la pareja	Jaramillo y Niño, (2014)
Baja adherencia al tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)	Juárez y Pozo, (2010); Pacífico y Gutiérrez, (2015); Romero y Sánchez, (2001)
Parejas concordantes positivas	Bonilla y Fernández, (2001)
Confinamiento/encarcelamiento	Gaviria, Lastre, y Trejos, (2015)

*Fuente:* Elaboración propia

### *7.2.1. Trastornos mentales. Depresión*

Respecto al diagnóstico de trastornos mentales en personas con diagnóstico de VIH, se ha encontrado una mayor prevalencia de trastornos del estado de ánimo de estos pacientes en comparación con la población general. Al respecto, Wolff, Alvarado y Wolff (2009) afirman lo siguiente:

En el caso de los pacientes infectados por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), la depresión suele ser dos a cuatro veces más frecuente que en la población general, considerándose como una de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes y la de mayor incidencia tras el diagnóstico de la infección. (p.65)

En concordancia, este mismo estudio (Wolff, Alvarado y Wolff, 2009) plantea que:

La prevalencia de depresión en pacientes con infección por VIH se describe en torno al 35%, pero existe gran variabilidad en el reporte, con valores que fluctúan entre 20% y 79%, dependiendo de la población estudiada, del periodo de tiempo investigado, así como de los instrumentos utilizados para la definición de caso”. (p.65)

Respecto a esta incidencia, Galindo y Ortega (2010) en un estudio realizado con 160 pacientes con VIH (124 hombres y 36 mujeres), encontraron que la prevalencia de depresión en su muestra de pacientes con VIH era del 18,76% y casi en la totalidad de estos, de gravedad moderada; y que la incidencia de la misma era mayor en las mujeres que en los hombres: “La prevalencia de depresión entre las mujeres fue de 33.3%, mientras que entre los varones fue de 14.5%. (2010, p.131).

Por su parte, Sánchez y Tomateo (2014) resaltan la relación entre la prevalencia de depresión en pacientes con VIH y el estado de salud de los mismos, donde la prevalencia es mayor dependiendo del estado de salud. Es decir, la tasa de depresión se incrementaba 2,5 veces cuando el conteo de linfocitos T CD4 era inferior a 200/ul. Respecto a las explicaciones de los trastornos del estado de ánimo en los pacientes con VIH, según estos mismos autores, Sánchez y Tomateo (2014): “Los pacientes con VIH tienen un riesgo incrementado de padecer depresión mayor a través de diversos mecanismos entre los cuales se encuentra daño directo en áreas subcorticales cerebrales, stress crónico, aislamiento social y desmoralización” (p. 75).

El mismo estudio realizado por Sánchez y Tomateo (2014), encontró como factores asociados al suicidio en los pacientes con VIH: la desesperanza, el consumo de alcohol, el pobre soporte social, la baja autoestima y la historia de enfermedad psiquiátrica. Por tanto, de acuerdo a estos antecedentes, la depresión es uno de los trastornos más comunes en personas con VIH, y se requiere trascender la idea de que la depresión es sólo una reacción normal a nivel fisiológico frente a la enfermedad, sino que implica a su vez una carga psicológica importante ante el estigma socio - cultural asociado, que puede llevarle a la transformación personal en torno al relacionamiento laboral, con familiares, amigos y a nivel sentimental.

Aunque esta carga psicológica se ha configurado desde el reporte de los primeros casos de contagio, hoy se sabe que puede variar de persona a persona y atendiendo a los contextos culturales e históricos. Por ejemplo, el hecho de que hasta mediados de la década de los 90's, ser paciente seropositivo para VIH significaba enfrentarse a una alta posibilidad de morir por la carencia de medicamentos eficientes en el fortalecimiento del sistema inmunológico, conllevaba una percepción de alto riesgo de mortalidad asociada al contagio del VIH, desesperanza, evitación social o incluso rechazo de las personas afectadas por miedo al contagio.

Con relación a esto, es importante mencionar que el panorama en torno a la esperanza de vida de los pacientes con VIH ha cambiado. En el año 1995 aproximadamente se empieza a implementar el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), y con esta implementación se transforma el panorama de vida para las personas infectadas. A pesar de ello, persiste el sentimiento de estarse enfrentando a la muerte, y se generan alteraciones psicológicas que pueden manifestarse a través de diferentes trastornos.

Al respecto, Sánchez y Torvisco (2014) exponen lo siguiente:

El saberse portador de VIH o enfermo de SIDA, la pérdida de salud que esto implica, la disminución en el funcionamiento, el deterioro en la integridad física y la ansiedad debida a “morir antes de tiempo” puede resultar en una reacción de duelo, experimentando estas personas síntomas como tristeza, insomnio, hiporexia, pérdida de peso, como reacciones a la pérdida tanto de la salud y el bienestar propios como la de los allegados que se preocupan por el afectado (2014, p. 73).

Además de esto, a través de los años se ha desarrollado a nivel socio - cultural estigmas hacia los pacientes con VIH, que se manifiestan en altos índices de discriminación social. Como resultado, presentan frecuente aislamiento, y trastornos del ánimo asociados.

Respecto a la relación de la depresión con las conductas sexuales de riesgo en pacientes con VIH, Marín y Posada (2020) plantean en su estudio que la depresión y los diferentes trastornos emocionales se relacionan directamente con conductas sexuales de riesgo, debido a sentimientos generados por la discriminación social, el aislamiento, el menosprecio y el rechazo, lo cual promueve los siguientes fenómenos en las personas con VIH “ser susceptible de manipulación, no tener capacidad de negociar prácticas sexuales seguras, “entrega total” o pérdida de establecimiento de límites con la pareja” (p.22);

especialmente respecto a las principales conductas sexuales de riesgo asociadas con el no uso del condón, el tener sexo anal y el compartir juguetes sexuales.

### 7.2.2. *Ausencia de una pareja sexual estable*

Algunos estudios se han enfocado en establecer la relación entre el contagio por VIH y el no tener una pareja sexual estable. Con relación a esto, el estudio realizado por Gayet, Juárez, Caballero y Bozon (2011), llevado a cabo en México con población en general, hombres y mujeres entre los 18 y 50 años permitió establecer una tipología de concurrencias de parejas sexuales derivada de la falta de una pareja sexual estable. A continuación, se hace referencia a la tipología planteada:

- Concurrencia experimental: “Se caracteriza por parejas sexuales concurrentes de poca duración de alguna o varias noches”
- Concurrencia en prácticas de sexo grupal: “Consiste en actividad sexual con más de una pareja sexual en la misma ocasión, ocurren como eventos aislados y no forman parte de la actividad”
- Concurrencia transicional: “Ocurre cuando se está saliendo de una relación (en proceso de desintegración) y se está entrando a otra (nueva pareja). El tiempo de la concurrencia puede ser muy variable dependiendo del tiempo que tome finiquitar la relación principal, para que la o las parejas concurrentes se vuelvan seriales”
- Concurrencia reactiva: “Ésta se produce cuando un miembro de la pareja busca otra relación de manera concurrente y al enterarse su contraparte, ésta reacciona de la misma manera”
- Concurrencia compensatoria: “Sucede cuando uno de los miembros de la pareja busca compensar las deficiencias percibidas en la relación principal teniendo otras parejas”
- Concurrencia con exparejas “copadres”: “Cuando se tiene relaciones sexuales con la pareja con quien se procrearon hijos, pero sin cohabitar con ella, y además se tiene relaciones sexuales con otras parejas”



Esta tipología de concurrencias sexuales denota diversos sentimientos, creencias y situaciones que llevan a las personas a tomar decisiones arriesgadas frente a sus conductas sexuales, por ejemplo, algunos de los entrevistados en el estudio mencionado resaltaron que las motivaciones para tener múltiples parejas sexuales iba más allá del querer experimentar con diferentes parejas sin involucrarse sentimentalmente, e involucraba el no tener confianza en su pareja y querer compensarlo propiciando encuentros sexuales con otras personas.

El realizar prácticas de sexo grupal, tener relaciones sexuales reactivas a la infidelidad de una pareja, tener parejas transitorias y frecuentar con exparejas supone un aumento de las conductas sexuales de riesgo, el no uso de condón, tener sexo anal, compartir objetos, entre otras. De acuerdo con esto, un estudio realizado en la ciudad de Medellín con hombres que tienen sexo con hombres con diagnóstico de VIH hace referencia a las condiciones de esta población frente al tener una pareja sexual estable y se encontró que una de las principales razones para no tener pareja estable y experimentar diferentes tipos de concurrencias sexuales, es la carencia de establecer relaciones afectivas “algunos entrevistados apelaron a la idea de que la mayoría de las personas gay no quiere establecer relaciones afectivas y que vive la vida sexual y afectiva de una manera separada” (Marín y Posada, 2020, p.20).

### *7.2.3. Sentimiento de venganza o desquite*

Frente al diagnóstico seropositivo para VIH, algunos pacientes tienen como respuesta emocional la venganza y el desquite, debido a que no aceptan de la mejor manera haber sido contagiados. Su reacción es opuesta al autocuidado y el cuidado de las personas que lo rodean y, en consecuencia, aumentan sus conductas sexuales de riesgo. En concordancia con estas manifestaciones, un estudio sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA realizado en Piura, Perú (Juárez y Pozo, 2010), encontró que el sentimiento de venganza o desquite es un factor predisponente en conductas sexuales de riesgo como el tener diferentes parejas sexuales al tiempo aumentaron:

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” (p. 34)

Por tanto, el sentimiento de venganza o desquite generado durante el proceso de aceptación de la enfermedad puede aumentar y precipitar las conductas sexuales de riesgo de las personas con VIH, poner en riesgo la salud física y mental de la persona portadora, y el riesgo de contagio de las personas que lo rodean con las que tiene interacciones sexuales.

#### *7.2.4. Confiar plenamente en la fidelidad de la pareja*

El tener una pareja sexual estable disminuye la probabilidad de contagio para VIH o de contraer diferentes cepas del virus en el caso de las personas seropositivas, esto debido a que a más parejas sexuales mayor es la probabilidad. Sin embargo, esto no quiere decir que no exista dicha probabilidad de contagio pues la confianza plena en la pareja suele aumentar las relaciones sexuales sin el uso adecuado del condón. En relación con esto, un estudio realizado por (Jaramillo y Niño, 2014) encontró los siguientes resultados:

Considerando que el no hacer uso del preservativo en todas las relaciones sexuales es un factor de riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH; se obtuvo que del 40% de los encuestados que no usaron preservativo se debió principalmente a que confía en la fidelidad de su pareja con un 22%, seguido de no lo vieron necesario con un 10% y en menor medida porque a su pareja no le gusta con un 8%. (p.48)

Esto permite decir que un gran porcentaje de personas con VIH relacionan el no uso de condón con la confianza en la pareja, y no como una conducta sexual de riesgo, es decir, que no se percibe esta conducta como un riesgo para su salud.

#### 7.2.5. *Baja adherencia al tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA)*

En el artículo de (Pacífico y Gutiérrez, 2015), se define el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) como “El empleo de tres o más medicamentos antirretrovirales que suprimen al máximo la carga viral, hasta niveles indetectables, y conduce a una recuperación inmunológica en pacientes con VIH/ SIDA” (p.67).

Por tanto, TARGA es un tratamiento que permite a los pacientes con VIH mejorar sus condiciones de vida y mantener de manera acertada su vida social, aunque supone un tratamiento que demanda gran nivel de adherencia puesto que se debe seguir por el resto de la vida, al no haber existencia de un tratamiento que cure el VIH. Al respecto, (Romero y Sánchez, 2001) afirman lo siguiente:

Una oportunidad, sin embargo, no es sinónimo de realidad. Muchos pacientes infectados se sienten “sanos” y por tanto rechazan el comenzar cualquier tratamiento. Tampoco se sabe con certeza por cuanto tiempo estas terapias consiguen suprimir eficazmente la replicación del virus. Existen importantes efectos secundarios y los regímenes terapéuticos son difíciles de mantener. La adherencia al tratamiento representa una alta exigencia, sobre todo para los pacientes que están asintomáticos. Desafortunadamente, los abandonos de tratamiento conducen rápidamente al desarrollo de resistencias, para las que los tratamientos de segunda línea son mucho menos efectivos. (p.13)

En efecto, existe un gran riesgo en pacientes los pacientes con problemas de adherencia del TARGA y mucho más en pacientes asintomáticos que no consideran vital asistir juiciosamente al tratamiento, poniendo en riesgo su bienestar y el de terceros. Es decir, la mejoría debida a la medicación antirretroviral puede convertirse en un factor predisponente de las conductas sexuales de riesgo a personas con VIH, tal como se evidencia en el estudio de Juárez y Pozo (2010) donde se realizaron grupos focales y entrevistas a profundidad con el fin de conocer la percepción de los pacientes con VIH frente a conductas sexuales asociadas a TARGA:

Los varones y mujeres participantes de los grupos focales y entrevistas en profundidad, afirman que luego de iniciar la toma de antirretrovirales, experimentaron una notable mejoría en su salud. Esto es debido a la creencia de que los medicamentos producen un “adormecimiento del virus”, con la consiguiente disminución de las molestias ocasionadas por infecciones oportunistas, que les permite retornar a sus actividades cotidianas (p.33).

Siguiendo el estudio mencionado, se observa que, al mejorar las condiciones de salud del paciente con VIH por el tratamiento antirretroviral, se configuran ciertas creencias que resultan riesgosas:

Respecto a la posibilidad de transmisión del “virus adormecido”, varones y mujeres que lleven menos de un año en tratamiento expresaron que en las relaciones sexuales sí se puede transmitir el virus, pero éste, al encontrarse en situación de “adormecimiento” no va a ocasionar daño en la persona sana, salvo que el virus se “despierte”, lo cual es variable en tiempo y dependerá del estilo de vida de la persona a quien se transmitió el virus. (Juárez y Pozo, 2010, p.34).

#### *7.2.6. Parejas concordantes positivas*

La revisión de estudios realizados con pacientes con diagnóstico de VIH, en gran parte hace énfasis en el uso del condón como principal método para prevenir el contagio del

VIH tanto en personas seronegativas como en personas seropositivas. Teniendo en cuenta esto, algunos estudios coinciden en que uno de los principales motivos para no usar condón es tener una pareja concordante positiva, puesto que algunos de los pacientes no perciben riesgo al mantener relaciones sexuales sin uso de condón si la pareja también es seropositiva. De acuerdo con Bonilla y Fernández (2001), tener pareja seroconcordante es el segundo motivo para no uso de condón en pacientes con diagnóstico de VIH: “El motivo para no uso de condón siempre con mayor prevalencia en los hombres fue estar bajo el efecto del alcohol con 27,8%, seguido por la idea que las parejas seroconcordantes no necesitan usar preservativo con 22,2%”. (p. 100)

Por tanto, tener parejas concordantes positivas puede ser también un factor predisponente para la práctica de las conductas sexuales de riesgo, puesto que está relacionada con el sistema de creencias de los pacientes seropositivos, quienes no perciben el riesgo de aumentar la carga viral o contagiarse con diferentes cepas.

#### *7.2.7. Confinamiento/encarcelamiento*

La situación de confinamiento/encarcelamiento parece ser una situación que puede promover las conductas sexuales de riesgo en pacientes con VIH. En un estudio realizado con 100 internos portadores y no portadores de VIH, todos de sexo masculino de un centro penitenciario de Barranquilla – Colombia (Gaviria, Lastre, y Trejos, 2015), se determinó que la prevalencia del VIH en el establecimiento carcelario fue de 43%, y al relacionar esta prevalencia con el confinamiento carcelario y las conductas sexuales de riesgo, las conductas más recurrentes fueron el no uso del condón, el compartir objetos, sexo anal y hombres que tienen sexo con hombres, lo cual tenía como consecuencia . Por ejemplo, frente al uso del condón se encontró que “el 38 % de los internos reportó que solo algunas veces utilizó protección al tener relaciones sexuales, el 33 % refirió que nunca la utiliza y un 29 % afirmó que siempre se protege (Gaviria, Lastre, y Trejos, 2015, p.30).

En cuando al tipo de relación sexual, se encontró que la mayoría de los internos practicas sexo vaginal con mujeres, sin embargo, de este porcentaje el 31% practica también sexo anal, Los datos que encontraron específicamente son los siguientes: “el 85 % refirió que practica sexo oral, el 31 % sexo anal, el 96 % sexo vaginal y el 2 % con personas del mismo sexo” (Gaviria, Lastre, y Trejos, 2015, p.30).

### 7.3. Factores facilitadores de conductas sexuales de riesgo en personas con VIH

Existe gran variedad de comportamientos, situaciones y contextos de riesgo que aumentan el riesgo de emisión de conductas sexuales de riesgo de contagio del VIH. Sin embargo, para el desarrollo del presente proyecto investigativo se toma como base los comportamientos, que son las variables conductuales básicas que aceleran la reinfección y la transmisión del VIH, entre éstas: el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, el uso de aplicaciones de contacto, el uso de material sexual en línea; y a situaciones sociales de coping, de presión por parte de la pareja sexual, o a situaciones de confinamiento/encarcelamiento. A continuación, se realiza una aproximación a estos comportamientos y situaciones como insumo para comprender y delimitar los factores facilitadores que, durante el desarrollo del proceso investigativo se revisaron, así como las fuentes bibliográficas desde las que se extrajo la información (Ver Tabla 6).

Tabla 6.

#### *Factores facilitadores de conductas sexuales de riesgo y autores revisados*

Factores facilitadores de conductas sexuales de riesgo	Autores revisados
Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas	Aviñó, García, Díez, Martín, y Caylà (2015); Berbesi y Segura, (2014); Jaramillo y Niño, (2014)

Uso de aplicaciones de contacto	Fernández, (2016)
“Coping” presión de un grupo social determinado	Valdés, Benavides y Onofre, (2015)
Presión por parte de la pareja sexual	Gonçalves, Castellá y Carlotto, (2007)
Uso de material sexual en línea	Bonilla y Fernández, (2001)
Facilidad de acceso y uso de servicio para los encuentros sexuales de carácter privado – HSH	Aviñó, García, Díez, Martín, y Caylà (2015); Simus, Álvarez, González, Abril y Moreno, (2019)

*Fuente:* Elaboración propia

### *7.3.1. Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas*

Teniendo en cuenta los resultados de los estudios revisados respecto a la relación del consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas con las conductas sexuales de riesgo en pacientes con VIH, se encontró que esta relación denota un aumento en torno al consumo de heroína inyectable, cocaína y otras sustancias psicoactivas, lo cual representa un factor facilitador en conductas sexuales de riesgo: “Se identificó que las personas que consumían cocaína presentaban casi cuatro veces el riesgo de tener relaciones sexuales sin usar condón y dos veces de presentar VIH” (Berbesi y Segura, 2014, p. 209).

En concordancia, los resultados derivados de una investigación realizada en Villavicencio – Colombia con población general (Jaramillo y Niño, 2014), sugiere que el consumo de alcohol y de drogas psicoactivas aumenta las conductas sexuales de riesgo, por un lado porque acelera el riesgo manifiesto en el uso compartido de jeringas u otros objetos utilizados para y durante el consumo, y segundo, porque estas actúan como facilitadoras de conductas sexuales espontaneas con parejas ocasionales, y el mismo estudio argumenta que aproximadamente la mitad de los casos de VIH se contagian por vías sexuales, “se considera que el tener relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol es un comportamiento de riesgo

importante, debido a que se calcula que la mitad de los casos de VIH ocurren por transmisión sexual” (Jaramillo y Niño, 2014, p.48).

Del mismo modo, otro estudio revisado (Aviñó, García de Olalla, Díez, Martín, y Caylà, 2015) llevado a cabo con hombres que tienen sexo con hombres, y con diagnóstico VIH seronegativo sugiere lo siguiente: “El consumo de drogas destacó en las dinámicas sexuales, no sólo porque disminuye la percepción de riesgo, sino porque incide directamente en las prácticas. Por ejemplo, se comentó el uso de la cocaína como anestésico y dilatador anal (p. 254). Por tanto, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas acelera el no uso de condón como principal conducta sexual de riesgo, y también aumenta otras conductas de riesgo como el tener varias parejas al mismo tiempo y el sexo anal.

### 7.3.2. *Uso de aplicaciones de contacto social*

El uso constante de aplicaciones como redes sociales puede aumentar la tenencia de diversas parejas sexual de manera simultánea y otras conductas sexuales de riesgo. En la actualidad, internet y particularmente las redes sociales, configuran un espacio social en el cual una persona puede ser lo que quiere ser, y encajar en un grupo de personas específico que satisfaga sus deseos. De acuerdo con (Fernández, 2016) internet permite aumentar la red social, y localizar grupos de personas específicos, como por ejemplo saunas y clubs nocturnos:

En cuanto a al cibersexo y el contacto de parejas sexuales, Internet es un lugar donde, no solo se pueden efectuar dichas conductas, sino que se puede localizar grupos de personas específicos para la práctica de relaciones de riesgo, aumentando considerablemente el riesgo de contraer alguna ETS (p. 5).



De esta manera, el uso de aplicaciones de contacto aumenta conductas sexuales de riesgo en personas infectadas con VIH y en personas no portadoras, como el tener varias parejas sexuales al mismo tiempo, y el no uso de condón, esto al generar espacios sociales donde se encuentre satisfacción mediante estas conductas.

### 7.3.3. *Uso de material sexual en línea.*

El uso responsable de material sexual en línea en sí mismo no representa una conducta sexual de riesgo o no de manera directa. Sin embargo, al relacionarlo con la teoría cognitiva social (TCS) se evidencia gran influencia de estos contenidos sexuales en los comportamientos e interacciones sociales de las personas que, por observación, aprenden e imitan conductas sexuales de riesgo frecuentes en la pornografía y el cibersexo principalmente. De acuerdo con (Valdés, Benavides y Onofre, 2015) esta relación puede comprenderse de la siguiente manera: “Los comportamientos riesgosos son adquiridos y reforzados a través de interacciones sociales y se aprenden por medio de la observación y la imitación de las acciones de otros” (p. 152).

Además, los mismos autores hacen referencia a las conductas sexuales de riesgo tanto en personas seropositivas como seronegativas, que se facilitan a partir del uso de material sexual en línea, como por ejemplo el no uso de condón, el sexo anal y el mantener relaciones sexuales con varias parejas simultaneas, esto en personas seropositivas y seronegativas para VIH. Por consiguiente, estas conductas sexuales de riesgo pueden aumentar debido al aprendizaje social que propicia el internet y sus contenidos, y estos aprendizajes se ven reflejados en comportamientos y conductas sexuales de la población.

#### 7.3.4. “Coping” Presión de un grupo social determinado

Es importante mencionar que, si bien las conductas sexuales de riesgo y la percepción de riesgo frente a la posibilidad de contagio del VIH en personas seronegativas, y de reinfección en personas seropositivas, es dependiente de las actitudes y la toma de decisiones individual, también, estas conductas individuales se ven influenciadas por factores externos o por un macro - contexto, la sociedad, la familia y la cultura, los cuales principalmente ejercen una influencia importante en el individuo. Con relación a esto, (Gonçalves, Castellá y Carlotto, 2007) hacen referencia al concepto de “Coping” para hacer alusión a las estrategias que tiene el individuo para afrontar la presión de un grupo determinado, teniendo en cuenta la necesidad de pertenecer y sentirse aceptado en él.

Por tanto, el *coping* incide fuertemente en las decisiones y conductas del individuo, por ejemplo, ejerce gran influencia al momento de decidir el uso o no uso del condón durante la relación sexual, atendiendo a la creencia popular “con condón no se siente nada”; y del mismo modo, influye en la tenencia de varias parejas sexuales, guiada por una cultura de promiscuidad sexual. Estas conductas representan un riesgo para personas no portadoras del virus porque pueden ser contagiadas con VIH, y también representan un riesgo para personas portadoras de VIH porque pueden sufrir una reinfección y aumentar la carga viral de la enfermedad.

#### 7.3.5. Presión por parte de la pareja sexual

En relación con los estudios revisados y mencionados con anterioridad, algunos de ellos concuerdan en que la presión por parte de la pareja sexual actúa como facilitador respecto a las conductas sexuales de riesgo, sobre todo frente al uso o no uso del condón en pacientes con VIH y población en general. Por ejemplo, el estudio realizado por (Bonilla y Fernández, 2001) indagó los motivos por los cuales pacientes seropositivos no usan condón, y encontró diferencias significativas al realizar un análisis con enfoque de género; para el caso de los hombres, el principal motivo fue el consumo de alcohol, y para el caso de las

mujeres, el motivo central fue que la pareja prefería no usarlo. Por tanto, se puede decir que ceder frente a las peticiones, deseos y/o presiones de la pareja sexual representa un factor facilitador de las conductas sexuales de riesgo en mujeres con VIH.

7.3.6. *Accesibilidad a servicios de encuentros sexuales de carácter privado - HSH*

El VIH no es una enfermedad propia o exclusiva de hombres que tiene sexo con hombres, como se había defendido inicialmente, dado que cualquier persona puede contraer la enfermedad. Sin embargo, en algunos estudios como el realizado por (Simus, Álvarez, González, Abril y Moreno, 2019) se resalta que por las características de las relaciones sexuales entre hombres, la posibilidad de contraer VIH puede aumentar, “la prevalencia de VIH/Sida en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, es superior al 5%, lo cual quiere decir que esta población presenta un riesgo 33 veces mayor de infectarse por VIH/Sida respecto de la población general” (p. 8).

Otro ejemplo de ello, ejemplo, es un estudio realizado por la Agencia de Salud Pública de Barcelona (Aviño, Gracia y Caylá, 2015) con un grupo de usuarios de saunas gay y sex shops, se concluyó que las relaciones sexuales entre estos participantes en su mayoría eran de carácter privado, y hacían uso frecuente de lugares que facilitan la consecución de parejas sexuales. Como resultado de las entrevistas realizadas, se encontró que algunos de los participantes resaltaron que tenían sexo ocasional con diversas parejas y que percibían la consecución de sexo entre hombres como fácil: “El contacto sexual entre los HSH se percibía como fácil y “desechable”, como parte de un sistema de consumo de sexo rápido, pero no todos los entrevistados se identificaban con él.” (Aviño, Gracia y Caylá, 2015, p.254).

El mismo estudio también resalta el hecho de que en ocasiones las relaciones sexuales hombre – hombre puede aumentar la práctica de conductas sexuales de riesgo como el no

uso de condón durante el sexo anal debido al aumento de excitación relacionado con el correr riesgo. “Entre algunos entrevistados, el hecho de experimentar riesgos en diferentes ámbitos de la vida, incluido el sexual, provocaba más excitación. Otros informantes manifestaron haber tenido menos autocuidado en períodos vitales críticos, en los que experimentaban emociones como rabia y baja autoestima.” (Aviño, gracia y Caylá, 2015, p. 253 - 254).

Adicional, el sexo entre hombres está directamente relacionado con la asociación e integración social que en muchas ocasiones actúan como facilitadores en conductas sexuales de riesgo, el frecuentar saunas gay, clubs nocturnos, entre otros. El mismo estudio resalta que entre los entrevistados se halló el uso frecuente de drogas como facilitadores de conductas sexuales de riesgo: “El consumo de drogas destacó en las dinámicas sexuales, no sólo porque disminuye la percepción de riesgo, sino porque incide directamente en las prácticas. Por ejemplo, se comentó el uso de la cocaína como anestésico y dilatador anal.” (Aviño, gracia y Caylá, 2015, p. 253).

## 8. DISCUSIÓN

A mediados del siglo XX, el debate científico en torno al surgimiento y estudio formal del VIH estuvo directamente relacionado con grupos de riesgo como la comunidad de hombres homosexuales, hemofílicos y heroínómanos; debido a que la mayoría de los casos reportados se ubicaban en estos grupos poblacionales. Sin embargo, este ejercicio investigativo permitió conocer que las conductas sexuales de riesgo en la actualidad están asociadas a la población en general y que, si bien hay grupos poblacionales que por su macro y micro entorno están más propensos a mantener conductas sexuales de riesgo y contraer VIH, todas las personas sin importar su raza, condición sexual, su cultura, o su condición económica pueden contagiarse de VIH.

Por esta razón, el estudio interdisciplinar del VIH no debe estar centrado en grupos poblacionales de riesgo, en su lugar debe tener como eje principal las conductas sexuales de la población, tanto seropositiva como seronegativa. En este sentido, se requiere indagar acerca de los factores que promueven las conductas sexuales de riesgo en personas que cuentan ya con el diagnóstico de VIH porque, a pesar de estar contagiados, pueden incurrir en conductas de riesgo, entre ellas las sexuales, las cuales suponen un alto riesgo de reinfección y de contagio a otros. La identificación de estos factores puede llevar a idear y desarrollar estrategias preventivas frente al incremento observado en el contagio de VIH aún en la actualidad, y en el buen pronóstico de los pacientes ya contagiados evitando su reinfección y una mayor carga viral. Partiendo de estos planteamientos, en el presente estudio se pretendió revisar cuáles eran las conductas sexuales de riesgo más relevantes para la reinfección o el contagio a otros en personas con VIH, así como de los factores predisponentes y facilitadores que las propician, mediante la metodología de estado del arte, a partir de la revisión documental.

De acuerdo con esto, los hallazgos derivados del ejercicio investigativo permitieron evidenciar las conductas sexuales que representan un mayor riesgo frente a la infección y reinfección del VIH. En primer lugar, se encontró que la conducta sexual más riesgosa es el

no uso de condón, seguida por el tener varias parejas sexuales al mismo tiempo, en tercer lugar tener sexo anal sin protección, y finalmente, compartir objetos, juguetes sexuales; (Campero, Castillo, Herrera, y Kendall, 2015), (Hernández y Vidal, 2017), (Marín y Posada, 2020) y (Ríos, 2015).

Por tanto, y teniendo en cuenta lo anterior es importante resaltar que si bien el no uso de condón es la conducta sexual que representa mayor riesgo y la más frecuente debido a factores predisponentes y facilitadores que lo precipitan y aumentan, como se observó en los resultados de la presente monografía; no es la única conducta sexual de riesgo para personas con VIH y personas en general, dado que existen diversas conductas que significan un alto riesgo de contraer VIH, como el tener varias parejas sexuales al mismo tiempo, tener sexo anal y el compartir objetos, juguetes sexuales.

Con relación a los factores predisponentes de estas conductas sexuales de riesgo en personas con VIH, se encontró que los factores más reconocidos son los trastornos mentales, especialmente la depresión, en adición a otros, tales como la baja percepción del riesgo por TARGA, la ausencia de una pareja sexual estable, sentimientos de “venganza” o desquite”, el confiar plenamente en la fidelidad de la pareja, las parejas concordantes positivas y el confinamiento/encarcelamiento.

Si se aborda de manera específica la conducta de no uso del condón, la cual supone la conducta sexual de mayor riesgo frente a la infección y reinfección de VIH, respecto a los factores predisponentes se encontró que los trastornos mentales, tales como la depresión, pueden generar que los pacientes con diagnóstico de VIH sean susceptibles a manipulaciones y a la pérdida de capacidades para establecer límites con la pareja sexual, esto debido a experiencias de aislamiento social, rechazo y menosprecio (Marín y Posada, 2020). Por otra parte, algunas reacciones emocionales asociadas a sentimientos de “venganza” o “desquite” frente al hecho de haber sido contagiado suponen también un factor predisponente a nivel emocional. Esta reacción mediante un sentimiento de venganza o “desquite” ante el diagnóstico de VIH se asocia fuertemente, como factor predisponente, a la segunda conducta

sexual que representa mayor riesgo frente a la infección y reinfección del VIH, el tener varias parejas sexuales al mismo tiempo. Así, puede ocurrir que el contagio de VIH despierte en la persona portadora el deseo que otras personas experimenten el vivir con la enfermedad (Juárez y Pozo, 2010), o que, ante la ausencia de una pareja sexual como otro factor predisponente, puede aumentarse considerablemente el número de parejas sexuales, debido fundamentalmente a la creencia de que la carencia de una pareja sexual estable debe propiciar el experimentar con múltiples parejas (Caballero, Gayet, Juárez, y Bozon, 2011).

Adicionalmente a estos factores predisponentes, la respuesta frente al tratamiento parece también influir en conductas tales como el no uso de condón, el cual se relaciona directamente con la baja adherencia al tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), debido principalmente al sistema de creencias sobre el adormecimiento del virus y la imposibilidad de reinfección y aumento de la carga viral (Juárez y Pozo, 2010).

Por otra parte, respecto a las relaciones sexuales y los vínculos, resulta interesante señalar que tanto el no contar con una pareja estable como también el contar con una pareja estable en la que se establece plena confianza en la fidelidad de la pareja, suponen factores predisponentes de conductas sexuales de riesgo, tales como el no uso del condón o el compartir objetivos y juguetes sexuales. En el caso de las parejas estables, el factor predisponente corresponde a la confianza de la pareja o por la incapacidad de negociación frente a las relaciones sexuales. Estas relaciones estables también pueden predisponer a conductas sexuales de riesgo de contagio y reinfección como la práctica del sexo anal (Jaramillo y Niño, 2014) y, asimismo, las parejas concordantes positivas pueden propiciar el no uso del condón, bajo el desconocimiento o creencia de no poderse re infectar con otras cepas de VIH, creencia que sienta las bases para practicar esta conducta sexual de riesgo (Bonilla y Fernández, 2001).

Por tanto, parece que los factores predisponentes de las conductas sexuales de riesgo para el contagio de VIH y la reinfección por parte de personas con diagnóstico de VIH+, se

podrían agrupar en: respuestas emocionales de depresión y rabia frente al diagnóstico, otras asociadas a la adherencia al tratamiento TARGA y, finalmente, las relaciones de pareja, que al no ser estables pueden propiciar el tener varias sexuales o que, al ser estables o concordantes positivas, pueden afectar a las decisiones respecto a las conductas de protección, bien por desconocimiento, por confianza o presión social.

Frente a estos factores predisponentes, sería muy recomendable implementar procesos psicoeducativos en pacientes seropositivos que les permita conocer y corregir ideas respecto de los riesgos de contagio asociados a las conductas sexuales de riesgo en situaciones de parejas estables o concordantes, o a los riesgos si se desarrollan estas conductas con tratamiento TARGA el cual, a pesar de que mejora las condiciones de vida, puede estar asociado a falsas y erradas creencias sobre “el adormecimiento del virus. De esta forma, se promoverían conductas sexuales de protección las cuales, en términos generales, serían recomendadas en la población general como actos de autocuidado y de responsabilidad con los otros pero que, en el caso de las personas con VIH, suponen un reto aún mayor debido a la necesidad de frenar la cadena de contagios y cuidar su propia salud.

A la vez, se requeriría desarrollar intervenciones psicológicas que se orienten a dar apoyo emocional y promover la autorregulación emocional ante el diagnóstico de VIH y los procesos de discriminación social asociados, para mejorar las habilidades de toma de decisiones respecto a las conductas sexuales y el autocuidado y el cuidado de otros, enfatizando en la finalidad de proteger la propia vida de los portadores, y de las personas que lo rodean. En este sentido, es importante resaltar que, los pacientes diagnosticados con VIH pueden tener tendencia a la fatalidad debido a la carga biológica de la enfermedad y a la presión social que tiende a correlacionar el virus con la muerte prematura, por esta razón es importante reforzar la idea de que en la actualidad los pacientes con VIH pueden gozar de condiciones de vida óptimas tanto a nivel biológico como social, por medio de tratamientos tales como el TARGA. Por otro lado, los temores relacionados con la aceptación del diagnóstico positivo de VIH y los estados emocionales correlacionados con trastornos depresión, o respuestas de ansiedad o ira, a su vez, se pueden manifestar en una seria



disminución de la respuesta inmune y por esto es importante una intervención psicológica y/o psiquiátrica integral y continua con el fin de disminuir estos trastornos y sus manifestaciones. Al respecto, en la medida de lo posible es esencial realizar una intervención conjunta con el paciente, su grupo familiar y su pareja, con el propósito de disminuir los temores sociales del paciente, el sentimiento de rechazo, discriminación y/o aislamiento.

En cuanto a los factores facilitadores de las conductas sexuales de riesgo en personas con VIH, se encontró que los factores más reiterados en los estudios revisados son: el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, el uso de aplicaciones de contacto, “Coping” presión de un grupo social determinado, presión por parte de la pareja sexual, uso de material sexual en línea, y facilidad de acceso y uso de servicios para los encuentros sexuales de carácter privado entre hombres que tienen sexo con hombres– HSH.

Así, el no uso del condón como la principal conducta sexual de riesgo se ve altamente influenciada por contextos sociales y culturales que pueden precipitarla, los cuales se considerarían factores facilitadores. Al respecto, en la literatura revisada se hace énfasis en el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas como facilitador del no uso de condón a raíz, principalmente por la baja percepción del riesgo generada por los efectos del consumo (Aviño, Caylà, Díez, García de Olalla, y Martín, 2015).

Además, el sexo anal puede ser una conducta sexual que aumenta debido al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, esto no solo a raíz de la baja percepción del riesgo generada por el consumo que lleva a mantener sexo anal sin protección, sino también porque estas sustancias son utilizadas constantemente como anestésico y dilatador anal, como es el caso específico de la cocaína.

En adición a este factor de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, se han analizado otros dos factores facilitadores muy comunes en algunos contextos sociales y culturales son el “coping” presión de un grupo social determinado, y la presión por parte de la pareja sexual (Castellá, Carlotto y Gonçalves, 2007) y (Bonilla y Fernández, 2001). El

primero, se relaciona frecuentemente con la población adolescente pero no es exclusivo de la misma, y se hace referencia a este facilitador como la raíz del aumento de casos de VIH en esta población en específico, debido a su necesidad de aprobación social y de pertenecer o encajar en un grupo social determinado. Ante esta necesidad, los adolescentes pueden ceder o imitar conductas con el fin de ser aceptados. En el segundo caso, respecto a la presión de la pareja sexual, se facilita el no uso del condón principalmente en población masculina, quienes según los estudios revisados manifiestan, la principal razón para no usar condón fue que la pareja prefería no usarlo.

De otro lado, factores facilitadores como el uso de aplicaciones de contacto y la facilidad de acceso y uso de servicio para los encuentros sexuales de carácter privado de hombres que tienen sexo con hombres– HSH, incrementan considerablemente el tener varias parejas sexuales al mismo tiempo, a causa de que estos factores generan espacios sociales de fácil acceso a parejas sexuales y, a su vez, las prácticas de riesgo de sexo anal.

Para concluir respecto a los factores facilitadores de las conductas sexuales de riesgo en personas con VIH analizados en la revisión de la literatura, éstos podrían agruparse en: el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas que propicia la baja percepción de riesgo por el no uso del condón o las prácticas de sexo anal; la presión social por parte de otros, bien de un grupo de referencia determinado o por parte de la pareja sexual; y el acceso fácil y rápido a materiales o interacciones sexuales a través de aplicaciones de contacto, material sexual en línea o uso de servicios para encuentros sexuales de carácter privado, en el caso de hombres que tienen sexo con hombres– HSH.

Ante estos factores facilitadores identificados, resulta esencial desarrollar programas que permitan promover el autocontrol y reducir la asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas o alcohol y las prácticas sexuales en los pacientes portadores de VIH; así como el control ambiental respecto a los dispositivos que facilitan las conductas sexuales de riesgo y el entrenamiento en habilidades de asertividad frente a la presión social de grupo o de

pareja. Un elemento clave a tener en cuenta es que las conductas sexuales, aunque frecuentemente son influenciadas por factores facilitadores que varían según el contexto social y cultural, la prevención de estas conductas cuando conllevan riesgo implica fortalecer la capacidad de tomar decisiones individuales y de autocontrol, basándose en el bienestar del paciente portador del virus.

Yendo un poco más allá, se podría plantear como necesaria también la socialización y el fortalecimiento de la implementación del Acuerdo Municipal 48 de 2017 de la Política Pública Educativa (Plan Educativo Municipal 2016-2027), para el mejoramiento de la implementación de la educación sexual por parte del sector educativo con el propósito de que las conductas sexuales de la niñez, adolescencia y juventud no se limiten a lo aprendido mediante el uso de material sexual en línea. Asimismo, Para mejorar el proceso de aprendizaje social de niños y adolescentes, específicamente con relación a las conductas sexuales, es fundamental incluir a los padres de familia y cuidadores en proyectos de intervención y brindarles herramientas para la educación sexual en casa desde la infancia.

Por último, cabe resaltar que la intervención psicológica en pacientes seropositivos parece esencial, a partir de los resultados de esta revisión documental puesto que estas personas necesitan, por una parte, apoyo emocional para afrontar el resultado del diagnóstico de VIH+ y la discriminación social asociada, y disminuir los estados emocionales negativos de forma que puedan tomar favorables decisiones sobre sus conductas y sus comportamientos sexuales de riesgo y de protección. Este acompañamiento a nivel emocional debe ir vinculados a procesos psicoeducativos donde se promuevan conocimientos y se corrijan creencias o ideas erróneas acerca de los riesgos de contagio de sus conductas en el contexto de las parejas estables o concordantes positivas, donde se adquieran habilidades de asertividad frente a la presión de otros y donde se generen capacidades para el control ambiental y el autocontrol respecto a las prácticas sexuales de riesgo que se promueven por el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, o las restricciones de acceso a material en línea o servicios de encuentros sexuales de carácter privado.

En general, es importante trabajar en las personas portadoras de VIH sobre la necesidad de transformar las conductas sexuales de riesgo con la finalidad de proteger la propia vida y de las personas que lo rodean. Con relación a esto, el paciente con VIH debe adoptar conductas preventivas que le permitan mantener una vida sexual sana, en primer lugar, para evitar la posibilidad de reinfección, aumento en la carga viral, la acelerada evolución del VIH a SIDA, la transmisión de resistencia a los medicamentos, entre otros riesgos y, en segundo lugar, para frenar la cadena de contagios. En torno a esta reflexión se formulan las recomendaciones dadas en este apartado acerca de la esperada la intervención psicológica en personas con diagnóstico de VIH:

- En términos generales, para el total de la población es fundamental implementar conductas preventivas durante el sano desarrollo de la vida sexual, esto como un acto de autocuidado y también de responsabilidad con el otro; sin embargo, las personas seropositivas al VIH enfrentan un reto mayor debido a la necesidad de frenar la cadena de contagios y cuidar su propia salud.
- Los pacientes diagnosticados con VIH pueden tener tendencia a la fatalidad debido a la carga biológica de la enfermedad y a la presión social que tiende a correlacionar el virus con la muerte prematura, por esta razón es importante reforzar la idea de que en la actualidad los pacientes con VIH pueden gozar de condiciones de vida óptimas tanto a nivel biológico como social, esto por medio de tratamientos como el TARGA.
- Tratamientos como el TARGA mejoran las condiciones de vida del paciente, sin embargo, es fundamental hacer énfasis en la aclaración de información errada e incompleta, como por ejemplo las falsas creencias sobre “el adormecimiento del virus”, esto con el fin de reforzar las conductas sexuales de prevención en pacientes con VIH.

- Los temores relacionados con la aceptación del diagnóstico positivo de VIH en gran porcentaje se transforman en trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión y estos, a su vez se pueden manifestar en una seria disminución de la respuesta inmune por esto es importante una intervención psicológica y/o psiquiátrica integral y continua con el fin de disminuir estos trastornos y sus manifestaciones.
- En la medida de lo posible es esencial realizar una intervención conjunta con el paciente, su grupo familiar y su pareja, con el propósito de disminuir los temores sociales del paciente, el sentimiento de rechazo, discriminación y/o aislamiento.
- Las conductas sexuales frecuentemente son influenciadas por factores facilitadores que varían según el contexto social y cultural, a pesar de esto es esencial fortalecer la capacidad de tomar decisiones individuales, basadas en el bienestar de cada persona y en especial del paciente portador del virus. Fortalecer la percepción de los pacientes sobre las conductas preventivas entorno al contagio por VIH.
- Se hace necesaria la socialización y fortalecimiento de la implementación de la Política Pública Educativa (Plan Educativo Municipal 2016-2027) Acuerdo Municipal 48 de 2017, para el mejoramiento de la implementación de la educación sexual por parte del sector educativo con el propósito de que las conductas sexuales de la niñez, adolescencia y juventud no se limiten a lo aprendido mediante el uso de material sexual en línea.
- Para mejorar el proceso de aprendizaje social de niños y adolescentes, específicamente con relación a las conductas sexuales, es fundamental incluir a los padres de familia y cuidadores en proyectos de intervención y brindarles herramientas para la educación sexual en casa.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aviñó, C., García de Olalla, P., Díez, E., y Martín, S, y Caylà, Joan A. (2015). Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 252-257. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.002>
- Butler, J. (2004). *Deshacer el género*. Paidós.
- Berbesi, Y., y Segura, A. (2014). Vulnerabilidad al VIH: Revisión sistemática. *Revista Investigaciones Andina*. 16(28) ,964-977. DOI: 10.33132/01248146.75
- Cortés, A., García, R., Lantero, M., Gonzáles, R., y Suárez, R (2006). El VIH/sida en la adolescencia, Cuba, 1987 hasta abril 2004: un enfoque epidemiológico.[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475232010000100001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232010000100001&lng=es)
- Días, S. (2017). Promoción de la salud en infecciones de transmisión sexual entre mujeres que tienen sexo con mujeres y mujeres que tienen sexo con mujeres y hombres. <https://core.ac.uk/download/pdf/211107191.pdf>
- Díaz, Y, Narváez O, Solón A, y Ballester, A (2019). Conductas de riesgo hacia la infección por VIH. Una revisión de tendencias emergentes. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018244.02322017>
- Espada, J, Quiles, S, y Méndez, F (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 24(85) ,29-36. ISSN: 0214-7823. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=778/77808504>
- Fernández, C., y Sánchez, D. (2018). Actitudes y prácticas sexuales relacionadas con VIH/SIDA. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*. 50(4). <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v50n4-2018008>
- Fernández, C (2016) Redes sociales y relaciones sexuales de riesgo en población normal. Universidad de la Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2871/Redes+sociales+y+relaciones+sexuales+de+riesgo+en+poblacion+normal.pdf?sequence=1>

- Galindo, J., Tello, I., Mueses, H., Duque, J., Shor, G., y Moreno, G. (2011). VIH y vulnerabilidad: una comparación de tres grupos en Cali, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 29(1), 25-33. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=120/12020036003>
- Galindo, J., y Ortega, M (2010). Prevalencia de depresión en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital General de Zona # 11 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *ENF INF MICROBIOL*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2010/ei104d.pdf>
- Gayet, C., Juárez, F., Pedraza, N., Caballero, M., y Bozon, M. (2011). Percepciones de VIH/sida y parejas sexuales simultáneas: un estudio de biografías sexuales mexicanas. *Papeles de población*, 17(68), 09-40. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252011000200002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000200002&lng=es&tlng=es).
- García, R. (2017). *El goce como estrategia de construcción del cuerpo post sida*. Universidad Autónoma de Querétaro.
- Gaviria G., Lastre, G., y Trejos, A. (2015) Prevalencia del VIH y conductas de riesgo en internos de un centro carcelario del distrito de Barranquilla (Colombia). *Revista científica salud Uninorte*, Vol 31, No 1 2015. <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/6461/7629>
- González, L., y Amable, Z (2008). Conocimientos y comportamientos sobre el VIH/SIDA en adolescentes de enseñanza media superior. *Rev. Cubana Salud Pública* <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086434662008000200006&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662008000200006&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0864-3466.
- Gómez, M., Galeano, C. y Jaramillo, D., (2015). El Estado Del Arte: Una Metodología de Investigación. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*. 6(2), 423-442.
- Gómez, M., Galeano., C., y Jaramillo, A (2015). El estado del arte: una metodología de investigación. doi:<https://doi.org/10.21501/22161201.1469>.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.

- Instituto Nacional de Salud (2019). *Boletín Epidemiológico Semanal*.  
[https://www.ins.gov.co/buscador-  
 eventos/BoletinEpidemiologico/2019\\_Boletin\\_epidemiologico\\_semana\\_47.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_47.pdf)
- Jiménez, J., y Bahena, M. (2017). Entre la ciencia y la cultura: La conformación de discursos médicos sobre la homosexualidad en el contexto del surgimiento VIH/SIDA en Costa Rica. *Anuario de Estudios Centroamericanos*. 43 (1),419-445.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6523823>
- Juárez, J., y Pozo, E (2010) Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en Piura, Perú, <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2010.v27n1/31-37/es/>
- Kendall, T., Castillo, M., Herrera, C., y Campero, L (2015) El uso inconsistente del condón en mujeres mexicanas que viven con VIH: un reto para los servicios de salud  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57s2/v57s2a12.pdf>
- Lamotte, J. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *MEDISAN*. 18(7) ,117-138.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3684/368445165015>
- López, Z. (2011). Los modos de goce en la posmodernidad. Tesis Psicológica. (6),89-101.  
<https://www.redalyc.org/pdf/1390/139022629006.pdf>
- Macías, C., Isalgué, M., y Loo, N. (2018). Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/sida. *Psychological approach for the treatment of people living with HIV/AIDS*. 97(3), 660-670.
- Massip, Tania., Massip, J., y Arnold, Y. (2014). Caracterización de variables biosociales en la epidemia de VIH/SIDA en el Municipio Plaza de la Revolución, 1986-2010. en:<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561300320140001005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561300320140001005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1561-3003
- Marín S., Posada I. (2020). Menosprecio y riesgo en hombres que tienen sexo con hombres viviendo con VIH en Medellín. *Hacia. Promoc. Salud*; 25 (1): 13-28 DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.1.2



- Mendoza, N., Serrano, Y., Forment, Z., y Fernández, R. (2015). Algunas consideraciones teóricas sobre ITS/VIH/sida. *90(2)*, 362-373.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5517/551757251017>
- Miranda, O., y Nápoles, M. (2009) Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana.  
<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572009000300007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000300007&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0138-6557.
- Morell, V., Gil, M., Ballester, R. y Díaz, I. (2014). Conductas de riesgo y actitudes relacionadas con la infección por VIH/SIDA en HSH. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 3(1), 409-414.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Temas de salud. VIH/SIDA*.  
[https://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/#:~:text=VIH%2FSIDA,con%20la%20consigniente%20%22inmunodeficiencia%22](https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/#:~:text=VIH%2FSIDA,con%20la%20consigniente%20%22inmunodeficiencia%22).
- Pacífico, J., y Gutiérrez, C. (2015) Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342015000100010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100010&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1726-4634.
- Pino, M. (2015). Rendimiento cognitivo de adolescentes con VIH en pruebas para la exploración de la flexibilidad mental. *Psicogente*. 18(33),157-165.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4975/497551992014>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA (2019). *Estadísticas Mundiales Sobre El VIH*.  
[https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf)
- Quintero, J. (2011). El deseo freudiano. *Psicogente*. 14(25) ,190-203.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4975/497552358016>
- Rafael, B y Maria, F (2011). Conductas sexuales de riesgo en paciente mayores de 18 años, con diagnóstico de VIH/SIDA que acuden a la consulta externa del servicio de

- medicina interna del hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, en el periodo de junio – septiembre de 2011. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/4428>
- Reina, F. (2014). Investigación cualitativa: estado del arte. Olga Lucía Vélez Restrepo y María Eumelia Galeano Marín (eds.). Medellín: Centro de Investigaciones Sociales y Humanas -CISH de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Universidad de Antioquia. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/tsocial/article/view/47113>
- Ríos, C. (2015). Prácticas de riesgo para transmisión de VIH en adultos de la ciudad de General Elizardo Aquino, Diciembre 2014 – Enero 2015. Paraguay. <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v15n2/a03v15n2.pdf>
- Sánchez, M., y Torvisco, D. (2014) Síndromes psiquiátricos en personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: una revisión breve. <[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972014000200003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972014000200003&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0034-8597.
- Vidal, E., y Hernández, B. (2017). Conductas sexuales de riesgo asociadas a las infecciones de transmisión sexual en adolescentes de una comunidad. <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729519X2017000400014&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2017000400014&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1729-519X.
- Vinaccia, S. (2007). Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por VIH/SIDA en Adolescentes Colombianos. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000100003>.
- Villasís, A. (2004). A 20 años del descubrimiento del VIH. *Revista de investigación clínica*. 56(2) ,122-123. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-83762004000200001](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200001)
- Wolff, C., Alvarado, R., y Wolff, M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. <[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0716-10182010000100011&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182010000100011&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0716-1018. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182010000100011>.