

**Viviendo y conviviendo con VIH: Una aproximación a las prácticas
de autocuidado de seis parejas serodiscordantes que viven en Bogotá,
Colombia**

Karen Liliana Duarte Blanco

Trabajo de grado para optar por el título en
PSICOLOGÍA

Asesoras de tesis:

Susana Barradas

Isabel Cristina Ruiz

Universidad Externado de Colombia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Área de demografía y estudios de población
Bogotá D.C
2021

Dedicatoria

La presente tesis es dedicada a todas las personas que han luchado, luchan y lucharán cada día por vivir sin ser discriminadas o estigmatizadas, transformando sus miedos a través del amor propio y hacia los demás, para así construir una sociedad más empática que respeta la diversidad y la diferencia.

Agradecimientos

A mi familia, en primer lugar, a mi papá Gabriel y mi mamá Ana, quienes son mi mejor ejemplo de amor, disciplina, constancia y fortaleza pues cada una de sus enseñanzas hacen parte de mí; gracias por acompañarme, aconsejarme y animarme cada día para ser una mejor persona y profesional. Además, por todo el esfuerzo que han hecho siempre para darme lo mejor a pesar de los momentos difíciles que se han presentado.

A mis hermanas, Clara, Nubia y Martha, por siempre estar pendientes y confiar en mí, por apoyarme, escucharme y enseñarme lo valioso de ser mujer y de estar unidas. Y a mi cuñado, Óscar por sus recomendaciones y comentarios constructivos para tener una excelente investigación.

A mis tutoras, Susana e Isabel Cristina por orientarme y compartirme su conocimiento como profesionales e investigadoras y, además, por motivarme y acompañarme a lo largo de este proceso de investigación y aprendizaje. También a cada docente que me asesoró y fue guía para ser una profesional integra y crítica.

A las organizaciones, fundaciones y participantes que se interesaron e hicieron parte de este trabajo, por creer en la importancia de la investigación como fuente de transformación social y por trabajar reconociendo la diversidad y el VIH en el país.

A mis compañeras y colegas Naomi y Paula por su apoyo sincero e incondicional en este camino profesional que hemos compartido y trabajado juntas.

A mis amigos de vida, Natalia, Mariana, Juan Carlos y Lina por estar presentes siempre para animarme y motivarme cuando lo necesitaba y acompañarme en este logro.

Resumen

Las parejas serodiscordantes son aquellas en las que se presenta una diferencia en el estado serológico, uno de ellos es quien vive con el virus pues tiene diagnóstico de VIH y otro no tiene diagnóstico o no conoce su serología, es decir que convive con el virus; así que la serodiscordancia da cabida a comprender las dinámicas de la sexualidad y del cuidado de las parejas que establecen una relación donde asumen y enfrentan los posibles riesgos dentro del ejercicio de su sexualidad. Por lo que el presente trabajo de investigación aborda las características de las prácticas de autocuidado sexual entorno a la serodiscordancia de VIH en seis parejas de hombres homosexuales de la ciudad de Bogotá en el año 2020. La investigación es cualitativa, de tipo exploratorio y descriptivo, a través de la técnica de la entrevista, 5 en modalidad virtual y 1 presencial. Dentro de los hallazgos se encontró que quienes viven con el virus tienen la iniciativa y ejercen el cuidado propio y de su pareja para evitar la transmisión del virus. En cuanto a quienes conviven con el virus, ellos se caracterizan por ser la principal fuente de apoyo de la pareja permitiendo fortalecer el vínculo emocional de la relación. Respecto a las estrategias de protección, el preservativo es el aspecto de mayor contraste pues la mayoría de las parejas no lo usa, ante la seguridad que les dan otras herramientas de cuidado. Además, se evidenció que el estigma sobre el VIH y la orientación sexual influyen en el autocuidado sexual, lo cual se convierte en barreras a las cuales se enfrentan estas parejas y desde lo cual se debe fortalecer el trabajo colectivo y de políticas públicas que involucren este tipo de problemáticas.

Palabras clave: Sexualidad, parejas serodiscordantes, autocuidado sexual, VIH

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	10
Impacto del VIH en el mundo.....	10
Panorama del VIH en Colombia y Bogotá.	14
Serodiscordancia contribuye al bienestar y calidad de vida	17
Estigma y discriminación: Implicaciones sociales de vivir con VIH.....	21
Vulnerabilidades individuales y sociales de las parejas serodiscordantes	23
Principales hallazgos de la sexualidad en las parejas serodiscordantes	27
Apreciaciones investigativas sobre el autocuidado sexual	35
CAPITULO II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	39
Planteamiento y formulación del problema	39
Objetivos de la investigación	43
Referentes conceptuales.....	44
Referentes teóricos	47
Referentes metodológicos.....	52
Tipo de estudio.....	52
Población y muestra.	53
Técnica e instrumento de recolección.	53
Procedimiento.	54
Análisis de datos.	55
CAPITULO III RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	56
Descripción de las parejas participantes	56
Resultados por categorías	59
Análisis de resultados	69
Características de las parejas serodiscordantes participantes.	69
Prácticas de autocuidado sexual.....	71
Prácticas de protección y de riesgo.	72
Factores determinantes internos y externos del autocuidado.....	82
CAPITULO IV DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	90
Discusión de resultados	90
Investigadora en la investigación	96
Conclusiones	98
Referencias	102

Anexo 1 Guion de entrevista.....	113
Anexo 2 Carta para captación de población	117
Anexo 3 Consentimiento informado.....	120

INTRODUCCIÓN

Como seres humanos nos hemos tenido que enfrentar a un gran número de epidemias, pandemias y virus a lo largo de la existencia, y el VIH es un ejemplo de ello, en donde tras su acelerada expansión alrededor del mundo y el aumento progresivo de muertes que provocaba la fase avanzada de Sida, los profesionales de la salud y científicos dentro de sus estudios por comprender y contrarrestar el virus, han logrado avances significativos en el campo de la salud en donde, actualmente, es posible vivir con VIH al controlar el impacto del virus en el cuerpo (ONUSIDA, 2020).

Además, la población que vive con VIH en el mundo se ha enfrentado no sólo a los efectos del virus en el cuerpo al afectar directamente a las células del sistema inmunológico, sino que además este virus tiene una connotación social significativa (Posada & Agudelo, 2019), que en la medida en que el virus se expandía por el mundo, también se reproducían las percepciones y juicios negativos generando estigmas y discriminaciones; los cuales tienen una afectación mayor que la infección en sí y generan desafíos emocionales para quienes son diagnosticados con el virus. En efecto, abordar el tema del VIH pone en interacción el ámbito social y de la salud, pues no se puede desligar uno del otro.

Dentro de los esfuerzos por controlar el virus y garantizar una calidad de vida para quienes viven con el virus, se ha dado lugar a acciones y programas de prevención y promoción de la salud, con lo cual desde la perspectiva de la psicología de la salud, al evaluar e intervenir en situaciones donde se presentan enfermedades crónicas como el VIH (Flórez-Alarcón, 2006), tienen el fin de influenciar los cambios de conducta que exponen al riesgo y promover conductas saludables que generen un mayor nivel de bienestar en las

personas, en este punto se incluyen a todas las personas que se exponen a riesgos, tanto quienes ya viven con el virus como quienes no han sido diagnosticados.

Por otro lado, la serodiscordancia al presentarse una diferencia en la serología, da cabida a comprender las dinámicas de las parejas en las que una persona tiene diagnóstico de VIH (viven con el virus) y de la otra no se conoce su estado serológico (convive con el virus), pues establecen una relación de pareja donde asumen y enfrentan los posibles riesgos dentro del ejercicio de su sexualidad.

Son muchas las razones que influyen en la prevención de riesgos puesto que la exposición al virus no sólo son riesgos en términos de la salud, sino además como lo expone Vargas-Trujillo (2007) en su libro, pone en evidencia dificultades como la falta de información y una deficiente educación sexual en jóvenes, conllevando prácticas sexuales arriesgadas que no solo afecta individualmente sino también a las personas con quienes se relacionan.

De manera tal, el presente trabajo de investigación pretende abordar las características de las prácticas de autocuidado sexual entorno a la serodiscordancia de VIH en seis parejas de hombres homosexuales de la ciudad de Bogotá, en donde se destacan prácticas de protección y de riesgo, así como también aquellos aspectos que influyen en la adopción del cuidado en las parejas. Lo anterior con el fin de tener un acercamiento y panorama sobre el tema en la capital y en el país, ya que se evidencia una falta de investigaciones que involucren esta población.

En definitiva, esta investigación está dirigida a personas, organizaciones o entidades que se interesen y trabajen en la intervención social con las parejas serodiscordantes desde el ámbito de la sexualidad integral, reconociendo las habilidades, necesidades y dificultades para desde allí trabajar en favor del bienestar de esta población, además de buscar la

manera más adecuada para garantizarles una mejor calidad de vida al vivir y convivir con el virus y que este no sea un obstáculo o limitante para su vida.

CAPÍTULO I

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En este apartado se presentan los aspectos relevantes y generales que fundamentan el presente trabajo de investigación, iniciando con una descripción sobre el impacto del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el contexto mundial, nacional y local. Luego, se exponen los antecedentes investigativos relacionados con la comprensión de la serodiscordancia como un fenómeno de investigación que contribuye a mejorar el bienestar y calidad de vida, continuando con las implicaciones del estigma y la discriminación en las personas que viven con el virus, al igual de las distintas vulnerabilidades a las que se enfrentan. Y para finalizar, se describen los principales hallazgos investigativos sobre las parejas serodiscordantes en su ejercicio de la sexualidad y las perspectivas investigativas que han abordado el autocuidado sexual en el país.

Impacto del VIH en el mundo

Desde hace más de 30 años, la presencia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha sido uno de los virus que a raíz de su acelerada propagación, es uno de los mayores problemas de salud, ya que impacta de manera considerable la vida de las personas que viven con el virus, quienes gracias a los avances en los tratamientos aprenden a vivir con el virus con una adecuada calidad de vida. Si bien, dicho impacto no es exclusivo del ámbito biológico o de la salud, pues no solo afecta directamente las células del sistema inmunológico, sino que además sus implicaciones se extienden a ámbitos sociales, culturales, psicológicos y económicos, conllevando a que el abordaje e intervención de este fenómeno sea de manera integral, involucrando distintas áreas de estudio. (Posada & Agudelo, 2019).

Así que, las investigaciones y estudios que se han realizado exponen la necesidad de fomentar la prevención y reducción de casos de VIH en el mundo, favoreciendo el bienestar físico, mental y social de las personas, al igual del disfrute de una vida sexual plena, segura y responsable (Izquierdo, 2013). De ahí que, la mayoría de programas o intervenciones que se proponen mitigar el VIH tienen en consideración grupos de población clave, pues son aquellas personas que presentan mayor probabilidad de riesgo de infección al virus por el contexto en el que se encuentran o las prácticas que realizan. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020), se consideran como poblaciones clave a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), consumidores de drogas inyectables, personas en prisión o recluidas, trabajadores/as sexuales y sus clientes y personas transgénero.

Por otro lado, el VIH se encuentra clasificado como un tipo de infección de transmisión sexual (ITS), frente al cual se han realizado avances farmacéuticos y científicos pero no se ha logrado encontrar la cura; por el contrario, se han creado tratamientos y mecanismos para su control y así, disminuir el impacto negativo en la salud y calidad de vida de las personas. Además, al ser las infecciones de transmisión sexual prevenibles, como lo menciona Rangel (2014), las estrategias de respuesta giran entorno a la manera como las personas asumen y enfrentan los riesgos, es decir la manera como se perciben frente al riesgo y cómo obtienen los recursos de su contexto ante las posibles amenazas.

Además como lo afirma la OMS (2020), el VIH es una enfermedad llevadera con la cual las personas que viven con el virus y logran tener una vida saludable con una buena expectativa de vida, gracias al aumento del acceso a la prevención, diagnóstico y tratamientos eficaces, logrando así avances significativos desde la aparición del virus. Sin embargo, desde el ámbito económico, al ser una enfermedad que implica un alto costo para

atender y garantizar los servicios de salud de la población; y muchos países no cuentan con los recursos y condiciones suficientes (insumos o equipos) para manejar y controlar la epidemia.

A nivel mundial, respecto a la situación actual del virus, según la OMS (2020) desde la aparición y hasta la actualidad, se han presentado más de 75 millones de personas infectadas y aproximadamente 32 millones de muertes relacionadas con el virus, panorama que evidencia que el VIH se mantiene como un problema de salud pública global.

Adicionalmente, la presencia del VIH en las personas diagnosticadas ha generado un aumento en la prevalencia de comorbilidad relacionada, es decir el riesgo de interacción del virus con otros agentes infecciosos que dificultan el control de la infección, la calidad de vida y la expectativa de vida de las personas que viven con el virus (Profamilia, 2010)

En cuanto a datos y cifras de las estadísticas suministradas por ONUSIDA (2020) en su reporte anual sobre la situación del VIH en el mundo, demuestra que a finales del 2019 se estimaron alrededor de 38 millones de personas que vivían con el virus, de las cuales 1,7 millones de registros eran casos nuevos y además, a causa de dificultades en el acceso a servicios eficientes de salud, se presentaron 690 mil muertes relacionadas con el VIH. La región en donde se encontraba el 65% de la población que vivía con VIH y en donde estaba aumentando el registro de nuevas infecciones es África, mientras que América Latina registró 2,1 millones de personas que vivían con el virus en 2019. Dentro de los avances significativos, se encuentra que entre el año 2010 y 2019 disminuyeron las nuevas infecciones por el VIH en un 23% y las muertes relacionadas con el VIH en un 39%; el 85% de mujeres embarazadas que vivían con el virus recibieron tratamiento con antirretrovirales para evitar la transmisión de la madre al hijo.

Como respuesta a las dificultades de control que se han presentado alrededor del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual a nivel mundial, se han desarrollado diferentes planes de intervención promovidos por organizaciones internacionales como la Organización de Naciones Unidas (ONU), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organizaciones no Gubernamentales. En esta medida, en el 2015 la ONU planteó el objetivo “90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de Sida” (ONUSIDA, 2013), el cual consiste en lograr en el 2020, que el 90% las personas que viven con VIH conozcan su estado serológico, el 90% de las personas diagnosticadas reciban terapia antirretroviral continuada y el 90% de los que reciben tratamiento logren carga viral indetectable (ONUSIDA, 2019), de manera tal, que en el 2030 se logre dar fin a la epidemia.

Al llegar el 2020, ONUSIDA (2020) informa el estado de los objetivos planteados para el control y fin de la epidemia del VIH, los cuales no se cumplirán pues los avances y logros han sido desiguales, sólo 14 países alcanzaron las metas, mientras que otras regiones, como África, registraron un retroceso en el proceso de control del virus. El panorama es aún más problemático con barreras como el estigma y la discriminación que junto con otras formas de desigualdad social y exclusiones de poblaciones marginadas obstaculizan aun más, el logro de los objetivos.

Adicionalmente a esto, el impacto actual de la pandemia del COVID-19 en el mundo puede también obstaculizar los avances hasta ahora logrados y retrasar el alcance de los objetivos de hasta 10 años más (ONUSIDA, 2020); lo anterior, ante las interrupciones en los servicios de salud de VIH, la disminución de financiación y la respuesta concentrada en la lucha contra el COVID-19, lo que le resta atención a otras epidemias.

Dentro de los esfuerzos por alcanzar el objetivo 90-90-90, las cifras mundiales muestran que en el 2019, el 81% de las personas que viven con el virus conocen su estado serológico, el 67% de ellos tuvo acceso a tratamiento con antirretrovirales y el 59% tenía carga viral indetectable (ONUSIDA, 2020). Con lo que, a pesar de las diversas problemáticas evidentes alrededor del VIH, se ha podido evidenciar avances importantes en el control del virus impulsados por el propósito de contribuir al fin de la epidemia, como lo son la reducción de nuevos casos de infección, la mejora en la expectativa de vida y calidad de vida de las personas que viven con VIH, la reducción de casos de muertes a causa del Sida, el aumento de la cobertura de acceso al tratamiento antirretroviral y el seguimiento a gestantes para reducir los casos de transmisión vertical del virus .

Panorama del VIH en Colombia y Bogotá.

En el contexto nacional, desde el primer caso registrado de VIH en 1983, año tras año, se ha evidenciado un crecimiento sucesivo de casos notificados (Instituto Nacional de Salud, 2019), en donde se ha mantenido la epidemia y se ha concentrado la atención de las personas que viven con el virus a partir de su relación con los grupos poblacionales clave y sus conductas de riesgo. Igual como lo referencia la OMS (2020), en el país se consideran los mismos grupos poblacionales clave mencionados anteriormente, agregándole además la población de habitantes de calle (HC).

En esta medida, al evidenciar las condiciones contextuales propias de la presencia del virus en el país, en el informe más reciente de la Cuenta de alto costo (2019), se muestra con claridad que a pesar de que el riesgo de transmisión es mayor entre los hombres que

tienen sexo con hombres (HSH) y las personas que se inyectan drogas, más de la mitad de las personas registradas que viven con el virus no pertenecen a las poblaciones clave consideradas anteriormente; lo anterior expone una discusión importante ante la necesidad de abordar la epidemia con la población general.

Asimismo, en los informes epidemiológicos de la Cuenta de alto costo (2019), se dieron a conocer las características sociodemográficas de la población que vive con VIH en el país. En el 2019, se encontraban 109.056 personas viviendo con el virus, de los cuales 10.930 eran casos nuevos en donde el 81% de los reportes eran hombres con una edad promedio de 32 años. En cuanto a la distribución de los casos por departamento, Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca reportaron el mayor número de personas que viven con el virus.

Respecto a la mortalidad, se registraron 1.802 muertes en personas que vivían con el virus, representando un aumento de la tasa por 100.000 habitantes de 2,31 en 2018 a una de 3,78 en 2019; además Quindío, Bolívar y Magdalena fueron los departamentos con las cifras más altas de muertes. Y dentro de la estrategia para poner fin a la epidemia de la ONU, en el país no se lograron las metas propuestas pues se registró que el 72,6% de la población que vive con VIH conoce su estado serológico, de ellos, el 85,63 % recibe tratamiento con antirretrovirales y el 72% ha alcanzado la carga viral indetectable (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2019).

Como respuesta a los diversos retos que implica el VIH actualmente a nivel nacional, se han desarrollado varios programas y proyectos, en donde se destaca el Plan Nacional de Respuesta a las ITS- VIH/Sida 2018-2021 (Ministerio de Salud y la Protección Social; Onusida, 2018), en el cual se encuentran estrategias y acciones utilizadas como herramientas para controlar y atender integralmente la epidemia. Y también el Plan Decenal

de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) que se enfoca en la equidad en salud, es decir en garantizar el potencial de salud, independientemente de las condiciones sociales y económicas, de tal manera que se brinde bienestar y calidad de vida. Se enfoca en la salud como un derecho, diferencial, poblacional y un modelo de determinantes sociales.

Específicamente en Bogotá, la Cuenta de Alto Costo (2019) expone que hay 24.994 personas que viven con el virus en la capital, de los cuales, 3.252 (13%) corresponden a mujeres y 21.742 (86%) a hombres; se registraron 246 casos de muerte relacionada, siendo la segunda ciudad con la cifra más alta de mortalidad en el país. Asimismo, las características importantes de las personas que viven con el virus en Bogotá, el 89% recibe tratamiento con antirretrovirales, el 78% presenta carga viral indetectable.

Respecto a la edad de las personas que viven con el virus en la capital colombiana, según el informe de Salud Capital (2019), el 66% de los casos por 100.000 habitantes se encuentran entre los 25 a 29 años. Además, la distribución de los casos por localidades se encuentra que Chapinero, Santafé, Mártires y Teusaquillo son las zonas donde se localizan el mayor número de personas que viven con el virus en la ciudad. Mientras que, según los casos notificados en el 2019, Kennedy y Suba, fueron las localidades que presentaron más casos en ese año.

Ante todo, desde el primer caso notificado de VIH en el país y hasta la fecha se ha dado lugar a acciones, programas e investigaciones para conocer la magnitud del virus en el país y dar respuesta de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva. (Instituto Nacional de Salud, 2017) En relación con esto, se han creado instituciones que ofrecen apoyo y servicios para mejorar la calidad de vida de quienes viven con el virus y además promover bienestar a través de una sexualidad sana y responsable, dentro de las

instituciones con sede en Bogotá se encuentra la Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida, Profamilia, la Corporación Red Somos, la Cruz Roja, Fundación PROSURGIR, la Fundación Caminos de Esperanza, entre otras. En dichas instituciones, se trabaja por mejorar las condiciones de la salud dependiendo de las condiciones contextuales, sociales y políticas en las que se desenvuelvan la población nacional y local, incluyendo a los migrantes que también se hacen presentes actualmente.

Sobre todo, al retomar las cifras y estadísticas anteriormente mencionadas, se puede dar cuenta del impacto del VIH en la salud pública en los diferentes contextos (mundial, nacional y local), principalmente por el registro de casos en distintos grupos poblacionales. Aunque frente al aumento de casos de personas infectadas, estas no se reportan dentro de los grupos poblacionales clave (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2019), demostrando tanto que la infección se empieza a registrar en la población en general, como también las implicaciones de reconocerse dentro de dichas poblaciones.

Serodiscordancia contribuye al bienestar y calidad de vida

Los avances investigativos y científicos que se han mencionado anteriormente logran dar cuenta de la manera como se busca responder a las necesidades de las personas que viven con VIH, para mejorar su calidad de vida y brindar alternativas para disminuir la probabilidad de nuevas infecciones del virus.

De esta manera, la visibilidad de las parejas serodiscordantes como poblaciones clave de VIH se da dentro de los hallazgos de la OMS entre el 2010 y 2012, al evidenciar que

además del uso del preservativo como medida de protección y prevención de ITS, la toma de antirretrovirales de quien vive con el virus, logra disminuir la probabilidad de transmisión del virus a su pareja y además mejorar su calidad de vida; por lo que los profesionales de salud de países como Zambia, Canadá, China y Kenia comenzaron a recomendarla a los pacientes que lo requirieran (OMS, 2012).

Por esa razón, la OMS (2013) publicó los lineamientos y recomendaciones sobre el uso de los medicamentos antirretrovirales y la prevención de infección por VIH, pues allí mencionan las poblaciones a quienes se les debe garantizar el inicio del tratamiento antirretroviral (TAR), entre los que se encuentran: personas con un estado avanzado del virus, personas diagnosticadas con un número de células CD4 (del sistema inmunitario) mayor a 350-500 copias, quienes vivan con VIH y tengan comorbilidad relacionada de tuberculosis o hepatitis B, el socio con VIH de una pareja serodiscordante y toda mujer embarazada o lactante que viva con VIH (OMS, 2013). De tal manera que aquellas directrices dieron paso a importantes beneficios de atención, tratamiento y prevención dirigidas a las parejas serodiscordantes, además, de grandes avances para quienes viven con el virus.

A partir de esto, se desarrollaron varios estudios que lograron evidenciar la eficacia del TAR en la disminución de transmisión del virus, entre ellos, Anglemyer, Horvath, & Rutherford (2013) plantean la siguiente pregunta de investigación: “¿El tratamiento del compañero infectado con VIH en una pareja serodiscordante reduce el riesgo de transmisión del virus a la pareja no infectada?” (pág. 1619), con la cual realiza 9 estudios observacionales en donde examina la relación de la TAR con la transmisión del VIH en parejas serodiscordantes; 8 de esos 9 estudios lograron dar cuenta de la manera como la terapia se relaciona con la disminución de la transmisión de parejas serodiscordantes.

En esta medida, se puede decir que el tratamiento antirretroviral tiende a ser beneficioso en el control de la infección del virus, y así mismo, favorecedor para las parejas serodiscordantes. Pero no se puede dejar a un lado aspectos que surgen para complementar y enriquecer este tipo de investigaciones como lo son la durabilidad de la protección, los eventos adversos con relación a la terapia temprana y la aparición de cepas resistentes a la terapia antirretroviral (Anglemyer, Horvath, & Rutherford, 2013).

Asimismo, en la investigación PARTNER I de Rodger, Cambiano, Bruun, entre otros (2016) evaluaron la tasa de transmisión del VIH en parejas serodiscordantes con actividades sexuales sin preservativo y cuando quien vive con el virus usa la TAR, participaron 1.166 parejas tanto heterosexuales como homosexuales de 14 países de Europa. Dentro de los hallazgos, los investigadores evidenciaron que con un seguimiento medio de 1,3 años de cada pareja no se documentaron casos de transmisión del virus, presentando así un límite de confianza del 95%. Por lo tanto, fundamentaron aun más la efectividad de la TAR como estrategia preventiva de disminución de riesgo de transmisión del VIH.

Luego en 2019, publicaron la segunda fase de la investigación PARTNER II en el que se precisaron los hallazgos del seguimiento durante 8 años de 972 parejas homosexuales (HSH) serodiscordantes de 14 países europeos, en donde las personas que viven con VIH tienen carga viral indetectable (copias por debajo de 200) y una mayor vulnerabilidad relacionada a prácticas sexuales sin preservativo; a partir de lo cual en ninguna de las parejas se detectó transmisión del virus. Así concluyeron que, cuando la carga viral se suprime a niveles de indetectabilidad, la transmisión del virus es nula, desde allí se promueve la campaña indetectable = intrasmisible. (Rodger, A; Cambiano, V; Bruun, T, entre otros, 2019)

Otro estudio es el de Vasquez, Llaraza, Ruiz y otros (2017) en el cual encuestaron a 22 parejas serodiscordantes donde quien vive con VIH está con TAR y carga viral indetectable, conformadas en 11 parejas heterosexuales y 11 parejas homosexuales; con el fin de conocer sus prácticas sexuales e identificar los factores de riesgo de transmisión. Los resultados arrojaron que las parejas tienen conductas de riesgo al mantener relaciones sexuales con una persona que vive con VIH, y con ello aceptan y asumen el riesgo implicado. Respecto al uso de preservativo, todas las parejas homosexuales lo usan de manera consensuada y conciente y el 27% de las parejas heterosexuales no usan métodos de protección en las relaciones sexuales. En concordancia con la investigación PARTNER fase I y II, no se presentó transmisión del virus a ningún socio negativo de las 22 parejas, incluso en parejas que no hacían uso de preservativos durante sus relaciones sexuales. Además, todas las parejas consideraron fundamental la adherencia al TAR y tener una carga viral indetectable, con lo cual el riesgo de infección disminuye, reflejando una responsabilidad propia y también para con su pareja.

En relación con el papel fundamental de la adherencia al TAR, un factor importante para mantenerse en el tratamiento, mejorar la salud y el bienestar es el apoyo social, pues a pesar de las dificultades o efectos secundarios que conllevan la toma de medicamentos, la red de apoyo fortalece y facilita la adherencia. Así es como lo evidencia Rivera, Rodríguez, Varas y Pacheco (2013) en su investigación con 20 parejas serodiscordantes de Puerto Rico, el 68% consideraban a sus parejas o socios como la principal fuente de apoyo, siendo esto útil y beneficioso para los dos miembros de la pareja.

Por otro lado, en cuanto a investigaciones con personas que conviven con el virus y otras medidas de prevención, se encuentran avances científicos como la profilaxis previa a la exposición (PrEP) como una estrategia eficaz y segura para la prevención de infección

del VIH (Morillo & Sánchez-Rubio, 2017), dirigida a personas que no viven con VIH y frecuentan prácticas que aumentan la probabilidad de infección, como el socio negativo de una pareja serodiscordante, hombres que tienen sexo con hombres o mujeres trabajadoras sexuales. En el estudio iPrEX en el 2010, analizaron la eficacia de la PrEP en 2.499 hombres sin diagnóstico de VIH o mujeres transgénero que tenían relaciones sexuales con hombres; los resultados arrojaron que quienes tomaron el medicamento regularmente el riesgo de infección disminuyó un 92% y quienes lo toman diariamente logran un 99% de protección contra el virus. (Grandt, R; Lama, J; Anderson, P, entre otros, 2010)

Estigma y discriminación: Implicaciones sociales de vivir con VIH

Dentro de los aspectos sociales más destacados que rodean al VIH y que se mencionó anteriormente como uno de los aspectos que dificultan el control del virus, es el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con el virus, quienes evidencian que el VIH no sólo afecta las células de defensa el cuerpo, sino además impacta sus relaciones sociales (Harvey & Wenzel, 2002), las cuales son fundamentales para que quienes viven con el virus logren enfrentar las desafíos emocionales y físicos, manteniendo un bienestar integral.

Mahajan (2008) aclara conceptualmente el estigma y la discriminación en donde el primero es aquello socialmente creado que desacredita a un sujeto o grupo por ser o tener algún aspecto que sea considerado inaceptable por la sociedad, lo cual reproduce relaciones de poder, control y jerarquías que devalúan a las personas generando exclusión, discriminación, desigualdades sociales y emociones de miedo u odio. Por otro lado, la discriminación la producen quienes estigmatizan pues con aquellos juicios desfavorecen a

las personas a acceder distintos espacios como, por ejemplo, a la educación, a servicios de salud, al trabajo, entre otros.

Igualmente, con respecto al impacto social, en la Encuesta de Demografía y Salud (2010) se logra evidenciar que los estigmas o prejuicios sobre quienes viven con el virus se mantienen, pues la mayoría de las personas perciben el VIH como “una enfermedad de otro” o una situación ajena, apoyada por la creencia de que el virus tiene relación exclusivamente con personas con orientación sexual homosexual o para quienes tienen múltiples parejas. Asimismo, alrededor del tema se encuentran múltiples estigmas y discriminaciones causados por la deficiente educación sexual, falta de información válida, ignorancia y la desigualdad en las relaciones sociales y sexuales de hombres y mujeres. (Profamilia, 2010)

En relación, la investigación de Mahajan (2008), midió el estigma frente al VIH, para dar cuenta de la influencia e incidencia en la aceptación y tratamiento del virus. La medición la realizó a través de indicadores que tenían en cuenta el distanciamiento social, apoyo, pruebas, acceso y servicio de tratamientos; evidenciando el estigma como una barrera de los programas que intervienen en la reducción de riesgo de VIH y en la adherencia al tratamiento antirretroviral, e igualmente influye en la aceptación del diagnóstico y las carencias del acceso a los servicios médicos de apoyo.

Del mismo modo, Harvey (2002) menciona cómo con los datos registrados de las pruebas diagnósticas, algunas personas sentían temor a estas, por lo que evitaban acudir al médico; así que el estigma genera consecuencias involuntarias pero que son significativas dentro del contexto de la prevención y promoción de la salud sexual de bienestar y calidad de vida.

Mahajan (2008) complementa haciendo énfasis en que la reducción del estigma puede estar acompañado por los contenidos expuestos por los medios de comunicación y publicidad, en los cuales se dejen de abordar actitudes estigmatizantes, sino que se trabaje de manera integral con las campañas de prevención dirigidas a favorecer las oportunidades con las que se cuentan y mejoran la calidad de vida de las personas que viven con VIH.

Como se ha mostrado, según los datos del estudio de Harvey (2002) y Mahajan (2008), en el contexto del VIH, el apoyo social es aspecto fundamental para mantener y mejorar la calidad de las relaciones al ser sanas, cercanas y de sostén, contrastando las afectaciones negativas de la infección. En conclusión, las relaciones e interacciones entre familiares, amigos y parejas son base importante para que las personas que viven con VIH se adhieran al tratamiento y usen estrategias de afrontamiento apropiadas.

Vulnerabilidades individuales y sociales de las parejas serodiscordantes

No obstante, ante los avances en la eficacia de los medicamentos y las distintas posibilidades de reducción del riesgo de transmisión de VIH, aun se encuentra que, quienes viven con el virus mantienen la idea de la dificultad de establecer una relación con una pareja serodiscordante, así es como se evidencia en la reciente investigación de Albarracín, Ariza y Espinoza (2020), en donde quienes participaron afirmaron que al vivir con VIH sólo es posible tener una relación de pareja con quien tiene el mismo diagnóstico, lo cual demuestra que el desconocimiento de la eficacia e importancia de la TAR y la carga viral indetectable, siendo dificultades que reflejan deficiencias en la información y educación sobre el tema; igualmente lo afirma Martínez, Azevedo, Souza & Grinsztejn (2017), pues

estas dificultades se consideran una forma de vulnerabilidad que aumenta la probabilidad de presentar actitudes y comportamientos de riesgo de transmisión del virus.

A propósito de los tipos de vulnerabilidades que se mencionaron, en el estudio de Martínez et al. (2017) en Brasil se entrevistaron a 40 parejas serodiscordantes, de las cuales se evidencian las vulnerabilidades a las cuales se enfrentan desde distintos niveles, el programático, el social y el individual. En cuanto al programático, la dificultad se evidenció en relación con la divulgación del diagnóstico de VIH por parte de los profesionales de la salud, pues no realizaron una asesoría adecuada en cuanto a comunicación, atención y manejo emocional de la situación, al igual que su discurso era exclusivo y reiterativo sobre el uso del preservativo como única forma de cuidado, sin considerar otras formas de protección y prevención.

Con respecto a la vulnerabilidad social, los autores evidenciaron en las parejas la falta de información sobre sexualidad en el ámbito familiar y escolar, por lo cual es frecuente que se generen conocimientos distorsionados sobre la prevención y transmisión del VIH. Además, las parejas demostraron tener conocimiento de tecnologías de prevención como la profilaxis post-exposición (PEP), la TAR, el gel vaginal o lubricante y la profilaxis previa a la exposición (PrEP), con los cuales al evaluar los riesgos, los utilizaban como estrategias de protección. Y en la vulnerabilidad individual, encontraron que la divulgación del diagnóstico a la pareja estuvo influenciado por el miedo al rechazo o pérdida de la pareja pues esto era más significativo que el riesgo a la transmisión o a infectarse; mientras que para otras parejas, esto implicó solidaridad y mayor complicidad en la relación (Martínez et al., 2017).

En cuanto a la divulgación del diagnóstico, cabe resaltar que, posterior a la confirmación del diagnóstico de VIH, en algunos casos, las personas se enfrentan a la revelar su estado de

salud a sus familiares, amigos, pareja u otras personas. Lo anterior se puede convertir en una tensión que afecta de manera sustancial las emociones y comportamientos de las personas, al igual de su relación e interacción con otros, implicando presentarse situaciones incómodas o repercusiones negativas que lleva consigo la revelación (Klitzman, 1999; Harvey & Wenzel, 2002; Mahajan, 2008). Este es un tema difícil de manejar al presentarse problemas sociales de estigmatización y discriminación, que dificultan aún más el hecho de la revelación de la serología, igualmente Klitzman (1999) en su estudio con hombres en parejas serodiscordantes, evidencia que tanto quienes viven con el virus como sus parejas sin diagnóstico, concordaron que la revelación debe ser informada a los principales socios o parejas y personas significativas.

En esta medida, el hecho de negar o minimizar la enfermedad a las otras personas, afecta en la importancia de hacer una divulgación plena y completa que fomente el conocimiento de la enfermedad y reduzca el estigma; por lo que, la revelación se hace cuando las recompensas superan los aspectos negativos (Klitzman, 1999). Otro hallazgo de Klitzman (1999) es el tiempo para divulgar el diagnóstico, pues este depende de la aceptación de las mismas personas de la infección, es decir ya cuando han hecho consciente el diagnóstico, pues se sienten capaces de poder divulgarlo a otros. Frente a las razones para revelar el diagnóstico, estas variaron por el tipo de relación con el socio (estable u ocasional) (Klitzman, 1999; Said & Seidl, 2015), el deseo de intimidad y apoyo, también se encuentra el hecho de querer evitar el estigma.

Por ello, la decisión de no hacer la revelación a los otros está promovida por razones como el miedo al rechazo, la posibilidad de tener sexo inseguro, el sentirse “normal”, no infectado y todavía deseable. Respecto a las reacciones, las parejas a las que no les revelaron el diagnóstico, mostraron molestia y enojo, además el autor evidenció lo mismo

con quienes le preguntaron a su pareja directamente sobre su estado de salud. Así que, en resumen, el estudio de Klitzman (1999), dio cuenta de que la ausencia de una divulgación clara y directa, aumenta las prácticas de sexo inseguro en las parejas serodiscordantes.

A partir de allí, adicionalmente Serovich y Mosack (2003) parten del problema de la divulgación, pero se centran en las razones por las que sí revelan o no el diagnóstico a socios sexuales ocasionales. Estas autoras al igual que Klitszman (1999), tomaron como población a los hombres que tienen sexo con hombres, para recolectar la información.

En relación con ese estudio, es importante destacar que la revelación del diagnóstico tiene una estrecha relación con el número de parejas sexuales, pues la probabilidad de divulgación disminuye con relación a un menor número de parejas; y esta probabilidad también se da cuando la divulgación se hace a parejas ocasionales que a las estables (Serovich & Mosak, 2003). En otras palabras, entre más parejas sexuales tenga una persona, menor es la probabilidad de divulgar su diagnóstico de VIH, más aún cuando son parejas ocasionales, hacia quienes no sienten un afecto y vínculo fuerte.

Según Serovich y Mosak (2003), tener comportamientos sexuales arriesgados con parejas ocasionales también puede atribuirse a la percepción de optimismo del tratamiento antirretroviral, el cual bajo la continuidad de consumo puede presentar una disminución en la carga viral, por lo tanto, ser indetectable e intrasmisible. Mientras que las parejas que otorgan una mayor importancia a la revelación son quienes mencionan que el factor de la responsabilidad es fundamental (Chong & Torres, 2019; Serovich & Mosak, 2003) ya que implica comprometerse a no poner en peligro o dañar la salud y bienestar de los demás.

Otro estudio que se interesó por las dinámicas de las parejas sexuales estables y ocasionales, es el estudio de Said y Seidl (2015), en donde participaron 13 parejas serodiscordantes con estos dos tipos de relaciones; los resultados destacan que quienes

viven con el virus no son concientes de las diferentes medidas de prevención, por lo que se hace necesaria ampliar de manera eficiente dicha información y acceso a esta población, en donde los profesionales de la salud tienen un papel fundamental. Otro de los resultados, indica que para las parejas en relaciones ocasionales es más fácil tener prácticas sexuales seguras ya que no hay una vinculación emocional de confianza y lealtad tan fuerte; mientras que en las parejas en relaciones estables, aunque se favorece la comunicación y la negociación, la estrecha vinculación emocional dificulta el tener prácticas sexuales de prevención. (Said & Seidl, 2015).

En definitiva, las investigaciones anteriormente mencionadas demuestran que las parejas serodiscordantes han empezado a tener mayor visibilidad, pues hace menos de diez años se han empezado a realizar investigaciones en distintos países, las cuales enfocan como objeto de investigación a las parejas serodiscordantes, población que involucra a quienes viven y conviven con el VIH, lo cual implica consideraciones importantes y particulares sobre el riesgo de transmisión, infección y formas de prevención (Ospina, 2018) tanto para la persona que vive con el virus, como para quien convive con este.

Principales hallazgos de la sexualidad en las parejas serodiscordantes

Adicionalmente a la prevención de riesgos y promoción de la salud en el contexto del VIH, en los estudios sobre parejas serodiscordantes, se han encontrado hallazgos importantes referentes al ejercicio de la sexualidad de vivir y convivir con VIH. Que dan cuenta de las distintas características que identifican a esta población, en temas como el

género, los vínculos afectivos, la relación con el otro, los obstáculos y estrategias de la serodiscordancia.

La experiencia de la sexualidad en las relaciones de pareja está influenciada por el género pues este se expresa con características diferenciales para hombres y mujeres, Chong y Torres (2019) en su estudio con 2 parejas heterosexuales serodiscordantes de México hacen referencia al modelo femenino y masculino en donde sus diferencias evidencian inequidad en los recursos con los que cuentan las personas para ejercer una sexualidad responsable, sana y libre en presencia de la serodiscordancia.

Aunque las parejas tengan en común la afectación del VIH en su sexualidad, el miedo al rechazo y a la transmisión del virus a otros, en el modelo femenino se dificulta más la posibilidad de tener una pareja y también se presentan situaciones de embarazo no deseado y violencia ante la no revelación del diagnóstico, lo cual refleja dificultades y riesgos para las mujeres; mientras que el modelo masculino se caracteriza por una etapa de enamoramiento y de divulgación del diagnóstico antes de la consolidación de la relación (Chong & Torres, 2019). No obstante, las relaciones sexuales se presentan aun teniendo conocimiento del diagnóstico de VIH, en donde las parejas reconocen las estrategias y capacidad de agencia que tienen para ejercer y compartir su sexualidad, sentimientos y deseos conscientemente con el otro.

Del mismo modo, la investigación de González, Ortiz y Manrique (2020) evidencian la manera cómo se expresa la sexualidad y afectividad de un hombre que vive con el virus en relaciones serodiscordantes; las autoras hallaron que el miedo de la persona que vive con el virus a la transmisión de su pareja influye en la disminución del deseo sexual, sin embargo, las actitudes, conocimientos y prácticas de cuidado reflejan un evidente interés de protección hacia el otro, estableciendo vínculos afectivos y el disfrute de su sexualidad.

También los resultados evidencian cambios en la vivencia de la sexualidad después del diagnóstico en donde hay un cambio en la comprensión de la experiencia, emociones e identidad al vivir con el virus; asimismo, la influencia del contexto social (familia, amigos, pareja) es importante en la manera como las personas expresan su sexualidad y afectividad.

Continuando con la vivencia de la serodiscordancia, esta es una experiencia de conexión emocional (Torres C. , 2015), por lo que las parejas serodiscordantes, establecen vínculos afectivos particulares pues su relación no sólo está implicado el riesgo evidente de transmisión e infección del virus, el cual afecta de manera importante las prácticas sexuales y la manera de relacionarse con el otro, sino que además dichos vinculos que identifican a estas parejas se caracterizan por una interacción emocional de integración y solidaridad, lo cual se evidenció en el análisis de las entrevistas que realizó Torres (2014) en su estudio con 10 parejas homosexuales serodiscordantes en México. Emocionalmente, las parejas sienten primero miedo ante la relación y luego, tranquilidad que les da el apoyo médico, quienes les exponen las posibilidades de la disminución del riesgo de transmisión del virus y buena calidad de vida.

Adicionalmente, Beckerman (2002) en su investigación menciona desafíos emocionales como el temor a la transmisión, la incertidumbre de la infección, cambios en la intimidad emocional y la manera como el VIH afecta las alternativas de reproducción o el deseo de embarazo. Así que, estas categorías adicionales permiten dar cuenta de los desafíos que experimentan las parejas serodiscordantes, quienes en algunas ocasiones pueden presentar algún tipo de distanciamiento emocional que afecte en gran medida la relación de pareja, pero también se pueden encontrar parejas, para quienes el virus no es un obstáculo, sino que logran fortalecer más su vínculo ante la necesidad de intimidad y apoyo mutuo.

Como anteriormente se mencionó, la responsabilidad sobre conocer el estado serológico (siendo quien vive con VIH quien informa y comparte desde su vivencia) es asumida por la pareja conjuntamente (Chong & Torres, 2019; Serovich & Mosak, 2003), pues así es como las parejas encuentran estrategias para mantener prácticas sexuales seguras, como la adherencia a la TAR, la carga viral indetectable y el uso del preservativo.

Frente al uso del preservativo, tanto Rivera, Rodríguez, Varas y Pacheco (2013) como Martínez et al. (2017) evidencian que aunque la mayoría de las parejas que participaban en sus investigaciones usaban preservativo, se referían a este como poco agradable pues los limitaba, aún así los usaban para manifestar apoyo y las parejas que no hacen uso del preservativo no les gusta y están cansados de ellos, considerándolo como un desafío para tener relaciones sexuales seguras.

De ahí que, en el estudio de Reis & Gir (2005), los autores exponen tres factores que afectan la posibilidad de que las parejas serodiscordantes tengan sexo seguro. La primera es la baja confianza que se presenta sobre la efectividad de los preservativos, puesto que en cierta medida se presenta la posibilidad de una posible infección o un embarazo; el segundo es la manera como los preservativos interfieren en la vida sexual de la pareja en relación con la intimidad y el placer sexual. Y el último factor al cual hacen referencia es al uso adecuado del preservativo, en donde hacen especial énfasis en el bajo uso del preservativo femenino; además que, para las mujeres, a diferencia de los hombres, el preservativo no es percibido como un aspecto negativo o que interfieran o genere un cambio en la satisfacción sexual.

Al enfatizar en las características de las relaciones de parejas serodiscordantes, Torres y Martínez (2013) tomaron una muestra de hombres homosexuales de La Habana, Cuba, partiendo de categorías como la comunicación, los conflictos, las estrategias, las

expectativas y proyecciones futuras de la pareja. En cuanto a los resultados recolectados, los autores evidencian que dentro de las dinámicas de estas parejas, se encuentran varios conflictos asociados al VIH y la serodiscordancia, los cuales están enmarcados por la dimensión subjetivas de los sujetos; conflictos tales como: Obstáculos en las relaciones sexuales, miedo a transmitir o infectarse del virus, el dilema de tener hijos, cambios físicos en la persona con VIH, los problemas de la adherencia al tratamiento, la pérdida del deseo sexual de la pareja seropositiva, la posibilidad de paso a fase SIDA, la probabilidad de muerte del infectado, el rechazo social y familiar.

Dichas parejas logran afrontar aquellos conflictos a través de la comunicación, la apertura y el establecimiento de una relación de confianza y honestidad (Torres & Martínez, 2013). A través de la comunicación, las parejas construyen proyecciones de su relación en el futuro, lo que promueve que se distancie la posibilidad de que el miembro afectado pueda morir prontamente.

Así como lo afirma Torres y Martínez (2013), cuando las parejas tienen expectativas de pareja y logran establecer espacios donde satisfacen sus deseos y sueños logran superar las consecuencias del VIH en sus vidas, permitiendo que el vínculo afectivo entre ellos perdure. Sin embargo, los autores también dieron cuenta de cómo los hombres homosexuales, siguen siendo una población de riesgo y vulnerable al virus, ya que tienden a realizar prácticas sexuales de riesgo como relaciones sin preservativo, practicar el sexo anal y prácticas sexuales en lugares de encuentro, por ejemplo: cuartos oscuros, saunas, dogging, entre otros.

Así pues, dichas parejas serodiscordantes de la investigación se caracterizan por mantener una comunicación abierta y fluida, en donde se hace presencia el tema del VIH, los problemas de deterioro de salud que trae consigo la infección y el diálogo de otros

conflictos (Torres & Martínez, 2013). Para quien vive con VIH, es preocupante el aspecto de transmitir el virus a su pareja, la disminución del deseo sexual, la tensión de ocultar el diagnóstico a la familia de su pareja. Para quien convive con el virus, se encuentra en conflicto la sobrecarga psicológica de manifestar a su pareja su temor asociado a su deterioro y posible muerte, además de la responsabilidad de cuidado que esto implica.

De esa manera, las tensiones que se presentan en las parejas serodiscordantes, se afrontan en pareja (Torres C. , 2014; Torres & Martínez, 2013), punto desde el cual logra permanecer la relación, junto con la satisfacción de la relación, la funcionalidad de la comunicación, las proyecciones futuras de la relación, los lazos afectivos que son sólidos, el compartir el estado serológico de cada uno y poder compartir espacios de interacción.

Continuando con el tema de la comunicación en parejas serodiscordantes, Ospina (2018) investigó los procesos de comunicación y prácticas de cuidado de una pareja homosexual serodiscordante de la ciudad de Manizales; esta es una de las primeras investigaciones que se realizan sobre la serodiscordancia en Colombia, así que este se toma como una acercamiento importante para tener en cuenta en la presente investigación.

Como se mencionó anteriormente, la comunicación es crucial dentro de las parejas serodiscordantes; y aún más la diada comunicación-cuidado ya que atraviesa la interacción de la pareja. Tanto Torres y Martínez (2013) como Ospina (2018) concuerdan que la comunicación fortalece los vínculos y lazos afectivos de la relación, estructurando así las dinámicas propias de la pareja.

Otra característica que evidencia Ospina (2018) de la pareja, es cuando cuentan con rituales o actividades conjuntas que se ubican dentro de su cotidianidad, dichas actividades se encuentran relacionadas por el conocimiento de la situación de quien vive con el virus, ya que las prácticas de autocuidado influyen los contextos de interacción. En cuanto a

quién convive con el virus, se evidenció conocimiento sobre el VIH, los posibles riesgos y la capacidad de manejar situaciones sensibles para su pareja, pero desde las cuales se fortalece la relación. Así que el autor, concluye que la pareja serodiscordante a través de los procesos comunicativos tienen las herramientas necesarias para dar paso a prácticas de cuidado a lo largo de la relación, fortalecidas por vínculos afectivos, los cuales se consideran estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de la pareja.

El ámbito de la reproducción es otro aspecto relacionado con la sexualidad, así que, siguiendo esta misma línea, se ha desarrollado el tema de los objetivos de fertilidad en las parejas serodiscordantes como un aspecto importante para tener en cuenta dentro de la salud sexual y reproductiva. Pues las parejas serodiscordantes que desean concebir entran a un campo de riesgo de una posible transmisión del virus, es decir que se enfrentan a dilemas reproductivos en donde se presenta la posibilidad de transmisión del virus a su pareja, a su hijo/a y el deseo de la concepción. Igualmente, los retos de la reproducción se evidencian aún más cuando este tipo de parejas al usar el preservativo con el fin de reducir la probabilidad de transmisión del virus, también se enfrentan a no poder concebir un hijo/a.

En un estudio sobre los comportamientos de riesgo frente al VIH en parejas serodiscordantes con objetivos de fertilidad, Crankslaw et al.(2012) expone los factores que se deben tener en cuenta al estudiar la posibilidad de embarazo en este tipo de parejas. Estos factores son: el contexto general, determinantes masculinos y femeninos, los determinantes de la relación de pareja, los comportamientos seguros que disminuyen el riesgo de transmisión del virus, el embarazo y las intervenciones de concepción seguras (Crankslaw et al., 2012). Retomando este último factor, es importante recalcar que son necesarios servicios de atención y apoyos eficientes y seguros en el proceso de la

concepción, puesto que, al no ser así, afectaría el proceso de prevención de la transmisión en las parejas gestantes, quienes a pesar de que conocen las fallas en dichos servicios, cumplen su deseo de concepción.

También en Cuba se realizó en el 2007, una investigación sobre la natalidad de las parejas serodiscordantes (González, Díaz, Pérez, Toledo, & Berdasquera, 2007), en donde percibieron un aumento del deseo de tener hijos en esta población, a razón del mejoramiento de la calidad de vida de las personas infectadas, quienes logran vivir con el virus gracias a los avances de la TAR y a tener una carga viral indetectable. Además, este estudio evidencia que desde el año 2000 se dio un aumento creciente de los nacimientos en estas parejas, siendo 148 los registrados dentro del periodo de 1986 a 2005; en 2005 se registraron 31 nacimientos, los cuales corresponden al 21% del total desde que se inició la epidemia (González et al., 2007)

En lo que respecta a los servicios de salud de los centros médicos, estos cuentan con protocolos de acompañamiento y orientación desde los cuales la pareja puede satisfacer sus deseos con el menor riesgo posible. Y aunque en Cuba no existen las técnicas de reproducción asistida o de lavado espermático, son pocos los casos (6.08% de niños que adquieren la infección dentro del total registrado) que se han presentado de transmisión vertical (madre-hijo) (González et al., 2007), a razón de las consultas de consejería que orientan el proceso de concepción, con información veraz y en favor del bienestar de los padres y de su hijo/a.

En definitiva, las investigaciones mencionadas son de suma importancia, ya que brindan elementos de base para comprender las características propias que identifican a las parejas serodiscordantes en el ámbito de la sexualidad, la influencia del género, los conflictos a los

que se enfrentan, las prácticas que realizan como estrategias de prevención y afrontamiento para mantener una vida saludable en el ámbito de la pareja.

Apreciaciones investigativas sobre el autocuidado sexual

En primera medida, es importante mencionar que varios de los estudios y teorías alrededor del autocuidado sexual han sido principalmente desde el ámbito de la enfermería, disciplina en la cual la promoción de la salud y el cuidado de pacientes es la preocupación e interés general. Sin embargo, en el presente trabajo, desde una mirada de la psicología de la salud, dichos estudios sirven como comprensión contextual sobre el fenómeno de estudio que se quiere abordar.

Adicionalmente, los estudios mas recientes sobre autocuidado sexual en el país estan dirigidos especialmente a poblaciones que en sus prácticas diarias se exponen a distintos tipos de riesgo, los cuales asumen y tienen implicaciones en su vida, como por ejemplo las mujeres trabajadoras sexuales, población de estudio de los estudios de Camaño, Mondragón, Soto, & Mayor (2015) y Melo, Castañeda, Peña, & Preciado (2018) en Palmira, Valle y Bogotá respectivamente, en donde el objetivo central de las investigadoras fue identificar los conocimientos y prácticas de autocuidado en mujeres trabajadoras sexuales.

De manera tal, que en la investigación de Camaño et.al (2015) plantearon una metodología cuantitativa para dar respuesta a la pregunta de investigación bajo las siguientes categorías de análisis: características sociodemográficas, autocuidado, actividad sexual. Mientras que en la investigación de Melo et.al (2018) utilizaron dentro de su

metodología cualitativa la técnica de la entrevista semiestructurada con categorías como detalles personales, salud general, percepción de los servicios de salud y programas de salud.

En cuanto a los hallazgos en común, las investigadoras de los respectivos estudios mencionan que es importante comprender los diferentes factores externos que influyen sobre las mujeres que ejercen la prostitución que son determinantes para su bienestar y calidad de vida puesto que el autocuidado incluye promover el bienestar físico, mental, espiritual, además de incluir temas de alimentación, higiene, aseo, ejercicio, exámenes médicos. Así que, encontraron que uno de los problemas principales eran las falencias en cuanto al ejercicio y a una dieta balanceada. Otro problema por destacar es que las mujeres, aunque tienen prácticas de autocuidado, estas no llegan a ser lo suficientemente eficaces a razón de las diferentes creencias que tienen de estas prácticas como (Melo et.al, 2018; Camaño et.al, 2015) por ejemplo el aseo después de la actividad sexual o del uso del lubricante; por lo tanto, las investigadoras hacen énfasis en la importancia de la educación sexual.

Entre las entrevistadas, la respuesta más frecuente se dio en torno al uso del preservativo y la importancia de exigirlo, a menos de que haya suficiente confianza con el cliente o haya una alta suma de dinero que les sea necesario (Camaño et.al, 2015); lo cual abre un panorama de riesgo, de alguna ITS o un embarazo no deseado, del cual se es consciente pero que igualmente se asume el riesgo. Dentro de otros factores de riesgo dentro de sus actividades sexuales, se evidenció el consumo de bebidas alcohólicas y de drogas.

El aporte de las investigaciones de Melo et.al (2018) y Camaño et.al (2015) es evidenciar una vez más los riesgos a los cuales están expuestas las poblaciones que han

sido vulneradas, en este caso de las trabajadoras sexuales, y reconocer la necesidad de crear estrategias y programas efectivos para su calidad de vida y bienestar, sin embargo, a pesar de que la investigación tiene en cuenta los determinantes sociales desde los cuales se inscribe el ejercicio de la prostitución, el autocuidado sexual se dirige en gran medida hacia el acceso a los servicios de salud, siendo importante ampliar otros campos desde donde surgen las prácticas de autocuidado sexual.

Por otra parte, un estudio realizado con jóvenes en Bucaramanga da cuenta de otro tipo de perspectiva desde la cual se puede investigar sobre el autocuidado sexual y es el de la pedagogía. Así que, la investigación de Gutiérrez (2010) toma en consideración una población de riesgo o vulnerable, así como las investigaciones antes mencionadas, pues justifica que los jóvenes tienen conductas riesgosas que ponen en peligro su proyecto de vida, sumada a más problemáticas en donde se evidencia la necesidad de programas educativos de promoción de “estilos de vida saludables en salud sexual y reproductiva” (Gutiérrez, 2010, pág. 14). En dicha investigación la recolección de la información se dio a través de cuestionarios entregados a un grupo de jóvenes de un colegio de educación secundaria con el fin de conocer lo que dicen, hacen y sienten los jóvenes para proteger la salud física, sexual y mental propia (Gutiérrez, 2010).

En cuanto a los hallazgos, el estudio de Gutierrez (2010) encontró que hay una gran diferencia en la percepción del sexo y la sexualidad en hombre y mujeres, pues sigue influyendo las representaciones sociales del ser hombre y mujer respecto a la afectividad, placer y genitalidad. Respecto al autocuidado, no se encontraron prácticas saludables de autocuidado en la salud sexual y reproductiva a razón del desconocimiento y confusión que aumenta las probabilidades de riesgo de ITS, embarazos no deseados, abortos en condiciones riesgosas. (Gutiérrez, 2010).

En conclusión, las anteriores investigaciones mencionadas dan cuenta de las distintas perspectivas y poblaciones sobre las que se evidencia la importancia de estudiar y comprender el autocuidado, como un aspecto relacionado con la sexualidad y la manera como las personas a partir de sus aspectos personales, laborales y sociales asumen los riesgos y los afrontan.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En este apartado se exponen los principales argumentos que explican y demuestran el problema fundamental de investigación y la necesidad de abordarlo en la actualidad en el contexto nacional y local; con base en esto, se orienta el desarrollo del estudio a través de los objetivos de investigación. Además, como apoyo del trabajo investigativo se tienen presentes los referentes teóricos y conceptuales, los cuales brindan elementos fundamentales para la comprensión del fenómeno de estudio; y finalmente se exponen los aspectos metodológicos que estructuran la investigación.

Planteamiento y formulación del problema

El impacto del VIH en la vida de las personas es significativo pues además de que el virus afecta directamente la salud, se presentan cambios más relevantes que se reflejan en el aspecto social, relacional y emocional. Una de las implicaciones sociales y culturales que se ha construido alrededor del virus es el estigma y la discriminación, como dinámicas de control y poder sobre quienes recaen las consecuencias negativas de vivir con el virus; lo cual logra afectar los comportamientos y relaciones de apoyo, este último es fundamental para quienes son diagnosticados e intentan contrarrestar y sobreponerse a dichos efectos negativos (Harvey & Wenzel, 2002).

Así pues, resultar con un diagnóstico de VIH se convierte en un problema que afecta el bienestar y calidad de vida de las personas si no se maneja adecuadamente o no se cuenta con los recursos necesarios para afrontarlo. Dicho impacto es aún mayor cuando se mantiene una relación con una pareja serodiscordante (InfoSida, 2016), de ahí que estas parejas, se enfrenten a un problema evidente de riesgo de infección del virus a quien no vive con VIH. Según la OMS (2012), la mitad de las personas que viven con el virus en el mundo y están en una relación de pareja a largo plazo, tienen una pareja que no vive con VIH; con lo cual se presentan ciertas dinámicas particulares de estas parejas que permiten mantener la serodiscordancia.

Otro aspecto para tener en cuenta es que el VIH al ser altamente transmisible por contacto sexual, por ello no se puede desligar de los temas de sexualidad, el cual no se habla en varios contextos y se relaciona exclusivamente al ámbito individual o de relaciones sexuales. Así que, ¿qué cambios implica vivir y convivir con el virus en la sexualidad? ya que el virus influye en la manera como las parejas serodiscordantes ejercen su sexualidad tanto individualmente como en la pareja.

Por otro lado, los avances médicos han permitido prolongar la expectativa de vida de las personas que viven con VIH, a través de tratamientos con antirretrovirales que han demostrado eficiencia para lograr carga viral indetectable y, por ende, no transmitirlo. Pero, además, los antirretrovirales no sólo están dirigidos a quienes ya son diagnosticados, sino también, recientemente, suministran antirretrovirales para prevenir la infección por VIH. A pesar ello, se ha evidenciado que quienes viven con el virus no son concientes de las diferentes medidas de prevención (Said & Seidl, 2015), a razón de dificultades o deficiencias en el acceso a los servicios de salud y a información pertinente sobre el virus.

No obstante, el problema no sólo es el riesgo de infección o transmisión del virus, pues se puede acceder a distintas alternativas de protección y prevención para vivir y convivir con el virus, como se mencionó anteriormente. Sino que el problema está dirigido hacia la manera como las parejas serodiscordantes asumen y enfrentan riesgos para contrastar los efectos del virus (Rangel, 2014), esto genera preguntas como: ¿cómo perciben el riesgo?, ¿cómo los afrontan? y ¿cómo establecen una relación o vínculo con otra persona a pesar de implicar posibles afectaciones para alguno de los miembros?

De esta manera, en la serodiscordancia los desafíos son tanto individuales como de pareja ya que el impacto del VIH afecta tanto a quien vive con el virus de manera directa, como también la relación con otros, en este caso la pareja que no vive con el virus. Asimismo, la relación sobrepasa el virus, pues como lo menciona Martínez y otros (2017), las parejas serodiscordantes muestran mayor miedo al rechazo o pérdida de la pareja que como tal al virus, entonces ¿cómo el vivir y convivir con VIH se refleja en la relación de pareja?

Recientemente, las parejas serodiscordantes se han visibilizado cada vez más, pues varios países han desarrollado estudios acerca de esta población, inicialmente Estados Unidos y Brasil, poco a poco se han unido países como España, Argentina, Chile, México y Cuba, quienes evidenciaron las problemáticas y riesgos, inicialmente de salud, a los cuales se exponía esta población; luego se han ido interesando en otras características propias de las dinámicas de estas parejas.

En lo que respecta a Colombia, son pocos los estudios que se han realizado sobre esta población en el país. A nivel nacional se han desarrollado dos estudios al respecto, uno con una pareja serodiscordante en Manizales (Ospina, 2018) y otra en Cali (González , Ortiz , &

Manrique, 2020); mientras que en Bogotá se evidencia una carencia de estudios que den cuenta de las necesidades y circunstancias recientes frente a esta población en específico.

Igualmente, en la última encuesta de demografía y salud (Profamilia, 2010), la cual está relacionada con la salud sexual y reproductiva de la población colombiana, no se tuvo en cuenta a las parejas serodiscordantes. Ante esto, no hay suficiente atención a los riesgos que enfrentan dichas personas y la manera adecuada para garantizarles bienestar y prácticas sexuales seguras para las partes involucradas (quien ya está diagnosticado y quien está altamente expuesto). Por lo tanto, es de gran importancia que se preste atención integral, en donde se trabaje no solo el cuidado físico, sino también los aspectos emocionales y relacionales de las parejas y para ello es necesario conocer sus características, prácticas y percepciones del virus, con el fin de trabajar desde allí y que se puedan tomar decisiones sobre la creación de políticas públicas o programas especializados de atención.

Sumado a lo anterior, la situación del VIH en la capital colombiana evidencia que, en el año 2019, Bogotá es la ciudad con mayor número de casos nuevos, lo cual representa un porcentaje del 20,8% frente al total de casos registrados (Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2019); además de ser la segunda ciudad con el mayor número de registro de muertes relacionadas con el virus en el país. Por ello, la capital al ser el epicentro administrativo, económico y cultural presenta una necesidad clara de manejo y control del virus, en el que disminuyan los casos de VIH, pero también se garantice a las personas que viven con el virus, calidad de vida y bienestar psicosocial.

Adicionalmente, los programas e instituciones que trabajan con personas que viven con VIH, principalmente, se basan en la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva brindando información, sin embargo, tanto Profamilia (2010) en su encuesta nacional, como Camaño, Mondragón y Soto (2015) y Melo y otros (2018), concuerdan que

la información no es suficiente ya que a pesar de los grandes esfuerzos que se han realizado en campañas informativas sobre infecciones de transmisión sexual, siguen aumentando los casos de infecciones y de prácticas sexuales de riesgo (Vargas-Trujillo, 2007). Por ello, se hace importante, reconocer los recursos y habilidades eficientes con las que cuentan las personas para promover su bienestar físico, emocional y relacional a través de las prácticas de autocuidado.

En definitiva, es relevante incluir el tema del autocuidado desde una perspectiva psicológica de la salud en relación con los recursos o habilidades que pueden contar las personas para enfrentar los riesgos que amenazan su bienestar y calidad de vida, y así, mantener una vida de pareja responsable y sana. Por lo tanto, con la problemática anteriormente expuesta se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son las características de las prácticas de autocuidado sexual de seis parejas serodiscordantes de Bogotá en relación con la promoción y prevención de la salud?

Objetivos de la investigación

Así pues, a partir de las revisiones de los antecedentes investigativos y el planteamiento del problema anteriormente mencionado se plantea como objetivo general de la investigación: Caracterizar las prácticas de autocuidado sexual de seis parejas homosexuales serodiscordantes en Bogotá en el año 2020.

Y para lograr el objetivo general planteado se desarrollan los siguientes objetivos específicos:

- (1) Identificar las prácticas de autocuidado sexual de las seis parejas homosexuales serodiscordantes.
- (2) Describir las prácticas sexuales de protección y de riesgo de las seis parejas homosexuales serodiscordantes en relación con la promoción y prevención de la salud.
- (3) Reconocer los factores internos y externos que influyen en la adopción de prácticas de autocuidado sexual de las seis parejas homosexuales serodiscordantes.

Referentes conceptuales

El término principal de la investigación son las prácticas de autocuidado por eso es fundamental definir este concepto, así que estas se refieren a aquellas conductas cuyo fin es mantener el máximo nivel de bienestar (Vargas-Trujillo, 2007) en favor de una mejor calidad de vida promoviendo el desarrollo personal y social de las personas dado que se involucran prácticas cotidianas que benefician la salud, disminuyen riesgos y enfermedades (Tobón, 2003). Además, estas prácticas implican adoptar habilidades o destrezas para identificar los riesgos dentro del ejercicio sexual, el uso de dispositivos o estrategias de protección y la actitud para negociarlos; de ahí que se pueda favorecer la salud y el bienestar sobre sí mismo, las demás personas y el entorno (Fernández-Silva, 2018).

Con respecto a la salud, esta se puede definir de distintas maneras dependiendo del enfoque en el que se posicione, por ello, este concepto se ha transformado dependiendo de las necesidades y respondiendo a los intereses que se busquen. Hoy en día, decir que la salud es la ausencia de enfermedad o el estado de bienestar de un individuo o que es aquello que promueven los servicios médicos, es reducir la salud a solo el campo de la

medicina. Sin embargo, desde una concepción más completa, esta se puede entender como *“un concepto holístico que integra todas las características de bienestar humano, y además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones que todo ser humano y grupo desea poseer”* (Restrepo & Málaga, 2001, pág. 224), es decir, que la salud se puede comprender de manera integral pues implica aspectos orgánicos, psicológicos, relaciones sociales e individuales y se encuentra influenciada por el contexto, las necesidades y aspiraciones que establecen los sujetos. (Uribe, 1999)

Desde la psicología social de la salud, la salud se puede comprender como un proceso de variaciones continuas y dinámicas que hacen parte del proceso vital de las personas y que, además, se encuentra influenciado por factores ambientales, hereditarios, comportamentales e institucionales (Flórez, 2007). A partir de este concepto inicial, se fomenta la promoción de la salud y la prevención de enfermedades; en donde la promoción de la salud busca favorecer hábitos que protejan y mejoren las condiciones de la salud y la prevención, son los cambios de hábitos frente al riesgo de enfermedad o algún tipo de afectación (Flórez, 2007).

En el momento en el que las conductas de riesgo se ubican dentro del espacio de la prevención, se puede hacer referencia a prevención primaria, en la cual como menciona Piña & Obregón (2003) citado en Flórez (2007), se consigue reducir dichas conductas de riesgo que aumentan la exposición a enfermedades (Flórez, 2007); por lo que, el análisis psicológico logra establecer los comportamientos que se presentan o no como prevención, a razón de conocimiento de información y de riesgos.

En definitiva, la promoción y prevención son aspectos de interés de trabajo de la psicología social de la salud, en donde se apoyan comunidades para reducir la incidencia de

conductas de riesgo a través de apoyo en el proceso de toma de decisión que permita alcanzar una mejor calidad de vida y también desde estrategias que permitan cambios en las prácticas negativas que se pueden presentar en una comunidad o población (Flórez, 2007).

Con respecto a la promoción de la salud sexual y reproductiva, ésta se refiere a la capacidad que tienen los sujetos de poder disfrutar de una vida sexual plena, satisfactoria y sin riesgos, todo ello enmarcado dentro de los derechos sexuales y reproductivos., También se relaciona la atención integral de salud dentro del ámbito de los servicios ofrecidos a las personas que presentan algún tipo de ITS desde la detección temprana de la infección, asesorías, acceso a tratamientos y en general, hasta todos los servicios de salud que deben garantizar las condiciones óptimas y eficientes para que sean reconocidos e incluidos institucionalmente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

Por otro lado, la sexualidad ha sido percibida como aquello con el fin de reproducción, sin embargo la sexualidad se sigue manteniendo aun sin la presencia de la reproducción; por lo que la sexualidad, desde una perspectiva más integral, es la descripción de aspectos de la identidad relacionados con el sexo, género y la orientación sexual, siendo producto de las relaciones sociales de la cotidianidad que se va construyendo a lo largo de la vida (Vargas, 2007)

La salud sexual y reproductiva son elementos propios del ejercicio de la sexualidad, que, aunque cada uno se defina de manera específica, no logran separarse al encontrarse en constante relación; frente a la calidad del servicio de salud sexual y reproductiva se encuentran características como el buen trato, la confidencialidad y el acceso económico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018). La salud sexual hace referencia a los aspectos en los que se ejerce una vida sexual sana, plena y libre, generando un bienestar físico, psicológico y sociocultural; esto se logra desde el reconocimiento y garantía de los

derechos sexuales (Profamilia, 2015). A partir de esta definición, se puede entender que en la salud sexual se involucran muchos aspectos de la vida de las personas y sus interacciones con otros, pues no se reduce sólo al contexto de relaciones sexuales y de protección de infecciones de transmisión sexual.

Y finalmente, la salud reproductiva son aquellas actividades que generan bienestar físico, psicológico y social en relación con el sistema reproductivo, es decir, que las personas estén en la libertad de procrear a partir de sus decisiones, intereses y de no tener riesgos; esto implica aspectos como: si tener o no hijos, cuándo y cuántos hijos. Lograr una salud reproductiva sana comprende poder tener acceso a la información y servicios sobre métodos de planificación familiar y servicios de salud eficaces y seguros; todo ello influenciado por la garantía de derechos reproductivos de los sujetos (Profamilia, 2015).

Referentes teóricos

El primer aspecto teórico está relacionado con la promoción y la prevención de la salud, en donde la psicología de la salud ha desarrollado un variado número de teorías que han permitido explicar la manera como se dan y transforman comportamientos que permitan reducir riesgos, enfermedades y promuevan bienestar y estilos de salud saludables. En este sentido, como base teórica de la presente investigación se parte de un modelo sociocognitivo, pues desde esta perspectiva, los aspectos individuales y sociales son aquellos que influyen en la realización o intención de una conducta, pues las personas no solo actúan y son influenciadas por la información del entorno o ambiente externo, sino que también influyen y actúan sobre sus propios procesos subjetivos (Salamanca & Giraldo,

2012). Por lo tanto, dentro del ámbito de la salud, estos planteamientos son fundamentales para promover el bienestar y conductas saludables desde el nivel social en interacción con el nivel individual y así, reducir riesgos y garantizar una salud sexual plena, segura y responsable.

Como base teórica, se toma la teoría de la autoeficacia percibida de Bandura (1986), que surge de los planteamientos de su teoría de la agenciación, en donde se comprende la conducta humana como la interacción de distintos factores, como aspectos personales, cognitivos, ambientales, emocionales y de motivación; igualmente, reconoce la capacidad de agencia de los seres humanos, más que solo receptores de estímulos. Además, el autor plantea que los comportamientos están influenciados por: las expectativas, de situaciones, resultados y capacidades para realizar acciones deseadas; los incentivos, que hacen referencia al valor que se le da a la consecuencia de los comportamientos (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) y las cogniciones sociales, desde donde los individuos se ubican en un contexto que representa su mundo social (Ogden, 2004).

En otras palabras, el incentivo se evidencia cuando las personas que valoran las consecuencias de acciones que mejoran su estilo de vida y salud, cambian sus conductas si consideran que éstas son riesgosas y amenazan distintos factores como la salud u otros ámbitos de su vida; las expectativas se presentan cuando estos cambios de conducta logran reducir los riesgos, en donde las personas reconocen que tienen las habilidades y capacidades para tener nuevos comportamientos o cambios en su conducta (autoeficacia) (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988).

Así, el concepto de autoeficacia que desarrolla Bandura (1977) en su teoría hace referencia a la confianza o convicción que tienen las personas en sus habilidades o competencias para realizar los comportamientos que logren resultados deseables

(Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988). Con lo cual, las personas que se consideren eficaces frente a su entorno, tienen los recursos o herramientas para afrontar situaciones o problemas, sin que se conviertan en una amenaza al comprenderlas como moldeables y que pueden controlarlas para lograr los resultados deseados (Salamanca & Giraldo, 2012); por ende, la autoeficacia es un factor importante para la predicción de conductas saludables desde el control y manejo propio de acciones que favorecen la salud y el bienestar.

Precisamente desde una perspectiva de agencia, Bandura (2001) explica la conducta teniendo en cuenta la percepción y ubicación de las personas en un contexto social pues estos son factores que influyen en el proceso cognitivo, toma de decisiones para acciones futuras y alcanzar metas y logros (Salamanca & Giraldo, 2012).

De esta manera, la agencia humana al implicar la autorregulación genera transformaciones tanto a nivel cognitivo como social, los cuales están en interacción y en donde las transformaciones, cambios y control sobre estos generan distintas implicaciones. En el nivel cognitivo, la autoeficacia está relacionada con las intenciones de conducta y el cambio de comportamiento en salud (Bandura, 1995), en donde se presentan planes de acción, control de acciones, expectativas de autoeficacia y barreras percibidas o de apoyo.

Además, la agencia humana se caracteriza por la intencionalidad, la previsión, la auto reactividad y la auto reflexión (Bandura, 2001). El primer aspecto de la agencia humana es la intencionalidad, pues las acciones que son intencionadas tienen un propósito para ser realizadas a futuro y pueden tener diversas consecuencias o resultados; dichas acciones intencionadas también se puede dar como actividades conjuntas en las que se presenta un vínculo o lazo con una intención compartida y planes de acción, colaborativas (Bandura, 2001), como las que se pueden presentar en ámbitos de familia, pareja y otros grupos sociales con objetivos en común.

Por otro lado, la previsión como segundo aspecto, permite anticipar consecuencias al orientar acciones según las expectativas que las personas tengan sobre la manera cómo influyen en su entorno y los resultados que esto produce (Bandura, 2001) ya que las expectativas de los posibles resultados actúan como motivación y regulación del comportamiento. Otro aspecto está relacionado con la auto reactividad, pues esta característica hace referencia a la capacidad de tomar decisiones, ejecutar acciones y el esfuerzo requerido para la consecución de objetivos o metas.

Y la última característica, la autorreflexión, como una capacidad metacognitiva (Bandura, 2001) desde la cual se evalúa y reflexiona sobre el propio accionar, con factores como la motivación, los valores, el significado y la eficacia de dichas acciones en la vida, pues como el autor lo menciona, la autoeficacia es fundamental en la teoría sociocognitiva ya que influye en la adaptación y cambio propio y de otros factores que autorregulan las expectativas de los resultados planteados, al reconocer las capacidades y recursos personales para realizar un comportamiento, implementar un cambio e influir en los resultados (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988).

Adicionalmente, Bandura (2001) distingue la agencia individual, proxy (con otro) y colectiva como los modos de agencia humana, pues los procesos cognitivos, de motivación, afectos, y toma de decisiones se presentan desde varios espacios en donde las condiciones sociales e institucionales afectan el día a día. Por lo que, la búsqueda de bienestar, seguridad y resultados sobre pasa el nivel individual e involucra ejercicios de agencias de poder, ya que con otros pueden asegurar los resultados o expectativas deseadas (Bandura, 2001); por ende, la agencia colectiva implica igualmente, dinámicas de interacción coordinadas y orientadas a los objetivos en común.

El segundo aspecto teórico está relacionado con la Teoría de prácticas de autocuidado de Dorothea Orem. Así pues, el autocuidado para Orem (2001) es una función humana que regula a los individuos, quienes voluntariamente realizan para ellos mismos cuidados para mantener y garantizar condiciones esenciales de funcionamiento integral del desarrollo físico y psicológico (Orem, 2001). Esta actividad de autocuidado es aprendida y realizada continuamente de acuerdo con las necesidades pues depende del nivel de madurez de las personas pues expresa la intención de las actitudes y prácticas, es decir un *sistema de acción*, “que implica la responsabilidad de cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud” (Naranjo, Concepción, & Rodríguez, 2017, pág. 4). La teoría del autocuidado de Orem es un elemento central en la cual se relaciona la demanda del cuidado terapéutico con las acciones de autocuidado, es decir que las personas están sometidas a las limitaciones que presentan de su salud, lo cual los incapacita para ejercer un autocuidado continuo y eficaz. (Prado, González, Paz, & Romero, 2014).

Además de que el ser humano tiene la capacidad de adaptarse de acuerdo con el entorno o a sí mismo dando cuenta a una demanda a la cual necesita responder; Orem (2001) hace referencia a una característica como la *agencia de autocuidado*, en donde las personas participan en el cuidado de sí. Sin embargo, en situaciones donde las demandas a las que se enfrenta el individuo exceden su capacidad para responder de ella es cuando se hace fundamental la intervención de otros factores externos como fuente de cuidado (Orem, 2001). Dentro de la agencia de autocuidado, Orem (2001) ubica el cuidado de uno mismo, que es la conciencia del cuidado propio; las limitaciones del cuidado, como la carencia de conocimientos, motivación o las dificultades en apoyo o ayuda y el aprendizaje del autocuidado.

En esta medida, Tobón (2003) desarrolla una teoría del autocuidado en relación con la promoción y la prevención de la salud, en donde el autocuidado lo entiende como los cuidados que una persona proporciona a sí misma en favor de una mejor calidad de vida; además, como lo dice también el autor, gracias al autocuidado se favorece el desarrollo personal y social de las personas dado que se involucran prácticas cotidianas que benefician la salud, disminuyen riesgos y enfermedades. (Tobón, 2003)

De ahí que, al hacer referencia del autocuidado, como también lo menciona Orem (2001), influyen aspectos personales como externos y también factores de riesgo y protección. Es decir que, hay dos tipos de prácticas, las positivas que son aquellas que favorecen la salud, llamadas factores protectores (promoción) y las negativas son los factores de riesgo pues afectan o ponen en riesgo la salud (prevención). Además, hay factores determinantes del autocuidado: los internos (conocimientos, voluntad, actitudes, hábitos) y los externos (sexo, cultural, científico y tecnológico, físico, económico, político, social).

Referentes metodológicos

Tipo de estudio.

En el presente trabajo se llevó a cabo bajo la epistemología empírico analítica con una investigación cualitativa, de tipo exploratorio y descriptivo, pues ante la reducida información sobre el fenómeno de estudio, este tipo de investigación permite identificar las características particulares de las prácticas de autocuidado de las parejas serodiscordantes.

Población y muestra.

La población que participó en la investigación fue de parejas homosexuales serodiscordantes que viven en la ciudad de Bogotá. La muestra fue de seis parejas que se seleccionaron intencionalmente por conveniencia, pues la selección de los participantes se dio por la dificultad de acceso que tuvo la investigadora a las parejas serodiscordantes, a través de organizaciones de base comunitaria con servicios a población vulnerada y en grupos de apoyo a personas que viven con VIH.

En cuanto a los criterios de inclusión, las personas que participaron fueron parejas que aceptaron hacer parte de la investigación, mayores de edad, que vivían en Bogotá y que en la pareja una persona tenga diagnóstico de VIH y el otro tenga resultado negativo de la prueba de VIH o no tenga diagnóstico. Y los criterios de exclusión, en este estudio no se incluyeron a personas que no estaban de acuerdo en participar y a parejas con las que no se contó con la presencia de los dos socios en la recolección de información.

Técnica e instrumento de recolección.

Para recolectar la información pertinente que dé cuenta de los objetivos formulados, se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada, que permite recolectar información de forma oral y personal sobre opiniones, experiencias y vivencias de los participantes (Folgueiras, 2016); dichas entrevistas se realizaron 5 en modalidad virtual y una presencial.

Adicionalmente, para el desarrollo de la investigación se utilizó como instrumento el guion de entrevista (Anexo 1), en donde se organizaron una serie de preguntas abiertas que permitieron abordar los temas de investigación de acuerdo con unas categorías definidas previamente. En esta medida, la construcción del guion de entrevista se realizó a partir de la

revisión bibliográfica de investigaciones relacionadas con la población de estudio, además, a través de una prueba piloto se corroboró su validez y pertinencia.

En este sentido, las categorías que se tuvieron en cuenta fueron: características sociodemográficas, características de las parejas serodiscordantes y prácticas de autocuidado sexual.

Procedimiento.

En primera medida, se contactó a distintas organizaciones, grupos de apoyo y personas que prestan atención y servicios relacionados con el VIH, por medio de los cuales se facilitó el contacto de las parejas. A dichas organizaciones se les envió una carta (Anexo 2) que hace referencia a la investigación que se quiere realizar, además de solicitar ayuda para la captación de la población; la carta se envió a través de medios electrónicos como correos electrónicos institucionales y redes sociales. De ahí que, quienes estuvieron interesados en la investigación, respondieron la carta y mediaron al contacto con las parejas, fueron organizaciones de base comunitaria, fundaciones de colectivos y líderes promotores de campañas de prevención y promoción del VIH.

Luego se contactó a cada una de las parejas, se confirmó su participación en la investigación y se acordó la fecha y el medio para realizar la entrevista. Durante las entrevistas se entregó o leyó el consentimiento informado (Anexo 3) en donde se expone el objetivo de la investigación, se garantiza el carácter de confidencialidad del uso que se le dará a la información, así como también la voluntad de participar o retirarse en el momento que desee. Luego se procedió a aplicar el guion de entrevista (Anexo 1) en donde se inició con las preguntas de cada categoría diferenciando las preguntas que están dirigidas exclusivamente a quien vive con VIH y a quién no tiene diagnóstico, identificadas con

signo (+) y (-) respectivamente; y las preguntas sin signos, están dirigidas para la pareja donde cualquiera de los miembros puede responder.

Análisis de datos.

En cada entrevista se transcribió lo conversado con ayuda del software Nvivo, un programa informático de ayuda de análisis cualitativo de datos, con el cual se sistematizó a partir de categorías de análisis que permitieron dar cuenta de los resultados en relación con los objetivos planteados con anterioridad en la investigación.

Además, la codificación de la información recolectada se realizó teniendo en cuenta la referenciación de cada pareja (P1,P2, P3, P4, P5, P6), la inicial de identificación del socio, la serología (positivo o negativo) y el renglón de ubicación en la transcripción de la entrevista; lo cual facilitó el análisis y discusión de los resultados.

CAPITULO III

RESULTADOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados y el respectivo análisis, se inicia exponiendo las características importantes de las parejas participantes en cuanto a los aspectos sociodemográficos. Luego el análisis se centra en identificar el autocuidado sexual y describirlas a partir de las prácticas de protección y riesgo y los factores internos y externos que influyen en adoptar dichos comportamientos.

Descripción de las parejas participantes

En primer lugar, todas las parejas serodiscordantes entrevistadas tienen como característica común el identificarse como hombres homosexuales, donde el sexo y la orientación sexual eran aspectos que no hacía parte de los criterios de inclusión de esta investigación, sin embargo, esto evidencia que dentro de las personas que viven con el virus, la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) es característica. Respecto al sexo, esto mismo, se ve reflejado en las cifras de los casos registrados en Bogotá, en donde el 86% de quienes viven con el virus son hombres.

Por otro lado, se evidencia una diferencia entre lo expuesto en el informe de la Cuenta de Alto Costo (2019) y la caracterización sociodemográfica de los participantes de la presente investigación ya que la población que vive con el virus a la que se contactó, todos se reconocen dentro del grupo de hombres que tienen sexo con hombres; lo cual demuestra una brecha entre los datos recolectados en dicho informe con la realidad, demostrando que

hay factores que influyen en el reconocerse dentro de un grupo poblacional clave y en revelar la orientación sexual y el diagnóstico de VIH.

En la *Tabla 1* se evidencian las características sociodemográficas de las parejas entrevistadas, en donde se desatacan aspectos como la edad, lugar de residencia, la carga viral de la persona que vive con el virus y el tiempo de duración de las relaciones de las parejas.

Tabla 1
Características Sociodemográficas de los participantes entrevistados

No. Pareja	Referencia	Edad (años)	Localidad de residencia	Diagnóstico VIH	*Carga Viral	Duración de la relación (mes)
P1	M	40	Chapinero	Positivo	Indetectable	12
	P	28		Negativo	*	
P2	H	37	Chapinero	Positivo	Indetectable	1
	C	26		Negativo	*	
P3	J	26	Chapinero	Positivo	No sabe	24
	A	19		Negativo	*	
P4	T	31	Kennedy	Positivo	Indetectable	48
	O	23		Negativo	*	
P5	I	29	Chapinero	Positivo	Indetectable	36
	M	31		Negativo	*	
P6	B	31	Usaquén	Positivo	Indetectable	78
	S	30		Negativo	*	

Fuente: Realización propia

Respecto al rango de edades de las personas entrevistadas, estas se encuentran entre los 19 y 40 años, en donde el promedio de edad de las personas con diagnóstico que viven con VIH es de 32 años, lo cual mantiene la relación del promedio nacional de la edad de las personas que viven con el virus en el país. En cuanto al lugar de residencia, más de la mitad de los entrevistados viven en la localidad con mayor incidencia de casos por número de habitantes, según Salud Capital (2019), Chapinero tiene una proporción de incidencia de 46%, mientras que Kennedy fue la localidad con mayor número de casos nuevos registrados en el 2019, y en el mismo año, Usaquén se ubica como la sexta localidad con más casos en la ciudad.

A partir de los objetivos planteados por la ONU para poner fin a la epidemia, se puede destacar que, de las parejas entrevistadas, todas conocían su estado serológico, mientras que de las 6 personas que viven con el virus, 5 de ellas reciben tratamiento con antirretrovirales y también lograron carga viral indetectable y por lo tanto no lo transmiten. En esta medida, la adherencia al tratamiento que conlleva a la indetectabilidad del virus es un factor importante en las parejas serodiscordantes, al considerarse efectiva al disminuir la probabilidad de transmisión del virus.

Además, como lo menciona Torres y Martínez (2013), el lograr controlar la carga viral del organismo, influye no sólo en la dimensión subjetiva de las personas sobre el virus sino además en las dinámicas de las parejas al afrontar uno de los obstáculos que presenta la serodiscordancia en relación con los problemas con la adherencia al tratamiento.

Mientras que, el único participante que vive con el virus y no tiene esquema de tratamiento, afirma que es a razón de problemas con la adherencia y al acceso a los servicios de salud, siendo esto una vulnerabilidad programática e individual a la que se

refiere Martínez et.al. (2017) que se ubica como una barrera que dificulta controlar el virus y al mismo tiempo lograr bienestar y calidad de vida.

Por último, en cuanto a la duración de la relación de las parejas participantes, 5 de estas relaciones son mayores a un año, en donde, al ser una relación estable por la duración, implica una vinculación afectiva, pues como diría Said & Seidl (2015), una relación estable a diferencia de una relación ocasional se presenta interés por mantener una relación duradera con un compromiso de pareja y además en donde se percibe amor, confianza y lealtad. Y es de esta manera como las parejas entrevistadas perciben su relación, en general con características de transparencia, comunicación, confianza y esfuerzo por mantenerse a pesar de las diferencias, *“yo la describiría como linda, algo hermoso porque nos conocemos mucho, somos los dos, nos apoyamos los dos, algo hermoso la verdad”*

(P2.H+.L27)

Por otro lado, quienes han sido pareja durante un mes, tienen un gran contraste con las demás parejas entrevistadas, en donde la diferencia de tiempo es evidente y al llevar poco tiempo de relación, están en proceso de conocerse y de vincularse afectivamente con el otro, pues como ellos mismos lo dicen *“Es que todavía falta por conocernos, si porque en un mes no creo que alcances a conocer a una persona, ni en un año o dos años, falta mucho tiempo”* (P3.A-.L30)

Resultados por categorías

Para presentar los hallazgos obtenidos, en la Tabla 2 se muestra la sistematización por categorías de análisis, con sus respectivas subcategorías, frecuencia de uso y ejemplos que ilustran algunos fragmentos de las entrevistas realizadas.

Tabla 2
Resultados sistematizados por categorías de análisis

Categoría	Subcategoría	Frecuencia de uso	Fragmentos de la entrevista
Características parejas serodiscordantes	Comunicación entre la pareja	19	<p>“La comunicación es asertiva en la medida de lo posible es ponerse en el lugar del otro, de lo que le gusta, de lo que quiere hacer.” (P1.M+.L72)</p> <p>“Así como somos de diferentes, nos hemos complementado, cuando nos hemos complementado de buena manera, la hemos pasado muy bien personal y profesionalmente.” (P1.P-.L115)</p> <p>“El apoyo que tengo de mi pareja es lo que más me ha funcionado, que ya uno sabe que no está solo uno, que tiene el apoyo.” (P2.H+.L88)</p> <p>“Si nos ha tocado respetar, nos ha tocado entendernos, aunque hay cosas que a él no le gustan, como a mí, nos ha tocado primero pensar bien las cosas y ponernos en los zapatos del otro. Y hablar, yo creo que hablando es donde uno soluciona las cosas, hablando.” (P4.O-.L45)</p> <p>“Si también transparencia, obviamente tenemos dificultades y diferencias, hemos tenido grandes dificultades a lo largo de seis años. Pero rara vez con lo que va a tiene que ver con el tema del VIH” (P6.B+.L27)</p>
	Deseo de tener hijo/as	8	<p>“Pues a mí si se me ha pasado por la mente, pero pues no, si se pasa por la mente y uno a veces dice “uy de pronto si sería chévere pero después no”, si no se aguanta a uno mismo y no aguanta.” (P4.O-.L104)</p> <p>“Lo hablamos y a él definitivamente no quiere, a veces a mí me dan ganas de adoptar a un niño, pero luego digo no.” (P5.M-.L86)</p> <p>“Nosotros hemos estado hablando y pensando hace rato en adoptar, acá en Colombia, es legal.” (P6.B+.L39)</p>

	Expectativas y proyecciones futuras de pareja	7	<p>“No hemos hablado del tema.” (P1.P-.L117)</p> <p>“Pues nosotros queremos montar un negocio los dos.” (P2.H+.L39)</p> <p>“Pues exactamente no lo hemos hablado de esas cosas.” (P3.J+.L54)</p> <p>“Pues uno que nos motiva más a nosotros es tener nuestra vivienda propia y que podamos estar más económicamente estables.” (P4.T+.L57)</p> <p>“Si financiero, viajar, esas son cosas a mediano plazo.” (P5.M-.L38)</p> <p>“Si nosotros llevamos un par de años pensando en unirnos, casarnos aquí pues siempre es un reto. Otro pues como proyecto conjunto al mediano y largo plazo, sacar adelante la empresa.” (P6.B+L39)</p>
Prácticas de autocuidado sexual	Percepción del autocuidado	11	<p>“Son las prácticas en donde uno se cuida sexualmente, que lo pueden poner en riesgo” (P1.P-.L121)</p> <p>“El simple hecho de conocer el estado de uno, el estado serológico, el diagnóstico de lo que sea de tus ITS ya es autocuidado, tuya y de tu pareja. Sabes lo que tienes, sabes lo que puedes prevenir.” (P1.P-.L126)</p> <p>“Como usar el condón, estar limpio. No tengo casi idea.” (P2.H+.L64)</p> <p>“Pues yo asumo que es el uso correcto de preservativos, lubricantes, supongo.” (P3.J+.L86)</p> <p>“El autocuidado es cuidarme yo primero de evitar transmitir una infección o reinfección, no sé si estoy errado. También que me pueda reinfectar, si él me puede reinfectar a mi o si yo puedo infectarlo a él, porque no lo tiene. Entonces yo trato de evitar todas esas cosas.” (P3.A-.L87)</p> <p>“Prácticas de autocuidado vendrían siendo las acciones que realizo yo para cuidarme a mí mismo y de una u otra manera puedo cuidar a la otra persona.” (P4.T+.L78)</p> <p>“Los métodos que podemos aplicar al momento de tener relaciones sexuales para protegerlo a él en contra del virus.” (P5.I+.L43)</p>

			<p>“Todas las prácticas realizadas con cuidarse, como lo dice cualquiera de cuidarse sexualmente. En general de prevención del embarazo, de ETS, de prevención de contraer enfermedades.” (P6.B+.L43)</p>
	Estrategias de protección para evitar riesgos	25	<p>“Pues yo a raíz de que empecé el programa del PREP me he hecho la prueba en los últimos cuatro meses, tres veces.” (P1.P-.L17)</p> <p>“Mi carga viral es indetectable, siempre he sido indetectable.” (P1.M+.L21)</p> <p>“La PREP y conocer el diagnóstico.” (P1.P-,M+.L128)</p> <p>“Usamos condón, nosotros la verdad nos protegemos mucho.” (P2.C-.L44)</p> <p>“Nosotros no compartimos cuchillas, nada de uso personal.” (P2.H+.L52)</p> <p>“Nosotros estamos utilizando el preservativo y las prácticas sexuales no las estamos haciendo muy frecuentes.” (P3.J+.L65)</p> <p>“Trato de ser lo más riguroso posible con el tratamiento antirretroviral.” (P4.T+.L59)</p> <p>“Si casi siempre tratamos de tener en casa (lubricante) porque si claro eso es también una ayuda para que la otra persona no se lastime y no sea grave después.” (P4.O-.L70)</p> <p>“Como tal al principio, si, sin embargo, en mi caso por internet me gusta informarme mucho, yo he leído mucho.” (P4.O-.L87)</p> <p>“Nosotros no practicamos algún, digamos que más allá del cuidado que tengo con el tratamiento, con la toma de los antirretrovirales, no tomamos ninguna práctica.” (P5.I+.L45)</p> <p>“Cada año, antes de conocerlo, tengo la costumbre de realizarme pruebas de VIH como teniendo esa precaución porque teniendo una vida sexual activa, es lo recomendable.” (P5.M-.L71)</p> <p>“S siempre ha estado claro y él ha visto que siempre, que para cuidarme a mí pero también para cuidarlo a él, evidentemente, ósea</p>

			<p>él ha visto que siempre estoy pendiente de eso, de tomarme el medicamento.” (P6.B+.L30)</p> <p>“Una vez que uno es indetectable, el control es cada seis meses, los exámenes, para llevar el control uno se lo hace cada seis meses yo estaba indetectable.” (P6.B+.L45)</p>
	Uso de dispositivos de prevención	10	<p>“No usamos preservativo, a nosotros dos no nos gusta.” (P1.M+.L129)</p> <p>“Siempre vienen diciéndole que tiene que usar condón y que si no lo usas tienes que sentirte culpable porque eres un irresponsable. Entonces transformar esa idea, interiormente es un proceso.” (P1.P-.L132)</p> <p>“Es un acuerdo mutuo, no es que yo le diga que se lo coloque (preservativo) o que él me diga que me lo coloque, no, es un acuerdo mutuo, de tratar de no imponerlo.” (P4.T+.L66)</p> <p>“Si casi siempre tratamos de tener en casa (lubricante).” (P4.O-.L70)</p> <p>“Sinceramente no, entre nosotros, si tenemos seis años y medio, quizá solamente el primer año y de hecho poco menos que un año usamos protección (preservativo), ya yo era indetectable evidentemente y ya yo había leído sobre que no se transmitía.” (P6.B+.L45)</p> <p>“También tiene que ver con el preservativo en general como herramienta. No todos los hombres nos caen bien, y nos sentimos cómodos con esa herramienta.” (P6.B+.L69)</p>
	Salud sexual	20	<p>“Si yo sé que a él le gustan cosas que hacen que yo no sea sólo yo sino pues que venga más gente o que, en fin, pues lo hacemos, yo no tengo problema con eso.” (P1.P-.L73)</p> <p>“Yo disfruto el sexo con otras personas y aun quiero disfrutarlo, siempre lo he tenido claro.” (P1.M+.L79)</p>

			<p>“Ya saber cómo es, como se trata, cual es la realidad en este momento de la infección, las alternativas que existen, pues más libertad.” (P1.P-.L145)</p> <p>“Nosotros antes de yo (Sic) empezar con la PREP tuvimos sexo sin protección siempre.” (P1.P-.L183)</p> <p>“Generalmente cuando tengo mis controles mensuales con todo el mundo, con la psicóloga, con la trabajadora social, con infectología, con cada uno, hay recomendaciones siempre de preservativos y eso.” (P3.J+.L100)</p> <p>“La verdad es que nuestra vida sexual ha sido activa dentro de lo normal, nunca ha sido un impedimento y tampoco he sentido un rechazo por parte de él o comentario que pueden surgir por ignorancia del tema, yo no lo he sentido así para nada.” (P5.I+.L24)</p> <p>“Antes, era muy activa (relaciones sexuales) pero la verdad no pensaba, bueno no pienso, no le veo mucha importancia a lo de ser vih-positivo.” (P5.M-.L71)</p> <p>“Digamos que los homosexuales se cuidan más al momento de hacerse la prueba mientras que un heterosexual no, digamos que le da pena hacerse esta prueba y no lo hace público. Por eso la mayoría de los casos se relaciona con las parejas homosexuales, pero es porque son los que diría yo, no sé si hay algún estudio, son los que más pruebas se hacen de VIH.” (P5.M-.L80)</p> <p>“Uno con la pareja rara vez se cuida, sobre todo después de cierto tiempo, cuando ya son una pareja, constituida.” (P6.B+.L69)</p>
	Revelación del estado serológico	16	<p>“Después que tuvimos sexo, yo le pregunte cuál era su estado serológico frente a la infección por VIH. Y en ese momento, él me pregunto y yo le dije que sí, que yo era positivo.” (P1.M+.L33)</p> <p>“Pues eso fue tomando, le comente la verdad, eso fue al principio para no tener problemas más adelante y tomamos la decisión de estar juntos.” (P2.H+.23)</p>

			<p>“La verdad un poco molesto, sólo por el hecho de no haberlo sabido desde un principio, pero igual lo afronté y lo tomé como una cosa que le puede pasar a cualquier persona, hay que cuidarnos.” (P3.A-.L35)</p> <p>“Pues apenas yo supe, creo que fue la primera persona que le comenté lo que había pasado y todo esto que me habían dicho, y pues si sentía temor por el rechazo.” (P4.T+.L36)</p> <p>“Pues estábamos hablando, éramos amigos, la verdad estábamos teniendo relaciones y en un momento me dijo que ya no podía más, que necesitaba contarme algo, luego fuimos a comer y me conto que era indetectable. Yo desconocía del tema, en ese momento me dijo que tenía VIH pero yo la verdad no me asuste ni nada.” (P5.M-.L20)</p> <p>“Cuando B me lo comentó, yo pues mi reacción no fue de salir corriendo sino de escuchar y depender de lo poco que sabía y ahí B me explicó como el tema.” (P6.S-.L24).</p>
	Adherencia al tratamiento médico	6	<p>“Si he tenido una adherencia al tratamiento bastante positiva.” (P1.M+.L23)</p> <p>“Yo no tengo tratamiento, yo no tengo nada de eso.” (P2.H+.L16)</p> <p>“No, mira que no. Si me decían al inicio que probablemente le de mareo o vomito y le dé duro pero no, nada.” (P3.J+.L108)</p> <p>“Al principio si cuando uno inicia el tratamiento y los efectos secundarios son bastantes, a uno le dicen, pero uno no cree hasta que lo vive, a mí me hizo perder mucho peso, fue difícil pero no lo vi como algo negativo.” (P4.T+.L101)</p> <p>“Ya a estas alturas es un tema que me afecta a mí pero directamente le afecta a él, el yo dejar de continuar con el consumo de los antirretrovirales.” (P5.I+.L47).</p>
Determinantes internos y externos del autocuidado sexual	Tensiones en la pareja serodiscordante	18	<p>“Él ya me lo había insistido varias veces de que pues me hiciera la prueba.” (P1.P-.L36)</p>

			<p>“No, porque sé que soy indetectable entonces sé que no lo estoy transmitiendo, por qué debería sentir miedo si sé que el tratamiento es efectivo.” (P1.M+.L182)</p> <p>“Pues a mi sinceramente no afecta que tenga VIH o no, simplemente que nos cuidemos y me cuide bastante ya que yo soy negativo, entonces no contagiarme que es lo que no quiero y yo le dije eso, que tenía miedo.” (P3.A-.L122)</p> <p>“Yo si tengo unas dudas, pero la verdad todo lo he estado <i>texteando</i>, <i>googleando</i>, y pues he aprendido muchas cositas. Yo tenía mucho miedo, mucha vaina entonces todo lo estaba buscando y ya estoy más tranquilo.” (P3.A-.L138)</p> <p>“Yo siempre he tenido uno (miedo), que, por cosas de la vida o descuido de nosotros, él llegará a presentar un resultado positivo, creo que siempre se lo he expresado.” (P4.T+.L47)</p> <p>“Nos hemos dado cuenta de que, si hay que tener precauciones claro, pero no tenerle tanto miedo, tenemos que ser personas conscientes de lo que estamos haciendo y que hay muchas más maneras de infectarse. Yo pienso que todo va en la educación, en como cada uno tome el tema.” (P4.O-.L64)</p> <p>“S por casualidad se hizo la prueba de VIH, hace 15 días, S no se hace pruebas de VIH con periodicidad, pero siempre he sido un poco insistente en hacérsela, que se la haga, creo que se ha hecho por lo menos una al año desde que estamos juntos. Él es más despreocupado con eso, quizás porque yo soy el que estoy pendiente de eso.” (P6.B+.L45)</p>
	Cambios que provocó vivir o convivir con VIH	17	<p>“Antes no me había realizado nunca la prueba de VIH.” (P1.P-.L17)</p> <p>“Antes tenía la idea de que no quería estar con una persona que fuera VIH positivo, porque los imaginarios de la vida que lleva una persona con VIH positivo eran diferentes. Entonces al ver que M, lleva un vida común y corriente, que es más <i>fit</i> que yo, que es más saludable que yo, que se enferma menos, entonces rompe con todo</p>

			<p>ese imaginario que tiene de cómo lleva la vida una persona VIH positivo.” (P1.P-.L38) “Cambios al estar con él muchas cosas que no estaba acostumbrado, pues al principio si fue un cambio bastante grande.” (P2.C-.L85)</p> <p>“Yo recién me entere, yo dije del tema sé cositas, pero a escondidas de él empecé a <i>googlear</i> y a mirar para saber si estaba errado o necesitaba saber algo más.” (P3.A-.L138)</p> <p>“La verdad pienso que no porque nos ha ayudado de pronto a ser más cuidadosos, a ser quizá más precavidos, a tener más cuidado, precaución, ante todo, entonces pienso que por esa parte no afectó.” (P4.T+.L41)</p> <p>“En el tema de la salud que tienes que cuidarte más, con la comida, de estar más pendiente de tu cuerpo, de conocerte un poco más, que mi acción va a impactar a la otra persona que es mi pareja sexual en este momento o las que vayan a venir o las pasajeras.” (P5.I+.L78)</p> <p>“Yo si me preocupe desde que supe el diagnóstico de investigar y de indagar un poco sobre esta enfermedad. Sobre la relación de los linfocitos, que es carga viral, la relación de cada cosa.” (P6.B+.L22)</p> <p>“En general ha sido negativo todo, hay que ser realistas, el diagnóstico, el proceso, el estigma que uno sufre y la disciplina de por vida, los controles, citas médicas, exámenes.” (P6.B+.L76)</p>
	Percepción de VIH	26	<p>“Digamos que yo en ese momento tenía una percepción diferente al saber mi diagnóstico, entonces no me interesaba. O tal vez sí, pero me daba miedo porque había tenido situaciones de riesgo y prefería ignorarlo.” (P1.P-.L36)</p> <p>“Para mí el VIH es algo tan normal, que hace parte de mi vida. Mi percepción del VIH es que es la causa de también de lucha de mucha gente hoy en día.” (P1.M+.L40)</p> <p>“Para mí la verdad, tampoco es un problema porque nos hemos estado protegiendo y eso y pues la verdad no le veo el problema porque no nos afecta.” (P2.C-.L48)</p>

		<p>“Negativo tal vez por lo que uno no se siente igual, eso afecta mucho psicológicamente.” (P2.H+.L88)</p> <p>“Yo hablo sobre el tema muy relajado porque tengo un amigo que nació con VIH, porque la mamá lo tenía y una vez nos sentamos a hablar, nos conocimos por internet y aprendí gracias a él que es un estado, que no hace a la persona ni mejor, ni peor y no tengo que discriminarlos para nada. Entonces es una persona normal para mí.” (P3.A-.L44) “En mi vida me ha ayudado a abrir un poco más la mente, de pronto colocarme más en los zapatos de los demás, si trato de llevar una vida sana. También ha aportado en que, yo no fumo ni nada de eso, pero digamos, si bebo, entonces sí creo que ha sido una de las razones por las que deje por mucho tiempo de beber.” (P4.O-.L97)</p> <p>“Pues no, hasta el momento así que diga no, porque no me ha impedido nada, ni tampoco he renegado.” (P4.T+.L101) “Pues mira que es muy curioso, yo siento que a mí me impacto de manera positiva, después de un periodo de aceptación porque te humaniza, te hace más empático.” (P5.I+.L78)</p> <p>“Yo diría que esta no es una enfermedad de homosexuales, sino de homosexuales, heterosexuales, es una enfermedad de todos.” (P5.M-.L80)</p> <p>“Desde este punto de vista, manejar esto siempre es más fácil cuando uno tiene una base de conocimiento, tratar el tema tanto internamente como con los familiares o allegados.” (P6.B+.L22) “En mi caso, lo que pasa es que nunca lo que visto como un factor que me afecte mi día a día porque uno no soy yo quien vive con ese proceso y segundo por la persona que vivo ha sido muy responsable, lleva todo el orden y no ha sido un obstáculo. He podido entender que con la experiencia que tengo que no es algo grave, lo positivo es que se puede vivir con eso de manera normal, que no es perderlo de vista ni verlo como algo menos en la sociedad.” (P6.S-L75)</p>
--	--	---

Análisis de resultados

Características de las parejas serodiscordantes participantes.

Las parejas serodiscordantes entrevistadas se caracterizan por reconocer que la comunicación es fundamental en su relación, para buscar soluciones en momentos de conflicto o diferencias, establecer acuerdos de pareja y también para comprender el punto de vista del otro, *“Si nos ha tocado respetar, nos ha tocado entendernos, aunque hay cosas que a él no le gustan, como a mí, nos ha tocado primero pensar bien las cosas y ponernos en los zapatos del otro. Y hablar, yo creo que hablando es donde uno soluciona las cosas, hablando.”* (P4.O-.L45).

Aunque la serología de los socios de las parejas sea diferente, esto no ha sido un motivo de conflicto en las relaciones, *“Si también transparencia, obviamente tenemos dificultades y diferencias, hemos tenido grandes dificultades a lo largo de seis años. Pero rara vez con lo que tiene que ver con el tema del VIH”* (P6.B+.L27) y *“Así como somos de diferentes, nos hemos complementado, cuando nos hemos complementado de buena manera, la hemos pasado muy bien personal y profesionalmente.”* (P1.P-.L115)

Así que la comunicación al influenciar la relación de las parejas también cumple la función de apoyo y de reconocimiento del otro, *“La comunicación es asertiva en la medida de lo posible es ponerse en el lugar del otro, de lo que le gusta, de lo que quiere hacer.”* (P1.M+.L72) y *“El apoyo que tengo de mi pareja es lo que más me ha funcionado, que ya uno sabe que no está solo uno, que tiene el apoyo.”* (P2.H+.L88)

De manera que, la comunicación en las parejas serodiscordantes les permiten afrontar conflictos, pero también como lo menciona Torres y Martínez (2013), les permite tener una relación de apertura, confianza y honestidad en el que se fortalece el vínculo de pareja (Ospina, 2018) en donde además influye los aspectos afectivos y emocionales. Como se evidencia, la comunicación cumple varias funciones dentro del ejercicio en sí de la interacción mutua y afectiva de pareja, permitiendo también compartir los sentimientos y dudas alrededor del vivir y convivir con VIH.

Mediante la comunicación, las parejas construyen proyecciones a futuro pues dentro de la dimensión subjetiva se reconoce la posibilidad de continuidad de la relación y ya no está presente el obstáculo al cual se referían Torres y Martínez (2013) en este tipo de parejas y es la posibilidad de que quien vive con el virus pueda morir prontamente, pues con los avances médicos y de la eficacia de los tratamientos con antirretrovirales, se ha hecho evidente una mayor expectativa de vida para quienes han sido diagnosticados y por lo tanto en ninguna de las parejas se evidencio este temor por parte de alguno de sus socios.

Así pues, la mayoría de las parejas manifestó haber hablado sobre sus expectativas o proyecciones futuras en donde comparten planes a corto, mediano y largo plazo como pareja, dentro de las que se pueden mencionar aspectos financieros, económicos y laborales, *“Pues uno que nos motiva más a nosotros es tener nuestra vivienda propia y que podamos estar más económicamente estables.”* (P4.T+.L57), *“Si financiero, viajar, esas son cosas a mediano plazo.”* (P5.M-.L38) y *“Si nosotros llevamos un par de años pensando en unirnos, casarnos aquí pues siempre es un reto. Otro pues como proyecto conjunto al mediano y largo plazo, sacar adelante la empresa.”* (P6.B+L39)

En cambio, un tema que no es frecuente en las parejas entrevistadas es el deseo de tener hijos/as, pues sólo una de las seis parejas, afirmó que dentro de sus planes está adoptar porque quieren conformar una familia “*Nosotros hemos estado hablando y pensando hace rato en adoptar, acá en Colombia, es legal.*” (P6.B+.L39). Mientras que, para las demás parejas, no está dentro de sus planes por el momento. Además, a diferencia de las parejas heterosexuales serodiscordantes, no se presenta el dilema de tener hijo/as ante el posible riesgo de transmisión vertical del virus, es decir por vía madre-hijo.

Así entonces, se puede evidenciar como la comunicación es un factor importante en las parejas serodiscordantes durante su interacción tanto para fortalecer su vínculo afectivo y de confianza como para buscar soluciones a cualquier tipo de conflictos, en donde se reconoce al otro como diferente, no sólo en cuanto a la serología, pues el VIH no ha sido motivo de conflicto u obstáculo para la relación. Además, teniendo en cuenta a la comunicación como herramienta, según Ospina (2018), está es necesaria dentro de los procesos de cuidado que se propician en la relación de las parejas serodiscordantes.

Prácticas de autocuidado sexual.

En lo que respecta el fenómeno de estudio principal de esta investigación, inicialmente se tiene en consideración la percepción de las parejas frente a las prácticas de autocuidado sexual en donde concordaron en reconocer el posible riesgo de transmisión del virus, las implicaciones que ello tiene y la importancia del cuidado.

Como lo mencionan González, Ortiz y Manrique (2020), las prácticas de cuidado demuestran interés de protección hacia sí mismo y hacia el otro, lo cual permite establecer vínculos afectivos y el disfrute de la sexualidad. En las entrevistas, las parejas afirman que el cuidado a sí mismo también implica cuidar al otro, a su pareja; además según el modelo socio cognitivo en salud, el bienestar y las conductas saludables implican la interacción del nivel individual y social de las conductas.

Por lo que, el cambio de conductas hacia la reducción de riesgos y promoción de una salud plena, saludable y responsable incluye el reconocer que se tienen las capacidades (agencia) para realizar conductas que logren los resultados deseados y el mayor nivel de bienestar. De manera que las parejas reconocen el cuidado de sí mismos y del otro, respecto al autocuidado sexual según sus características de agenciación y sistemas de acción, se identificaron prácticas relacionadas con las estrategias de protección, de riesgo y aquellos factores que influyen en la adopción del autocuidado sexual, lo cual se expondrá a continuación.

Prácticas de protección y de riesgo.

En general, todas las parejas participantes implementan alguna práctica de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como estrategia para reducir de alguna manera la posibilidad de riesgo de transmisión del virus y mejorar su calidad de vida. Una de estas es que todos los entrevistados conocen su diagnóstico, ya sea positivo o negativo, siendo esta la primera práctica de protección en común; de manera que, como Chong & Torres (2019) y Serovich & Mosak (2003) lo afirman, este aspecto, de conocer el estado serológico, se

asume conjuntamente en pareja y por lo mismo, les permite identificarse como serodiscordantes.

De ahí que, dentro de la salud sexual, una práctica de protección y de evitar riesgos por parte de quién convive con el virus es mantenerse en controles médicos o pruebas de serología, *“Cada año, tengo la costumbre de realizarme pruebas de VIH como teniendo esa precaución porque teniendo una vida sexual activa, es lo recomendable”* (P5.M-.L71) y *“Pues yo a raíz de que empecé el programa del PREP me he hecho la prueba en los últimos cuatro meses, tres veces. Digamos que eso va acorde al programa, entonces tienen ellos estipulados unos controles, cada mes, cada dos meses, cada tres meses. Pero antes de eso, me lo había hecho una vez hace menos de un año, antes no me había realizado nunca la prueba de VIH”* (P1.P-.L17)

Por otro lado, las pruebas de serología implican desafíos emocionales para quienes no han sido diagnosticados y tienen prácticas de riesgo, pues ante el temor al posible resultado evitan ir al médico y hacerse la prueba. Por esto mismo, son dos socios que viven con el virus, quienes afirmaron sentir preocupación e insistieron a sus parejas en realizarse las pruebas para conocer la serología, *“Él ya me lo había insistido varias veces de que pues me hiciera la prueba.”* (P1.P-.L36) y *“S por casualidad se hizo la prueba de VIH, hace 15 días, S no se hace pruebas de VIH con periodicidad, pero siempre he sido un poco insistente en hacérsela, que se la haga, creo que se ha hecho por lo menos una al año desde que estamos juntos. Él es más despreocupado con eso, quizás porque yo soy el que estoy pendiente de eso.”* (P6.B+.L45)

Otras dos prácticas relevantes de protección son la revelación del diagnóstico a la pareja y la carga viral indetectable, donde en los entrevistados se evidencian diferencias destacables. En primera medida, la revelación del diagnóstico a la pareja, quienes viven con

VIH son quienes toman la iniciativa y decisión de abordar el tema y dar a conocer su diagnóstico. *“Entonces dije se lo voy a contar, se lo conté con mucho miedo pero él reaccionó de la mejor manera”* (P6.B+.L22).

Lo anterior está relacionado con la decisión de a quién y en qué momento revelar el diagnóstico, asimismo como lo refiere Klitzman (1999), las personas que viven con el virus son quienes informan sobre su seropositividad a quienes son consideradas los principales socios y personas significativas y además, el momento para hacerlo es cuando es mayor el beneficio de informarlo al establecer un vínculo afectivo de pareja que el miedo o posible rechazo que se pueda presentar. Respecto al momento de la revelación, en cuatro parejas serodiscordantes se dio luego de haber tenido encuentros sexuales, reflejándose que quien vive con el virus al conocer su diagnóstico, reconoce que cuenta con estrategias y capacidades para prevenir la transmisión del virus y poder compartir su sexualidad (Chong & Torres, 2019), *“Después que tuvimos sexo, yo le pregunte cuál era su estado serológico frente a la infección por VIH. Y en ese momento, él me pregunto y yo le dije que sí, que yo era positivo.”* (P1.M+.L33).

Principalmente, las parejas concuerdan que es un aspecto importante en la relación, pues a pesar de que en algunos socios fue un momento de tensión, que implica situaciones de incomodidad o repercusiones negativas (Klitzman, 1999), ya que el decidir contar y el momento de realizarlo prima la responsabilidad, confianza y honestidad con el otro (Chong & Torres, 2019; Serovich & Mosak, 2003), siendo estos aspectos fundamentales los que otorgan un mayor peso e importancia en la conformación de la relación y en la comunicación que anteriormente se mencionaba como característica de las parejas serodiscordantes, *“Pues apenas yo supe, creo que fue la primera persona que le comente lo que había pasado y todo esto que me habían dicho, y pues si sentía temor por el rechazo.”*

(P4.T+.L36) y *“Cuando yo lo decidí contar, en parte porque yo sabía que era mucho más fácil para la otra persona saberlo antes de tener relaciones aunque yo ya estuviera indetectable, yo siento eso, que pues el riesgo de transmisión era nulo”* (P6.B+.L30)

Igualmente, la intencionalidad de quienes viven con el virus al revelar su diagnóstico estuvo atravesada por la previsión al anticipar o evitar consecuencias no deseables para el otro, así como ya se ha mencionado la responsabilidad con la que cuenta como forma de protección y cuidado en la relación. La agencia de autocuidado que tienen las personas que viven con VIH, da cuenta de la capacidad de cuidado de sí mismo y los recursos de autoeficacia con los que cuentan, para divulgar el diagnóstico a su pareja y tener control de las consecuencias o resultados deseados para la relación.

Luego de la revelación del diagnóstico por parte de quién vive con el virus, sus parejas aceptaron continuar con la relación sentimental, *“Pues eso fue tomando, le comente la verdad, eso fue al principio para no tener problemas más adelante y tomamos la decisión de estar juntos.”* (P2.H+.23); pues, aunque son conscientes de la vulnerabilidad y gravedad percibida que implica vivir con el virus, la revelación promovió reacciones de solidaridad y complicidad a la que se refiere Martínez et al. (2017), además que en las parejas el Vih no es el centro de la relación, sino que se considera como un elemento adicional que no pueden evitar. Asimismo, están implicadas las emociones y afectos de intimidad y apoyo hacia la otra persona, los cuales tienen una importancia mayor y significativa.

Desde el nivel individual, las personas que viven con el virus y revelan su diagnóstico están en un sistema de acción que regula a los individuos al pasar por el proceso de aceptación y conciencia de vivir con VIH, ya que reconocieron las implicaciones y las acciones que pueden realizar para su propio cuidado y en esta medida el cuidado del otro

(Klitzman, 1999; Harvey & Wenzel, 2002; Mahajan, 2008), a quienes pueden asegurar la no transmisión del virus bajo acciones para controlarlo y evitando la posibilidad de riesgo.

Sin embargo, solo en una pareja, fue la persona sin diagnóstico quién se enteró del diagnóstico de VIH de su pareja al encontrar unos exámenes, lo cual ocasionó molestias por la manera en la que se dio la revelación, siendo esta otra de las reacciones que menciona Klitzman (1999) ante una ausencia clara y directa de divulgación, *“La verdad un poco molesto, solo por el hecho de no haberlo sabido desde un principio, pero igual lo afronté y lo tomé como una cosa que le puede pasar a cualquier persona, hay que cuidarnos.”* (P3.A-.L35), siendo quien convive con el virus el que toma la acción de anticipar las consecuencias decidiendo informarse al respecto pues su motivación es mantener la relación de pareja.

Además, quienes viven con VIH, luego de la revelación, informan a sus parejas sobre las posibilidades de vivir con el virus, *“Cuando B me lo comentó, yo pues mi reacción no fue de salir corriendo sino de escuchar y depender de lo poco que sabía y ahí B me explicó como el tema.”* (P6.S-.L24), así que en este momento, es cuando destacan la carga viral indetectable en el que se mantienen y con lo cual no transmiten el virus, *“Pues estábamos hablando, éramos amigos, la verdad estábamos teniendo relaciones y en un momento me dijo que ya no podía más, que necesitaba contarme algo, luego fuimos a comer y me conto que era indetectable. Yo desconocía del tema, en ese momento me dijo que tenía VIH, pero yo la verdad no me asuste ni nada.”* (P5.M-.L20)

De la seis parejas participantes, cinco de quienes viven con el virus tienen carga viral indetectable, siendo esta práctica una estrategia de protección de la salud al controlar el impacto del virus en el cuerpo, pues ante la eficacia del tratamiento con antirretrovirales se logra prevenir el riesgo de transmisión a otros (Anglemyer, Horvath, & Rutherford, 2013).

Y así como se ha evidenciado en los estudios Partner I y II (Rodger, A; Cambiano, V; Bruun, T, entre otros, 2016; Rodger, A; Cambiano, V; Bruun, T, entre otros, 2019), con una adecuada adherencia al tratamiento se logra la carga viral indetectable y no se transmite el virus a pesar de tener prácticas de riesgo en donde no se usa el preservativo en los encuentros sexuales, situación también evidenciada en cuatro de las seis parejas entrevistadas.

De manera que, la carga viral indetectable se relaciona con la expectativa de resultado frente la toma de antirretrovirales, logrando una adherencia al tratamiento, es decir que quienes viven con el virus creen que la conducta de toma de medicamentos tendrá el resultado deseado de lograr la indetectabilidad del virus, previniendo riesgos y con ello se relaciona el optimismo frente a las acciones que pueden adoptar para mejorar su salud y calidad de vida. Igualmente, respecto a la auto reactividad, el mantener dicha condición no solo es realizar la acción sino también tener voluntad para continuar el proceso y también implica ejecutar cierto esfuerzo para lograrlo, *“Al principio si cuando uno inicia el tratamiento y los efectos secundarios son bastantes, a uno le dicen, pero uno no cree hasta que lo vive, a mí me hizo perder mucho peso, fue difícil pero no lo vi como algo negativo.”* (P4.T+.L101)

En esta medida, aunque la toma de antirretrovirales implique un mayor esfuerzo y toma de decisión de quien vive con el virus, las parejas son conscientes que está práctica no es solo individual, sino que también tiene implicaciones en el otro, asimismo lo afirma Vásquez (2017) en donde la responsabilidad se refleja de manera personal y para la pareja, *“Ya a estas alturas es un tema que me afecta a mí, pero directamente le afecta a él, el yo dejar de continuar con el consumo de los antirretrovirales.”* (P5.I+.L47), por lo tanto, es una práctica compartida de protección y reducción de riesgos, aunque las personas que

conviven con el virus, no se involucran directamente con el tema, pues sus parejas son quienes se han hecho responsables en este aspecto desde el inicio de su diagnóstico, convirtiéndose en un ámbito principalmente personal de quien vive con el virus.

Otros aspectos importantes dentro de las prácticas de protección y riesgo, que se identificaron en las parejas serodiscordantes entrevistadas son el uso de las tecnologías de prevención y de otras alternativas de cuidado.

Respecto a los dispositivos de prevención, los entrevistados tienen conocimiento de estos, en donde no se evidencia el tipo de vulnerabilidad social al cual se refiere Martínez et.al. (2017) ante la falta de información en lo relacionado con la sexualidad. Sin embargo, como autores como Vargas-Trujillo (2007) lo han evidenciado, la información no es suficiente para que las personas usen esos dispositivos de prevención. Por eso mismo en las parejas entrevistadas es importante destacar que son pocas las herramientas o elementos de cuidado que utilizan para complementar las prácticas anteriormente mencionadas, siendo esto insuficiente y favoreciendo prácticas sexuales inseguras al no prevenir otros riesgos posibles distintos a la transmisión del VIH.

A partir de las entrevistas, dos parejas usan frecuentemente lubricante y lo consideran importante en sus relaciones sexuales, *“eso es también una ayuda para que la otra persona no se lastime y no sea grave después. Tratamos siempre de tenerlo”* (P4.O-.L70), como una manera de reducir el riesgo de posibles desgarres que pongan en contacto o exposición fluidos que puedan transmitir el virus.

En cuanto al uso del preservativo, las parejas concuerdan que es una decisión de acuerdo y negociación mutua para usarlo, *“Es un acuerdo mutuo, no es que yo le diga que se lo coloque o que él me diga que me lo coloque, no, es un acuerdo mutuo, de tratar de no imponerlo.”* (P4.T+.L66). Así como ya se mencionó, al destacar que Vásquez (2017)

identificó que las parejas homosexuales hacen uso del preservativo de manera consensuada y consciente, en las parejas participantes de la presente investigación, se evidencia esto tanto para el uso o no del preservativo pues dos parejas afirmaron usarlo frecuentemente en sus relaciones sexuales, mientras que las demás parejas no lo usan o dejaron de hacerlo, dentro de las razones para no usar preservativo están:

“No usamos preservativo, a nosotros dos no nos gusta.” (P1.M+.L129), “Sinceramente no, entre nosotros, si tenemos seis años y medio, quizá solamente el primer año y de hecho poco menos que un año usamos protección (preservativo), ya yo era indetectable evidentemente y ya yo había leído sobre que no se transmitía.” (P6.B+.L45) y “También tiene que ver con el preservativo en general como herramienta. No todos los hombres nos caen bien, y nos sentimos cómodos con esa herramienta.” (P6.B+.L69)

Frente a lo anterior, en las parejas entrevistadas es evidente como el uso del preservativo interfiere en los encuentros sexuales, en el placer y la satisfacción sexual, pues según los planteamientos de Reis & Gir (2005), este es el factor principal que afecta para lograr tener prácticas sexuales seguras en las parejas serodiscordantes.

Así que, respecto a la auto reactividad frente al preservativo, las parejas al no sentirse cómodos, que no les gusta o no lo vean necesario, tomaron la decisión de no usarlo y utilizar otras alternativas de cuidado individual y en pareja como las que ya se han mencionado, aunque esto es una práctica que los pone en riesgo de otras ITS y que se convierte en un desafío a la hora de tener prácticas sexuales seguras (Rivera, Rodríguez, Varas, & Pacheco, 2013; Martinez, N, Azevedo, Souza, & Grinsztejn, 2017).

Por lo mismo, con la capacidad de agencia y autorreflexión, ellos son conscientes de la función que cumple el preservativo, *“Siempre vienen diciéndole que tiene que usar condón y que si no lo usas tienes que sentirte culpable porque eres un irresponsable. Entonces*

transformar esa idea, interiormente es un proceso.” (P1.P-.L132); y además consideran que las prácticas que tienen para prevenir la infección son suficientes y eficaces dentro de su intención por realizar conductas que les permitan tener una calidad de vida aceptable, al igual de poder tener relaciones sexuales libres y placenteras.

Asimismo, en lo que respecta a la vida sexual, las parejas serodiscordantes entrevistadas manifestaron que la intimidad de pareja no se ha visto obstaculizada ante la presencia del virus, sino que por el contrario han encontrado la manera de poder disfrutar su sexualidad con libertad sin restringirse de disfrutarlo, *“Ya saber cómo es, como se trata, cual es la realidad en este momento de la infección, las alternativas que existen, pues más libertad.”* (P1.P-.L145).

Por eso mismo las cuatro parejas que afirmaron haber tenido relaciones sin protección en varias ocasiones antes de tomar alguna medida de protección se da cuenta de la relación de la vinculación emocional con tener prácticas sexuales seguras, pues así como lo afirma Said y Seidl (2015), en relaciones de parejas estables en donde hay un estrecho vínculo de confianza, comunicación y negociación, se dificulta tener prácticas sexuales de prevención. Además, estas situaciones reflejan que en el sistema de acción de autocuidado también están relacionadas las emociones, el placer y satisfacción que genera las relaciones sexuales de pareja sin protección, a pesar de que esto pueda implicar consecuencias que afecten la salud a largo plazo, *“Uno con la pareja rara vez se cuida, sobre todo después de cierto tiempo, cuando ya son una pareja, constituida.”* (P6.B+.L69)

Continuando con otros dispositivos de prevención, es importante mencionar que una pareja entrevistada usa PrEP (Profilaxis previa a la exposición), como una de las principales estrategias de cuidado quien no tiene diagnóstico de VIH, en donde logra una protección de hasta el 99% del virus (Grandt, R; Lama, J; Anderson, P, entre otros, 2010), *“Muy bien,*

pues hubo molestias cómo las primeras semanas, pues normal, cuando empiezas cualquier tratamiento. Pero en realidad han sido más las cosas buenas tanto física como personalmente, como de desarrollo personal pues mejor” (P1.P+.L147).

Lo anterior destaca, la intención compartida de controlar la transmisión del virus en la pareja, es decir, de prevenir infectar a su pareja sin diagnóstico. En este punto, dentro de la dinámica de interacción de la pareja, se ubica el modo colectivo de agencialidad al ejercer acciones orientados a un objetivo en común, pues toman una decisión motivados por la expectativa de resultado de los respectivos medicamentos y de las capacidades personales para lograrlo, en donde como lo afirma Chong & Torres (2019) hay un esfuerzo y beneficio mutuo de compartir la sexualidad, sentimientos y deseos con el otro.

Dentro de otras alternativas de protección, tres parejas mencionaron el no compartir elementos de uso personal como cepillos de dientes, cuchillas o cortaúñas, *“Nosotros no compartimos cuchillas, nada de uso personal.” (P2.H+.L52)*, en donde hay la posibilidad de presentarse alguna herida y transmitir el virus; lo anterior refleja el sistema de acción con la voluntad que regula a los individuos para adoptar prácticas de autocuidado.

Por último, otra forma de agencia de autocuidado que comparten tanto quienes viven con el virus como quienes no tiene diagnóstico es estar informados y educados sobre el VIH, asimismo Gutiérrez (2010) resalta la importancia de la educación sexual dentro de las prácticas de autocuidado, siendo la educación un recurso con el que ejercen mayor capacidad de conciencia y control de sus acciones y del cuidado propio, *“entonces unir educación, pero garantizar también lo que esté haciendo el sector educativo, lo que tiene que hacer, lo que el sector salud haga lo que tiene que hacer también, pero que se garantice que las personas una vez se les empodere de sus derechos, puedan demandar sus servicios entonces se pueda cumplir con sus servicios” (P1.M+.L159)*

Factores determinantes internos y externos del autocuidado.

Para la adopción de prácticas de autocuidado influyen aspectos en el sistema de acción y en la agencia de autocuidado, donde la teoría de Orem (2001) y Tobón (2003) hacen referencia a los factores determinantes internos y externos. Con respecto a los factores internos, la primera característica importante es el conocimiento, en donde la información sobre el comportamiento del virus en el cuerpo, las formas de transmisión y las formas de prevenirlo son claras para la mayoría de las parejas, además el papel de quien vive con VIH es fundamental en este aspecto ya que es quién informa a su pareja en primer medida desde su experiencia sobre cómo es vivir con el virus, dándole un significado distinto al VIH, *“de unos años para acá puedo hablar abiertamente que vivo con VIH sin miedo de que o me vayan a echar de mi trabajo, porque es que trabajo justamente en estos temas”*

(P1.M+.L44)

Igualmente, para quien vive con VIH, el proceso de educación e información sobre el virus hizo parte de su proceso de aceptar y afrontar el diagnóstico, así que esto se convierte en una herramienta y recurso individual con la que los socios que viven con el virus tienen control y agencia sobre sus acciones y más que todo sobre el virus en sus vidas, *“desde este punto de vista, manejar esto siempre es más fácil cuando uno tiene una base de conocimiento, tratar el tema tanto internamente como con los familiares o allegados”*

(P6.B+.L22).

Así pues, el tener el conocimiento adecuado y suficiente les permite a las parejas tener un proceso de autorregulación que media sus acciones e intenciones, por lo que genera un

primer cambio de vivir y convivir con el virus, pues como lo mencionaron dos entrevistados que conviven con el virus, antes de estar en una relación serodiscordante no le prestaban atención al tema, lo ignoraban y por lo tanto no estaban informados, *“por ejemplo la idea esa de pareja serodiscordante, yo no la conocía”* (P1.P-L.185).

Mientras que dos participantes que conviven con el virus, antes de establecer una relación con una pareja serodiscordante tuvieron un acercamiento a temas relacionados con VIH por personas conocidas que vivían con el virus y con educadores de colegio, siendo estas fuentes de donde obtuvieron información y recursos para manejar el tema pues *“tuve unas muy buenas profesoras y la institución donde yo estaba siempre fue un tema, nunca supe de nada, no tuve a alguien cerca que fuera positivo, más sin embargo siempre fue muy buena la educación en todo ese tema del VIH”* (P4.O-.L38) y *“Yo hablo sobre el tema muy relajado porque tengo un amigo que nació con VIH, porque la mamá lo tenía y una vez nos sentamos a hablar y aprendí gracias a él que es un estado, que no hace a la persona ni mejor, ni peor y no tengo que discriminarlos para nada. Entonces es una persona normal para mí”* (P3.A-.L44).

También dentro de la previsión y auto reactividad, dos socios cuando empezaron a convivir con el virus tuvieron la iniciativa personal y la motivación de informarse, principalmente a través de internet, *“Yo recién me enteré, yo dije del tema se cositas, pero a escondidas de él empecé a googlear y a mirar para saber si estaba errado o necesitaba saber algo más. Yo si tengo unas dudas, pero la verdad todo lo he estado texteando, googleando, y pues he aprendido muchas cositas. Yo tenía mucho miedo, mucha vaina entonces todo lo estaba buscando y ya estoy más tranquilo.”* (P3.A-.L138)

Por el contrario, la desinformación dificulta las dinámicas de interacción en pareja, familia y amigos alrededor del tema de virus al no tener el recurso base del sistema de

acción, siendo una limitación del cuidado, y además reproduce ideas sobre el estigma y discriminación, esto mismo se evidenció en la última Encuesta de demografía y salud (Profamilia, 2010), *“La sociedad no entiende conceptos como la diferencia entre VIH y sida, los procesos, las etapas que puede tener el VIH, no entienden el ser indetectable, estigmatizan la enfermedad creyendo que es solo para la comunidad homosexual o LGBTI y los proyectos a los que he podido escuchar sobre esto están sectorizados”* (P5.I+.L73)

Otro aspecto interno es la actitud, la cual está relacionada con el conocimiento y la percepción del virus, así que todas las parejas perciben el virus principalmente como un aporte en la vida personal y de pareja, así como lo mencionan, *“Pues mira que es muy curioso, yo siento que a mí me impacto de manera positiva, después de un periodo de aceptación porque te humaniza, te hace más empático.”* (P5.I+.L78). Una actitud positiva y responsable frente al vivir y convivir con el virus favorece la agencia de autocuidado en cuanto al no considerar el virus como un problema, obstáculo o limitante, sino por el contrario como un aspecto adicional de la vida como cualquier otra enfermedad manejable.

A pesar de la actitud con la que las parejas han enfrentado el virus, dos de los que viven con el virus reconocen las dificultades que implica el vivir con el virus, como aquellos desafíos emocionales a los cuales se enfrentan (Beckerman, 2002), *“hay que ser realistas, el diagnóstico, el proceso, el estigma que uno sufre y la disciplina de por vida, los controles, citas médicas, exámenes”* (P6.B+.L76), *“y negativo tal vez por lo que uno no se siente igual, eso afecta mucho psicológicamente”* (P2.H+.L88). Con lo cual se presentan impactos negativos que se reflejan en el manejo del proceso de aceptación individual y social del diagnóstico, alteraciones emocionales y los efectos secundarios de los medicamentos antirretrovirales, sin embargo, lo anterior cambia cuando se sobreponen los

aportes percibidos del vivir con el virus; esto está relacionado con la expectativa de resultados y la capacidad autorreflexiva de aprender de las acciones.

Adicionalmente, la actitud positiva y de aporte que ha generado el virus en las parejas, generó cambios como:

“Se puede llevar una vida normal teniendo una pareja viviendo con VIH.”

(P1.P+.L187), *“La verdad pienso que no porque nos ha ayudado de pronto a ser más cuidadosos, a ser quizá más precavidos, a tener más cuidado, precaución, ante todo, entonces pienso que por esa parte no afectó.”* (P4.T+.L41), *“El hecho de que ahora estoy bastante más consciente e informado de la condición, pero quizás me ayude a ayudar a otras personas.”* (P6.B+.L76) *“En mi vida me ha ayudado a abrir un poco más la mente, de pronto colocarme más en los zapatos de los demás, si trato de llevar una vida sana. También ha aportado en, yo no fumo ni nada de eso, pero digamos, si bebo, entonces sí creo que ha sido una de las razones por las que dejé por mucho tiempo de beber”* (P4.O-.L97) y *“en el tema de la salud que tienes que cuidarte más, con la comida, de estar más pendiente de tu cuerpo, de conocerte un poco más, que mi acción va a impactar a la otra persona que es mi pareja sexual en este momento o las que vayan a venir o las pasajeras”* (P5,I+.L78)

Además de la actitud positiva frente al virus, Beckerman (2002) considera que el miedo es uno de los desafíos emocionales en las parejas serodiscordantes, sin embargo, las parejas manifiestan que no lo sienten relacionado con el VIH, en términos de Torres (2014), en el aspecto emocional las parejas afrontan el miedo a la posible infección y se tranquilizan con las posibilidades que brindan el tratamiento y apoyo médico para evitar este riesgo y tener una buena calidad de vida al vivir con el virus.

Lo anterior se evidencia con 5 personas que viven con VIH, quienes no tienen miedo por transmitir el virus ante el optimismo del tratamiento y la seguridad en las precauciones que toman, *“No, porque sé que soy indetectable entonces sé que no lo estoy transmitiendo, por qué debería sentir miedo sí sé que el tratamiento es efectivo.”* (P1.M+.L182). Asimismo, 5 personas que conviven con el virus no tienen preocupación de la posibilidad de infectarse, aunque no les gustaría infectarse, reconocen que el virus no les afectaría. *“Nos hemos dado cuenta de que, si hay que tener precauciones claro, pero no tenerle tanto miedo, tenemos que ser personas conscientes de lo que estamos haciendo y que hay muchas más maneras de infectarse. Yo pienso que todo va en la educación, en como cada uno tome el tema.”* (P4.O-.L64).

Mientras que quienes manifiestan miedo, es una persona que vive con VIH *“Yo siempre he tenido uno, que, por cosas de la vida o descuido de nosotros, él llegará a presentar un resultado positivo, creo que siempre se lo he expresado.”* (P4.T+.L47) y otro sin diagnóstico *“Pues a mí sinceramente no afecta que tenga VIH o no, simplemente que nos cuidemos y me cuide bastante ya que yo soy negativo, entonces no contagiarme que es lo que no quiero y yo le dije eso, que tenía miedo.”* (P3.A-.L122). Así como lo referencia Berkerman (2002), en estos socios se evidencia el desafío emocional ante la incertidumbre de la infección, en donde la comunicación ha sido el medio en donde se expresa esta emoción y la pareja actúa como apoyo y contención emocional fortaleciendo el vínculo.

A propósito de los hábitos, este es otro factor interno que favorece la adopción de autocuidado, pues en tres parejas entrevistadas es común el cambio a un estilo de vida saludable en el que quien vive con el virus se caracteriza por ser quien demuestra e inspira a sus parejas a cuidar el cuerpo con alimentación y ejercicio, *“Entonces al ver que M, lleva un vida común y corriente, que es más fit que yo, que es más saludable que yo, que se*

enferma menos, entonces rompe con todo ese imaginario que tiene de cómo lleva la vida una persona VIH positivo.” (P1.P-.L38) y “Creo que eso ha ayudado también a yo sentar cabeza y yo no puedo seguir así, no puedo beber tanto porque no es lo que no quisiera, tener una vida sana, comer bien, alimentarnos bien, es lo que nos ha ayudado a nosotros, sobre todo a T, que es él que siempre mantiene en su cuento de llevar su vida sana y eso, me ha costado un poco.” (P4.O-.L97)

Lo anterior a razón de que con los resultados positivos en su calidad de vida se evidencia una expectativa de resultado, además se reconocen las habilidades con las que cuentan, no solo de lograr un bienestar interno al controlar el virus con la toma de medicamentos, sino también de la capacidad de provocar cambios positivos en sus vidas que les generan bienestar y promuevan una vida saludable y sana.

Por otro lado, respecto a los factores externos que determinan la adopción de prácticas de autocuidado, la mayoría de las parejas entrevistadas se refirieron al estigma que existe sobre el VIH, siendo este una barrera que como afirma Mahajan (2008), dificulta el proceso de aceptación, de divulgación del diagnóstico y de incluirlo como parte de la vida en distintos espacios como el emocional, laboral, familiar, de amigos y de pareja, *“es algo que no se le puede desconocer su impacto negativo en el organismo, no solamente en el cuerpo sino en la mente de las personas que lo tienen, es un proceso de aceptación, pienso que es una enfermedad que se trata muy superficialmente, socialmente y no se le da un trato integral, es algo todavía muy invisible a la sociedad” (P5.I+.L73) y “claro entonces todo ese estigma hace que las personas con VIH, primero si son homosexuales y no han pasado por esa aceptación o de salir del closet, tienen un rechazo social por ese lado y adicional si tienen VIH entonces eso es otra barrera más, porque se van a sentir más juzgados y su entorno social se entera porque aún la gente tiene esa creencia. Entonces falta visibilizar*

más, los últimos avances en los que se ha tenido con relación a esta enfermedad” (P5, I+L74)

A partir de esto, el estigma se comprende como un factor externo social al ser una idea socialmente reproducida que se impone como una barrera percibida, en términos del modelo socio cognitivo, esto impacta el nivel cognitivo de las conductas y los cambios en comportamientos de la salud, *“Ahora, desde el punto de vista social, sigue siendo gravemente estigmatizado y esto es una carga, tiene un efecto gravísimo, y es el de que las personas que se enteran de que son positivas, este es el peor efecto, tiene varios, pero el peor efecto es el que se entera del diagnóstico y por el estigma no le presta atención, o no busca ayuda. El estigma es tan grande que la gente no busca ayuda con el diagnóstico, porque por el miedo que se oculta con un diagnóstico o busca ayuda y se muere”*

(P6.B+.L73)

Por último, el estigma como barrera cambia en las parejas serodiscordantes, pues aunque sus socios lo reconocen como una de las limitaciones sociales del virus, en la relación esas ideas cambian a través de la información, la educación y la experiencia propia de la posibilidad de vivir y convivir con el virus, en donde ellos no lo perciben como problema ni en su vida, ni en su relación (Beckerman, 2002), lo cual, influye en sus pensamientos, acciones y sentimientos sobre las capacidades que tienen, de autoeficacia, para afrontar esta situación de manera personal y relacional. *“Para mí el VIH es algo tan normal, que hace parte de mi vida. Mi percepción del VIH es que es la causa de también de lucha de mucha gente hoy en día.” (P1.M+.L40), “Yo no lo veo como muerte, yo no lo veo como nada de eso, yo lo veo como un problema como una diabetes y ya, que se tiene que cuidar y ya.” (P2.H+.L47), “Pues no, hasta el momento así que diga no, porque no me ha impedido nada, ni tampoco he renegado.” (P4.T+.L101) y “Para mí la verdad, tampoco es un*

problema porque nos hemos estado protegiendo y eso y pues la verdad no le veo el problema porque no nos afecta.” (P2.C-.L48)

CAPITULO IV

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este último apartado se retomarán los principales hallazgos y se pondrán en diálogo con otras investigaciones y autores, además se hará énfasis en la postura de la investigadora en el proceso de investigación realizado. Finalmente, se presentarán las conclusiones que encierran y engloban el presente trabajo.

Discusión de resultados

A partir de los resultados expuestos en el capítulo anterior y dando respuesta a la pregunta central de investigación ¿Cuáles son las características de las prácticas de autocuidado sexual de seis parejas serodiscordantes de Bogotá en relación con la promoción y prevención de la salud?, es importante mencionar que en las parejas serodiscordantes participantes dieron cuenta de la presencia y agencia de cuidado en su relación tanto para cada uno de sus socios como la manera como dicho cuidado influye a la vez en el otro. Pues la interacción de serologías diferentes conlleva cambios de comportamiento que permiten vivir y convivir con el virus para lograr tener una adecuada calidad de vida en donde el impacto del virus tiene principalmente un sentido positivo y de crecimiento personal al aceptarlo y dentro de dicho proceso, hacerlo parte de la vida en distintos aspectos como el personal, familiar y de pareja.

Así que todas las parejas serodiscordantes de la investigación, si han implementado distintas prácticas de autocuidado de diferentes maneras y quien las ejerce y tiene la

iniciativa marca una diferencia importante sobre la forma como perciben el virus y los recursos con los que cuentan para enfrentarse a esta situación (Rangel, 2014).

De manera que, uno de los hallazgos destacables de la investigación es que quienes viven con VIH ejercen en mayor medida el autocuidado pues actúan como agentes principales de su cuidado y del cuidado del otro en donde tienen control de sus acciones e influyen en las conductas de otros al implementar estrategias de protección colectivas, como por ejemplo, la importancia y preocupación de conocer el estado serológico, la divulgación del diagnóstico y realizarse pruebas con regularidad para comprobar la eficacia y resultado de las prácticas de protección. Lo cual confirma la relación del autocuidado con la promoción y prevención de la salud de Tobón (2003) pues el cuidado a sí mismo se relaciona con una calidad de vida adecuada que les permita un desarrollo personal y social.

Con respecto a la divulgación del diagnóstico y el realizarse pruebas diagnósticas, se presenta un aspecto emocional importante que atraviesa la decisión y responsabilidad de realizar alguna de estas prácticas, pues se evidenció que se presentan tensiones en los socios en el momento en el que se decide revelar el diagnóstico de VIH, en donde se presentan emociones de miedo por parte de quien hace la revelación y también puede provocar molestias e incomodidad en las parejas donde el conocimiento del diagnóstico no se comunicó de manera oportuna. También se evidenciaron tensiones frente a la necesidad de realizarse pruebas, las cuales dan cuenta no sólo de la serología de cada uno con lo que mantienen la serodiscordancia sino además demuestra la efectividad y consecuencias deseables de las estrategias de cuidado que usan como pareja.

Continuando con el tema de la revelación o divulgación del diagnóstico de VIH, según Klitzman (1999), una divulgación clara y directa permite que las parejas puedan tener prácticas sexuales seguras, sin embargo, con los hallazgos obtenidos se evidenció que ya en

el momento en el que se da a conocer la serología, las parejas han tenido encuentros sexuales sin protección e igualmente, luego de la revelación y la aceptación de continuar con la relación, son pocas las parejas que incluyen tecnologías de prevención para la protección y cuidado de ambos socios.

Lo anterior a razón de lo que afirman Said & Seidl (2015) pues ante el vínculo emocional que está presente en la relación de pareja, este cobra un mayor sentido y prioridad que el virus en sí, conllevando a que se dificulten las prácticas preventivas, además para las parejas el poder controlar la posibilidad de transmisión del virus con la adherencia al tratamiento, les da seguridad y confianza a los dos socios.

Igualmente, son quienes viven con el virus, los que al tener el mayor impacto en la salud presentan mayores cambios de conducta respecto a su salud, aspecto que sobrepasa la afectación biológica en sí que genera el virus en el cuerpo y que controlan gracias a los avances y disciplina con el tratamiento antirretroviral con el cual logran ser y mantenerse indetectables; pues adicionalmente a ello, las personas que viven con VIH tienen un nivel de consciencia del cuidado y de bienestar en donde reconocen que sus acciones les permiten considerarse capaces y con las habilidades para tener una vida sana, responsable y sin limitaciones, así como también de tener una vida sexual libre y segura.

Como se mencionó anteriormente, quienes viven con el virus, al presentar la iniciativa de autocuidado influyen en las conductas de su pareja, pues la mayor preocupación por la transmisión del virus es por parte de quienes viven con el virus a pesar de que en la mayoría de casos están en indetectabilidad y por lo tanto se ha comprobado científicamente que no transmiten el virus; esto genera un optimismo ante la eficacia del tratamiento que favorece el bienestar físico, social y emocional a la cual hace referencia Juárez (2010) y al poder controlar y disminuir las consecuencias negativas del virus en el organismo y en la

percepción social de quienes tienen diagnóstico de VIH. De esta manera, quienes viven con el virus son quienes informan y educan sobre el virus y las posibilidades desde su vivencia, pero también contribuye que las personas sin diagnóstico tomen las medidas de cuidado necesarias.

En cuanto a quienes conviven con el virus, ellos reconocen la posibilidad del riesgo de infectarse del virus y tienen la iniciativa e interés por conocer sobre el VIH tanto de parte de su pareja como de otras fuentes de información que les permitan tener recursos para comprender como afecta el VIH en la vida de las personas y las diferentes formas de prevención y cuidado para vivir con el virus. Además, se enfrentan a desafíos emocionales en donde, manejan el miedo que algunos de ellos manifestaron sentir cuando no sabían sobre el virus y también de la posibilidad de tener una relación de pareja con una persona que vive con VIH (Gutiérrez, 2010). Asimismo, como lo mencionan Rivera, Rodríguez, Varas y Pacheco (2013), sus parejas sin diagnóstico cumplen la función de apoyo dentro del proceso de aceptación del diagnóstico y de mantener la relación con los cuidados que consideran necesarios para ambos.

Respecto a los dispositivos de protección hacen parte de los recursos de protección a los cuales las parejas tienen acceso y los ponen en uso en los momentos necesarios, pues como lo decía Rangel (2014) permiten enfrentar amenazas, en este caso, el riesgo de transmitir o infectarse del virus; así que, el tratamiento con antirretrovirales es el más frecuente en las parejas serodiscordantes, donde una vez más se evidencia que es una práctica de la cual se hace responsable principalmente quien vive con el virus.

En una pareja, quien convive con el virus, al hacer uso del PrEP (Profilaxis previa a la exposición) demuestra la posibilidad de agencia de autocuidado también para quien no vive con el virus, quien se enfrenta a la posibilidad de infección. Este último dispositivo como

una tecnología de prevención es considerado como uno de los avances médicos más recientes para controlar el VIH en el mundo y en Colombia su presencia es reciente y por lo tanto pocas personas lo conocen y lo utilizan; sin embargo, su prevención es para el VIH, lo cual mantiene el riesgo de infección de otras ITS lo cual implica el uso de otras formas de cuidado como por ejemplo el preservativo.

Ante lo anterior, el preservativo es un aspecto de contrastes en las parejas serodiscordantes ya que la mayoría de los participantes no hacen uso de este por distintas razones y ha sido una negociación mutua en la pareja, con ello se enfrenta el discurso principalmente de los profesionales de salud por la efectividad del preservativo para evitar cualquier tipo de riesgo de infección (Reis & Gir, 2005).

Pues, aunque las parejas serodiscordantes centren su cuidado hacia la prevención del VIH y logren efectivamente evitar la transmisión e infección del virus, siguen existiendo otras infecciones sexuales que de alguna manera pueden afectar su calidad de vida. En este mismo sentido, Serovich & Mosak (2003) hace referencia al optimismo por el tratamiento, el cual favorece tener comportamientos sexuales de riesgo, evidente en algunas parejas con miembros indetectables en los que aceptan el tener prácticas sexuales sin preservativo.

Por otro lado, en ninguna pareja serodiscordante el VIH ha afectado o ha sido un obstáculo en la relación, sino que por el contrario ha permitido abrir la posibilidad de establecer y fortalecer el vínculo afectivo al vivir con el virus (Beckerman, 2002; Ospina, 2018)., así como la de cualquier otra pareja donde no haya presencia del VIH.

En este sentido, el VIH tiene un sentido distinto tanto para quien vive con el virus como para quien convive con este, en donde se destaca la manera como el virus ha aportado a la vida personal sobre las afectaciones negativas como los efectos secundarios de los medicamentos y el estigma social que aún se mantiene y se sigue reproduciendo.

De ahí que, el estigma sea el mayor factor externo que influye y afecta negativamente en la adopción de prácticas de autocuidado y en la agencia de las personas por prevenir enfermedades y actuar favoreciendo su bienestar, evidenciando así, cómo los factores sociales logran impactar de cierta manera a los individuos y a la manera como se perciben y asumen la vida. Igualmente, este es un aspecto que requiere una atención e intervención desde un enfoque integral que permita reducir las barreras sociales que limitan la capacidad de agencia y autonomía de las personas y grupos.

Por otro lado, el bienestar y cuidado en la salud está estrechamente ligado con los aspectos psicológicos que intervienen en estilos de vida saludables, en la apropiación de conductas de prevención y disminución de riesgos, el tratamiento y en general, en cuidados tanto para quien está diagnosticado como para quienes buscan mejorar su calidad de vida en salud.

De ahí que, se consideren diversos aspectos que facilitan o no el mantener una vida saludable o adquirir una enfermedad, entre los que se pueden mencionar los factores emocionales, como el miedo que manifestaban algunos entrevistados, cognitivos, de aprendizaje, comportamiento y aspectos psicosociales como el apoyo y la influencia del estigma, del cual se mencionó con anterioridad.

En efecto, es importante reconocer que actualmente se están realizando esfuerzos importantes para brindar las herramientas de ayuda y apoyo tanto para quienes viven con el virus, como también para quienes conviven con ellos, familia, amigos y parejas. De ahí que la serodiscordancia se comprenda como una vivencia de conexión emocional (Torres C. , 2015) al tener implicaciones en cualquier tipo de relaciones sociales.

Finalmente, el presente trabajo investigativo no sólo abre un panorama a una población que vive y convive con el VIH en Bogotá en relación con sus prácticas de autocuidado, sino

que además que da cuenta que el VIH es un tema que involucra a toda la sociedad en general y por lo tanto debe ser un tema de interés y trabajo en común.

Investigadora en la investigación

Al tener la oportunidad de tener un espacio de cercanía con los participantes durante las entrevistas, es importante destacar los aspectos principales que como observadora y entrevistadora pude apreciar de las parejas en general, además, de los aprendizajes que tuve en el proceso de investigación.

En primera medida, abordar en una entrevista temas personales e íntimos de las parejas es uno de los principales desafíos pues implica una apertura y confianza tanto para los entrevistados como para mi siendo la entrevistadora, siendo un aspecto fundamental el respeto y la seriedad con el que se habla al respecto y del manejo confidencial de la información.

A pesar de las dificultades por realizar las entrevistas de manera presencial, la mayoría de las parejas entrevistadas estuvieron dispuestas a responder todas las preguntas y no les generó algún tipo de incomodidad, por lo que se dio un espacio ameno, de confianza y seguridad para dialogar sobre cada uno de los temas propuestos, al igual de tener la posibilidad y espacio para poder puntualizar sobre temas adicionales que consideraban importantes en la conversación.

Igualmente, en el transcurso de la entrevista, en tres parejas fue evidente que tanto quien vive con VIH como quien convive con el virus, mostraban seguridad y conocimiento cuando se referían al tema del virus, pues como se mencionaba anteriormente, dentro de la

relación es un tema de interés mutuo que implica la concientización de ambas partes, aunque este no sea el enfoque central de la relación.

Sin embargo, la iniciativa principal a la hora de hablar sobre VIH es de quien vive con el virus, quien hace referencia principalmente a su experiencia directa de vivir con el virus; esto mantiene la relación con la iniciativa que se evidenció sobre quien ejerce principalmente las prácticas de autocuidado y cualquier estrategia de protección en la pareja.

Adicionalmente, un aspecto en común durante las entrevistas es que todas las parejas, dentro de su posibilidad y derecho por hacer preguntas, estuvieron muy interesadas en saber las razones que me motivaron a realizar la investigación y cómo había sido la experiencia con otras parejas contactadas. De manera que reconocieron la necesidad e importancia por hablar sobre el virus y trabajar sobre el estigma en espacios como la educación, la familia, y los profesionales de salud.

Respecto a mi experiencia con las parejas, fue muy provechosa y de mucho aprendizaje, desde los retos a los cuales me enfrente al realizar entrevistas virtuales que lograran tener un espacio agradable y seguro para las parejas, como las dificultades en acceder a la población. Así que, luego de la entrevista con cada pareja, en su singularidad aportó de manera significativa para mi desarrollo personal y profesional, pues tener un acercamiento a las experiencias y puntos de vista de quienes viven y conviven con el virus es muy enriquecedor.

Además el poder reconocer que para los dos socios han sido mayores los aportes y aprendizajes del virus en su vida, me ha permitido darle un sentido distinto al VIH, que a diferencia de lo que se encuentra en la literatura, es una forma de vida que abre posibilidades, pues hoy en día, aunque sigue siendo un tema con muchos estigmas, son las

mismas personas diagnosticadas que luchan y se esfuerzan por transformar la percepción exclusivamente negativa del virus, que por muchos años ha permanecido; además de demostrar los logros que han alcanzado y la manera como ha sido su proceso de aceptación, de afrontar y vivir con el virus.

Asimismo, todo el proceso de investigación me permitió dar cuenta que abordar este fenómeno implica un nivel de responsabilidad considerable en donde es fundamental reconocer el compromiso que conlleva adaptarse y reconstruir la vida viviendo con el virus, siendo esto un proceso significativo y de cambios que se ajustan a las condiciones contextuales en el que se encuentran los sujetos. Y en donde, desde la psicología se puede aportar y acompañar este proceso no solo de manera individual sino también colectiva.

Conclusiones

Como se ha mostrado, las parejas serodiscordantes tienen prácticas de autocuidado sexual en donde ante la presencia del virus cambiaron conductas a favor de su salud y bienestar tanto individual como pareja. Y aunque dichas prácticas se caracterizan por diferenciar quien en la pareja es el que las ejerce, la responsabilidad de asumirlas se comparte en la pareja, ya que no solo tiene un beneficio individual, sino que afecta directamente en el bienestar del otro.

De manera que, es principalmente quien vive con VIH, la persona que tiene la iniciativa y ejerce el cuidado propio y de su pareja para evitar la transmisión del virus y, asimismo, tener bajo control su carga viral que le permite tener un estilo de vida saludable y sin limitaciones. Y aunque existen prácticas en donde quienes conviven con el virus, también

tengan un papel activo frente a la protección y prevención de riesgo en la pareja, son pocas las que conocen de estas estrategias y las implementan; por lo que estos socios se caracterizan por ser la principal fuente de apoyo de la pareja permitiendo fortalecer el vínculo emocional de la relación.

Con respecto a los cambios que se presentan ante la presencia del VIH, este ha llevado a que las parejas estén mejor informadas, tengan una actitud positiva sobre el virus, el cual aporta en su vida de pareja y son conscientes de las capacidades que tienen para realizar conductas que les van a permitir tener resultados que les beneficie en cuanto a su bienestar y calidad de vida.

Frente a las prácticas de protección frente al VIH, es evidente como hay presencia de estas en las parejas serodiscordantes en relación con el virus, mientras que se mantiene la preocupación de otros riesgos inminentes de infecciones de transmisión sexual que también pueden afectarlos y sobre los cuales hay poca prevención y protección; por ende, hace falta prácticas de autocuidado sexual integral en donde se incluya el cuidado hacia todas las ITS. Igualmente, lo anterior está influenciado con la percepción negativa y bajo uso del preservativo en los encuentros sexuales, lo cual termina poniendo en cuestión la posibilidad de conductas sexuales completamente seguras y responsables.

También, se dio cuenta de aspectos que influyen en el autocuidado sexual, con lo cual el estigma que existe no solo frente al VIH, sino también como personas con orientación homosexual, se convierte en una barrera con la cual se enfrentan en distintos ámbitos a los que pertenecen, llegando a ser un riesgo significativo que afecta tanto las relaciones sociales como emocionales y psicológicas. Y que los mismos participantes perciben como un aspecto sobre el que hay que trabajar mucho para deconstruir y que beneficiaría a muchas personas.

De manera tal que, los hallazgos presentados aportan al campo de la psicología en la medida en que desde esta área se acompañan procesos para aceptar y afrontar el diagnóstico y los desafíos emocionales que esto implica; y con esta investigación se da un panorama que evidencia las necesidades que tienen estas parejas y sobre las que los profesionales de psicología pueden enriquecer sus conocimientos sobre las características y dinámicas de esta población y así, mejorar los procesos de atención y asesoría para las personas que viven con el virus pero también incluir a su red de apoyo, como lo es su pareja afectiva y sentimental.

Además, al ser el VIH un tema de salud pública e interés general, esta investigación presenta resultados que sustentan la importancia y necesidad de incluir a las parejas serodiscordantes en acciones sociales, políticas y de salud; para así atender estos problemas específicos teniendo incidencia en políticas públicas.

Por otro lado, a lo largo del trabajo investigativo se evidenciaron varias limitaciones que son importantes tenerlas en cuenta para futuras investigaciones con esta población, una de ellas es el acceso a la población, la cual se dificultó al contactar a las parejas porque no hay registros o bases de datos de este tipo de parejas, además no suelen reconocerse abiertamente como serodiscordantes en el país.

Igualmente, las organizaciones que prestan servicios sobre el VIH tienen listados generales, principalmente de quienes viven con el virus pues son quienes acceden a grupos de apoyo y a otros servicios de atención de salud y tampoco tienen identificadas a quienes tienen parejas serodiscordantes. Además, el trabajar con un tema delicado como lo es la población que vive con VIH, la confidencialidad y la seguridad de los datos dificulta que instituciones de salud y organizaciones compartan los datos de sus consultantes.

Adicionalmente, dentro de la coyuntura por la pandemia del COVID-19, el momento de la recolección de la información se obstaculizó pues los contactos de parejas que se obtuvieron tenían dificultades de comunicación y por lo tanto no se pudo entrevistar a la pareja como tal y luego las relaciones terminaron, por lo que no se pudo tener en cuenta a dichas parejas en la investigación.

También frente a las medidas de aislamiento y cuarentena decretados por el gobierno nacional, las entrevistas se realizaron virtualmente implicando un reto para lograr una conversación de confianza y empatía, además se presentaban dificultades con la señal, por lo que se tenía que repetir la pregunta o respuesta en dado caso. Sin embargo, durante el desarrollo de la entrevista, la cámara encendida fue una ayuda importante para permitir la apertura en la conversación.

En cuanto a las recomendaciones, en cada una de las ciudades y contextos en los que se hace necesario abordar e intervenir de la manera las adecuada.

De igual forma, se considera importante y necesario incluir a parejas heterosexuales serodiscordantes, así como también poblaciones ubicadas en otras ciudades del país para que así, se pueda comparar y encontrar aspectos relacionados con el contexto, los accesos a servicios de salud y educación sexual integrales.

Finalmente, sería provechoso comprender las dinámicas de la sexualidad y del vínculo afectivo de las parejas serodiscordantes desde diferentes perspectivas epistemológicas, teóricas y metodológicas que permitan abordar a profundidad y develar hallazgos importantes que contribuyan con el trabajo investigativo y sirvan de insumo para quienes trabajan con este tipo de población.

Referencias

- Albarracín, C., Ariza, Y., & Espinosa, E. (2020). *Construcción de narrativas alrededor de las relaciones de pareja en tres personas que conviven con el VIH en Villavicencio*. Villavicencio: Universidad Santo Tomás.
- <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/21960?show=full>
- Anglemyer, A., Horvath, T., & Rutherford, G. (2013). Terapia antirretroviral para la prevención de la transmisión del vih en parejas discordantes con el vih. *JAMA Clinical Evidence Synopsis*. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1752737>
- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Colombia.
- Bandura, A. (1977). Self efficacy: Toward a unifying theory of behavior change [Autoeficacia: hacia una teoría unificadora del cambio de comportamiento]. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action [Bases sociales de pensamiento y acción]*. New York: Englewood Cliffs. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in Changing Societies [Autoeficacia en sociedades cambiantes]*. Cambridge University.
- https://www.researchgate.net/profile/Barry_Zimmerman/publication/247480203_Self-efficacy_and_educational_development/links/549b67770cf2b80371371ad5/Self-efficacy-and-educational-development.pdf

- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective [Teoría social cognitiva: una perspectiva de agencia]. *Rev Psychol*, 52(1), 1-26.
doi:<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Beckerman, N. (2002). Parejas que enfrentan un estado de VIH discordante. *AIDS Patient Care and STDs*, 16(2). doi:10.1089/10872910252806090
- Camaño, Y., Mondragón, L., Soto, N., & Mayor, Y. (2015). Conocimiento y prácticas de autocuidado en trabajadoras sexuales del municipio de Palmira, Valle del Cauca.
<http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/18>
- Chong, F., & Torres, T. (2019). Parejas heterosexuales serodiscordantes en Chiapas, México. La influencia del género en la expresión de la agencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(1), 37-56.
doi:<http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v38i01.03>
- Crankslaw, T., Matthews, L., Giddy, J., Kaida, A., Ware, N., Smit, J., & Bangsberg, D. (2012). Un marco conceptual para comprender el comportamiento de riesgo del VIH en el contexto de apoyar los objetivos de fertilidad de las parejas serodiscordantes del VIH. *Journal Reprouctive Health Matters An international journal on sexual and reproductive health and rights*, 20, 50-60.
[https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080\(12\)39639-0](https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/S0968-8080(12)39639-0)
- Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2019). *Situación del VIH en Colombia*. Bogotá D.C.
<https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-del-vih-sida-en-colombia-2019/>

- Fernández-Silva, C. (2018). Actitudes y prácticas sexuales relacionadas con VIH/SIDA. *Rev Univ Ind Santander Salud*, 50(4), 352-359. doi:10.18273/revsal.v50n4-2018008
- Flórez, L. (2007). *Psicología Social de la Salud Promoción y prevención*. Bogotá: Manual Moderno.
- Flórez-Alarcón, L. (2006). *Psicología de la salud en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a20.pdf>
- Folgueiras, P. (2016). *Técnica de recogida de información: La entrevista*. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99003/1/entrevista%20pf.pdf>
- González, V., Ortiz, J., & Manrique, L. (2020). *Expresión de la sexualidad y afectividad de un hombre con VIH en relaciones serodiscordantes*. Cali: Pontificia Universidad Javeriana Cali. <http://vitela.javerianacali.edu.co/handle/11522/13508>
- González, I., Díaz, M., Pérez, J., Toledo, M., & Berdasquera, D. (2007). Natalidad en parejas serodiscordantes al VIH/SIDA en Cuba. La Habana, Cuba. *Rev Biomed*, 18(2), 141-143. <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=21409>
- Grandt, R; Lama, J; Anderson, P, entre otros. (2010). Quimioprofilaxis previa a la exposición para la prevención del VIH en hombres que tienen sexo con hombres. *The New England Journal of Medicine*, 2587-2599. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1011205>
- Gutiérrez, B. (2010). *Concepciones sobre el autocuidado de la sexualidad: aproximación a un grupo de jóvenes*. Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander. <http://tangara.uis.edu.co/biblioweb/tesis/2010/134020.pdf>

Harvey, J., & Wenzel, A. (2002). *VIH, SIDA y relaciones cercanas*.

<http://spr.sagepub.com/content/19/1/135>

InfoSida. (20 de Julio de 2016). *Parejas serodiscordantes*.

<https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/infographics/18/parejas-serodiscordantes>

Instituto Nacional de Salud. (2017). *Informe del evento VIH/SIDA*. Colombia.

<https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA%202017.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2019). *BES. Boletín epidemiológico semanal*.

Comportamiento VIH, Colombia. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_47.pdf

Izquierdo, A. (2013). Salud sexual y reproductiva. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(1), 1-2.

Juarez-Vílchez, J., & Pozo, E. (2010). Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en Piura, Perú. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*, 27(1).

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100006

Klitzman, R. (1999). Autorrevelación del estado del VIH a parejas sexuales: un estudio cualitativo de los problemas que enfrentan los hombres gay. *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association*, 3(2). doi:10.1023/A:1022289201140

- Mahajan, N. (2008). Estigma en una epidemia de VIH/Sida: Una revisión de la literatura y recomendaciones para el camino a seguir. *AIDS*, 22(Suppl 2),.
- Martinez, N, N., Azevedo, É., Souza, j., & Grinsztejn. (2017). Vulnerabilidad a la infección del VIH entre parejas serodiscordantes, en Río de Janeiro, Brasil. *Cuadernos de la Salud Pública*, 33(4). doi:doi:10.1590/0102-311X00053415
- Melo, O., Castañeda, K., Peña, E., & Preciado, K. (2018). Prácticas promotoras de autocuidado de la salud de mujeres en ejercicio de prostitución, Bogotá, Colombia. *Hacia promoc. salud*, 60-74. doi:10.17151/hpsal.2019.24.2.6
- Ministerio de Salud y la Protección Social;Onusida. (2018). *Plan nacional de respuesta ante las ITS-VIH/SIDA Colombia 2018-2021*. Bogotá.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tbvih2018-2021.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *ABC del Plan Decenal de Salud Pública*. Bogotá.
https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/MP_4feb+ABCminsulud.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la Coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021*.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tbvih2018-2021.pdf>

- Morillo , R., & Sánchez-Rubio, J. (2017). Una nueva estrategia de prevención del VIH: estamos PrEParados. *Farmacia Hospitalaria* 2017, 41(5), 573-574.
https://www.sefh.es/fh/163_10876.pdf
- Naranjo, Y., Concepción, J., & Rodríguez, M. (2017). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*. Cuba: Gaceta Médica Espirituana.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology: A textbook 3rd edition [Psicología de la salud: libro de texto 3º edición]*. New York: Open University Press.
https://books.google.com.co/books?id=a55qQgAACAAJ&hl=es&source=gbs_book_other_versions
- OMS. (2012). *La infección por el VIH en las parejas en que uno es positivo y el otro es negativo*. https://www.who.int/features/2012/living_hiv/es/
- OMS. (2013). *Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH* Capítulos introductorios. Resumen de las nuevas recomendaciones:
<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/intro/rag/es/index2.html>
- ONUSIDA. (2013). *90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida*.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf
- ONUSIDA. (2019). *Estadísticas mundiales sobre el VIH*.
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

- ONUSIDA. (2020). *El informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de sida muestra que los objetivos de 2020 no se cumplirán debido a un éxito profundamente desigual; COVID-19 arriesga desviar los avances en VIH fuera de curso.*
https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/july/20200706_global-aids-report
- ONUSIDA. (2020). *Hoja Informativa. Estadísticas mundiales sobre el VIH.*
https://www.unaids.org/es/resources/documents/2020/UNAIDS_FactSheet
- Orem, D. (2001). *Nursing. Concepts of Practice.* Louis Missouri: Mosby, St.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (6 de Julio de 2020). *VIH/sida. Datos y cifras:*
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Ospina, A. (2018). Pareja homoparental serodiscordante: procesos de comunicación y prácticas de cuidado. Un análisis de caso en Manizales. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia, 10(1), 78-98.*
- Posada, I. C., & Agudelo, É. T. (2019). Significado del Riesgo de VIH/SIDA para. *PSYKHE, 28(2), 1-14.* doi:<https://doi.org/10.7764/psykhe.28.2.1381>
- Prado, L., González, M., Paz, N., & Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica, 835-845.* http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004
- Profamilia. (2010). *Informe Encuesta Nacional de Demografía y Salud.* Colombia.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Base%20de%20datos%20ENDS%202010%20informe.pdf>

Profamilia. (2015). *Guía Temática en Salud Sexual y Salud Reproductiva Para Periodistas y Comunicadores*. [http://profamilia.org.co/wp-](http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2015/05/Guia%20tematica%20para%20periodistas.pdf)

[content/uploads/2015/05/Guia%20tematica%20para%20periodistas.pdf](http://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2015/05/Guia%20tematica%20para%20periodistas.pdf)

Rangel, Y. (2014). Practicas de autocuidado sexual y reproductivo en mujeres “parejas de” migrantes internacionales de San Luis Potosí, México. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 18(40), 82-92. <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/43927>

Reis, R., & Gir, E. (2005). Dificultades enfrentadas por los socios serodiscordantes al VIH en el mantenimiento de sexo seguro. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 13(1), 32-37. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000100006&lng=pt&tlng=pt

Restrepo, H., & Málaga, H. (2001). *Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Rivera, J., Rodríguez, S., Varas, N., & Pacheco, R. (2013). El papel del apoyo social en las prácticas relacionadas con la salud de las parejas heterosexuales discordantes con el VIH. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 24(2), 1-18.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2332/233229143003>

Rodger, A; Cambiano, V; Bruun, T, entre otros. (2016). Actividad sexual sin condones y riesgo de transmisión del VIH en parejas serodiferentes cuando la pareja seropositiva está usando terapia antirretroviral supresora. *JAMA*, 316 (2), 171–181. doi:10.1001 / jama.2

Rodger, A; Cambiano, V; Bruun, T, entre otros. (15 de Junio de 2019). Riesgo de transmisión del VIH a través del sexo sin condón en parejas homosexuales

serodiferentes con la pareja VIH positiva que toma terapia antirretroviral supresora (PARTNER): resultados finales de un estudio multicéntrico, prospectivo y observacional. *The Lancet*, 393(10189), 2428-2438.

doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)

Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model [Teoría del aprendizaje social y modelo de creencias en salud]. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.

doi:<https://doi.org/10.1177/109019818801500203>

Said, A., & Seidl, E. (2015). Serodiscordancia y prevención del VIH: percepciones de individuos en relaciones estables y no estables. *Interfaz - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), 467-478.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300467&lng=en&nrm=iso

Salamanca, A., & Giraldo, C. (2012). Modelos cognitivos y cognitivos sociales en la prevención y promoción de la salud. *Revista Vanguardia Psicológica*, 2(2), 185-202. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4815140.pdf>

Salud Capital. (2019). *Situación actual del vih en el distrito capital primer trimestre 2019*.

Informe I Trimestre 2019:

<http://saludcapital.gov.co/DSP/Ciudad%20VIH/2019/Informe%20I%20Trimestre%202019.pdf>

Serovich, J., & Mosak, K. (2003). Razones para la divulgación del VIH o la no divulgación de socios sexuales casuales. *AIDS Educ Prev. Author manuscript; available in PMC*

2006 Jan 6., 70-80.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1325221/?report=classic>

Tobón, O. (2003). El autocuidado una habilidad para vivir. *Hacia promoc. salud*, 37-49.

<http://www.alcoholinformate.com.mx/pdfdocument.cfm?articleid=370&catid=5>

Torres, C. (2014). Identidad y vínculos erótico-afectivos serodiscordantes entre varones de la ciudad de México. 2(1), 125-160.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-11912014000100005)

[11912014000100005](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-11912014000100005)

Torres, C. (2015). *Experiencia, clase social y VIH/sida. Un acercamiento sociológico-feminista-queer a un vínculo hetero-erótico-afectivo serodiscordante de la ciudad de México*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

<https://www.academica.org/000-079/178>

Torres, S., & Martínez, T. (2013). *Las relaciones de parejas serodiscordantes de hombres homosexuales: Aproximación a su estudio*. La Habana, Cuba.

https://www.google.com/search?q=Las+relaciones+de+parejas+serodiscordantes+de+hombres+homosexuales%3A+Aproximaci%C3%B3n+a+su+estudio.+La+Habana%2C+Cuba&rlz=1C1VFKB_enCO641CO641&oq=Las+relaciones+de+parejas+serodiscordantes+de+hombres+homosexuales%3A+Aprox

Uribe, T. (1999). *El autocuidado y su papel en la promoción de la salud*. Medellín:

Universidad de Antioquía.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5331981>

Vargas, E. (2007). *Sexualidad... mucho más que sexo. Una guía para mantener una sexualidad saludable*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Vásquez, Y. L. (2017). Incidencia de parejas serodiscordantes para VIH, en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. *Bol Venez Infectol*, 28(2).

<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/904940/06-vasquez-y-128-133.pdf>

Anexo 1 Guion de entrevista

#_ _

Fecha:

Lugar entrevista:

Buenos días, mi nombre es Karen Duarte, soy estudiante de la Universidad Externado de Colombia del programa de psicología. La presente entrevista se realiza con fines únicamente académicos, usted será grabado/a solo con un previo consentimiento. Así mismo, se protegerá su identidad siempre manteniendo la confidencialidad de esta.

Características sociodemográficas

Edad/es:

Sexo:

Género:

Orientación sexual:

Lugar de residencia:

Características de las parejas

¿Se ha realizado alguna prueba de VIH? // ¿Cuál ha sido el resultado de la prueba? (+) //

¿Cómo resultó infectado? (+)

¿Desde hace cuánto son pareja?

¿Cómo se conocieron?

¿Qué tipo de relación tiene con su pareja actual? // ¿Cómo podría/n definir su relación con una palabra?

¿Cómo y en qué momento le comunicó a su pareja su diagnóstico? (+) // ¿Cómo fue su reacción? (-)

¿Cómo describiría/n su comunicación como pareja?

¿De qué manera la serodiscordancia ha cambiado la relación como pareja?

¿Cuál sería su mayor temor como pareja?

¿Cuáles han sido las razones por las cuales han discutido? / ¿Con qué frecuencia se presentan esas discusiones? / ¿Cómo reacciona cada uno en este tipo de situaciones?

¿De qué manera solucionan esas tensiones o conflictos?; ¿Cuándo hay un conflicto o discusión quien de ustedes tiene la iniciativa para solucionarlo?

¿Tienen algún objetivo a mediano y largo plazo como pareja? ¿Cuál/es?

Prácticas de autocuidado sexual

¿Cuáles estrategias utilizan para disminuir la posibilidad de transmisión del virus del VIH?

¿Qué formas tienen de cuidarse antes, durante y después de la actividad sexual?

¿Qué hábitos han implementado en su vida cotidiana para cuidarse?

¿En la relación quién motiva el uso de estrategias de protección y prevención?

¿Han usado condón en las relaciones sexuales? - ¿Cuándo los usan? ¿Con que frecuencia las utilizan? ¿Cómo los usan?

¿Han usado lubricantes en las relaciones sexuales? - ¿Cuándo los usan? ¿Con que frecuencia las utilizan? ¿Cómo los usan?

¿Han usado o conocen el PEP (Profilaxis post exposición)? - ¿Cuándo los usan? ¿Con que frecuencia las utilizan? ¿Cómo los usan?

¿Han usado o conocen el PrEP? (Profilaxis previa a la exposición) - ¿Cuándo los usan? ¿Con que frecuencia las utilizan? ¿Cómo los usan?

¿Qué entiende/n por prácticas de autocuidado sexual?

¿Qué prácticas de autocuidado sexual considera/n que realizan actualmente?

¿Está/n de acuerdo con esas prácticas de autocuidado? // ¿Su pareja está de acuerdo con las prácticas de autocuidado?

¿Cuál practica de riesgo, diferente a la sexual, consideran que pueda transmitir el VIH?

¿Qué información han recibido sobre los cuidados y/o consejos que debería tener una persona que vive con el virus en su vida sexual?

¿Han participado en programas o instituciones que promuevan y apoyen el bienestar y la salud de las parejas serodiscordantes? ¿Cuáles?

Salud sexual y reproductiva

¿Cómo vivía su sexualidad antes de ser diagnosticado? (+) ¿Cómo vivía su sexualidad antes de convivir con una persona que vive con el virus? (-)

En general, ¿Qué transformaciones físicas, psicológicas y relacionales ha/n percibido desde que fue diagnosticado de VIH (+) / desde que convive con una persona que vive con el virus (-)?

¿Considera que el VIH le ha aportado algún aspecto positivo a su vida sexual? ¿Y negativos?

¿Actualmente se encuentra en tratamiento con antirretrovirales? (+)

¿Ha tenido algún problema en acceder a los antirretrovirales? (+)

¿Ha presentado alguna dificultad para adherirse al tratamiento antirretroviral? (+)

¿Siente que su pareja lo apoya para su adherencia al tratamiento? ¿De qué manera? (+)

¿Desde qué inicio con el tratamiento, siente que su estado de salud ha cambiado? (+)

¿Ha asistido a las citas de control médico? ¿En qué momento no ha asistido? ¿Cuáles han sido las razones? (+)

¿Están utilizando actualmente algún método anticonceptivo? ¿Cuál? ¿Cuáles son las razones de usarlo o no usarlo?

¿Después del diagnóstico de VIH han tenido hijos o han planeado tener alguno? ¿Por qué razón?

¿De alguna manera, se ha visto afectado su deseo de ser madre/padre ante la presencia del VIH?

¿Tienen algún comentario o sugerencia sobre las preguntas de la entrevista?

Anexo 2 Carta para captación de población

Bogotá D.C. dd/mm/2020

Señores

XXX

Ciudad

Asunto: Solicitud de vinculación proyecto de investigación- Captación de población

Por este medio envié un cordial saludo y me dirijo a ustedes con el interés de solicitar el permiso para vincular mi proyecto de investigación *Caracterización de prácticas de autocuidado sexual en parejas serodiscordantes al virus VIH que viven en Bogotá, Colombia*; institución reconocida por trabajar temas relacionados a la salud sexual y reproductiva y población LGBTI. Así que, con el conocimiento que tengo de la población que accede a sus servicios, sería una gran oportunidad tener su ayuda para lograr la captación de las parejas serodiscordantes (condición mixta de serología de VIH) que estén interesadas en participar en la investigación. A continuación, les expondré mi interés por el tema y la manera en la que se abordaría el estudio.

A partir de la búsqueda que he realizado sobre estudios alrededor de la población serodiscordante pude evidenciar que tanto en el país como en Bogotá hay un vacío grande en cuanto a investigaciones y estudios de parejas serodiscordantes, especialmente haciendo referencia a las prácticas de autocuidado sexual con el fin de reconocer los riesgos que se enfrentan dichas personas, estrategias de protección y la manera adecuada para garantizarles un bienestar y prácticas sexuales seguras para las dos partes involucradas (quien ya está infectado y quien está altamente expuesto). Siendo así que países como

Estados Unidos, Brasil, Perú y España ya han evidenciado esta problemática actual y han incursionado en nuevas tecnologías de prevención del virus VIH como, por ejemplo, el PrEP (Profilaxis pre-exposición), con el cual ya inicio la prueba piloto en el país, beneficiando a esta población ya que su correcto uso disminuye la probabilidad de infección del virus. Razón por la cual, el interés de realizar un estudio con dichas parejas da paso a abrir un panorama en la ciudad con el fin de poder acercamiento a la problemática y desde la cual es necesario trabajar prontamente para el beneficio de la salud y calidad de vida de las personas.

De esta manera, planteé el siguiente objetivo general: Caracterizar las prácticas de autocuidado sexual de miembros de parejas serodiscordantes que viven en Bogotá; y los objetivos específicos:

- Describir las prácticas de autocuidado sexual en parejas serodiscordantes al virus VIH.
- Identificar las conductas de riesgo y protección con relación a la salud sexual y reproductiva de las parejas serodiscordantes
- Reconocer las diferencias en las prácticas de autocuidado sexual que han presentado las parejas serodiscordantes frente a la presencia del virus en la relación actual.

Respecto a la metodología que se usará en la presente investigación, este es de tipo cualitativa con un carácter exploratorio y descriptivo; la población objetivo son parejas serodiscordantes que vivan en la ciudad de Bogotá, el muestro es de tipo no probabilístico ya que la información recolectada dará resultados válidos para quienes participaron en la investigación. El muestreo es por conveniencia, en donde la selección de los participantes se dará a partir de la accesibilidad que se tenga a las parejas serodiscordantes. Por otro lado, la selección de la población participante cumplirá con criterios de inclusión para corroborar

su conveniencia en la participación de la investigación, teniendo en cuenta que hayan firmado el consentimiento informado, sean mayores de edad, vivan en Bogotá, uno de los miembros de la pareja haya sido diagnosticado con VIH y el otro miembro se haya realizado alguna prueba del virus VIH y su resultado haya sido negativo o no tenga diagnóstico. Para recolectar la información pertinente que den cuenta de los objetivos formulados, se utilizará como técnica la entrevista semiestructurada (se anexa Guion de entrevista), la cual por motivos de la coyuntura actual se realizará de manera virtual, garantizando la confidencialidad y anonimato de quienes participen.

Adicionalmente, como agradecimiento por la participación en la entrevista de investigación, se les brindara a los participantes bonos de incentivo de la realización de la investigación. Finalmente, quedo a su disposición para cualquier duda o sugerencia. Les agradezco su atención e interés por este proyecto de investigación y quedo atenta a su pronta respuesta.

Atentamente,

Karen Liliana Duarte Blanco

Estudiante noveno semestre de psicología

Área de demografía y estudios de población

Cel: 3122813446

Anexo 3 Consentimiento informado

Investigación: Prácticas de autocuidado sexual en parejas serodiscordantes al VIH que viven en Bogotá, Colombia

Estudiante investigadora: Karen Liliana Duarte Blanco

Número de protocolo: _____

A partir de la búsqueda que se ha realizado sobre estudios alrededor de la población serodiscordante se evidencia que tanto en el país como en Bogotá hay un vacío destacable en cuanto a investigaciones y estudios de parejas serodiscordantes, especialmente haciendo referencia a las prácticas de autocuidado sexual con el fin de reconocer los riesgos que se enfrentan dichas personas y la manera adecuada para garantizarles un bienestar y prácticas sexuales seguras para las dos partes involucradas (quien ya está infectado y quien está altamente expuesto). Razón por la cual, el interés de realizar un estudio con dichas parejas da paso a abrir un panorama en la ciudad con el fin de poder acercarse a la problemática y desde la cual es necesario trabajar prontamente para el beneficio de la salud y calidad de vida de las personas. De esta manera, se plantea como objetivo general el caracterizar las prácticas de autocuidado sexual de miembros de parejas serodiscordantes que viven en Bogotá, el cual se apoyará de los objetivos específicos:

- Describir las prácticas de autocuidado sexual en parejas serodiscordantes al virus VIH
- Identificar las prácticas de riesgo y protección con relación a la salud sexual y reproductiva de las parejas serodiscordantes
- Reconocer las diferencias en las prácticas de autocuidado sexual que han presentado las parejas serodiscordantes frente a la presencia del virus en la relación actual.

La presente investigación es de tipo cualitativa con un carácter exploratorio y descriptivo. La población objetivo son parejas serodiscordantes que vivan en la ciudad de Bogotá, el

muestreo es por conveniencia, en donde la selección de los participantes se dará a partir de la accesibilidad que se tenga a las parejas serodiscordantes. Por otro lado, la selección de la población participante cumplirá con criterios de inclusión para corroborar su conveniencia en la participación de la investigación, teniendo en cuenta que hayan aceptado y firmado el consentimiento informado, sean mayores de edad, vivan en la ciudad de Bogotá, uno de los miembros de la pareja haya sido diagnosticado con VIH y el otro miembro se haya realizado alguna prueba del virus VIH y su resultado haya sido negativo o no tenga diagnóstico.

Para recolectar la información pertinente que den cuenta de los objetivos formulados, se utilizará como técnica la entrevista semiestructurada, la cual se realizará a ustedes, parejas que acepten participar en la investigación, dándoles a conocer la información necesaria de la investigación y resolviendo las dudas que les genere el ejercicio investigativo, pues están en su derecho de preguntar y que se les responda antes, durante y después de la investigación. La entrevista está construida para tener una duración máxima de una hora. Es importante aclarar, que ustedes tienen el derecho de no participar o de revocar el consentimiento informado en cualquier momento de la investigación sin necesidad de dar razón alguna y sin implicar consecuencias. En caso de que ustedes no cumplan con las orientaciones proporcionadas o acordadas para la investigación pueden ser retiradas por el investigador. Por otro lado, la investigación involucra temas personales e íntimos de la pareja que pueden ser incómodos o sensibles, por lo tanto, si se llega a presentar algún malestar o situación que ponga en riesgo el bienestar físico, emocional o social, se cuenta con el acceso a profesionales que intervengan.

Además, al participar de la investigación se garantiza la privacidad y confidencialidad de los datos suministrados por los participantes, al igual del uso exclusivo de la información para fines académicos. La participación no tiene costo, sin embargo, los participantes

recibirán una compensación individual de bonos de incentivo. Por último, los resultados se darán a conocer a todos los participantes cuando estos sean aprobados y aceptados por la respectiva área de investigación por vía correo electrónico.

Información de contacto de la investigación

- Investigador principal:

Karen Liliana Duarte Blanco

Estudiante décimo semestre de psicología

Universidad Externado de Colombia

Área investigación: Demografía y estudios de población

Correo: karen.duarte@est.uexternado.edu.co

Celular: 3017283610

He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación.

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente. Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales. Para constancia, firmo a los ____ (día) de _____ (mes) de ____ (año)

Nombre y firma del Participante

Nombre y firma del Participante

Nombre y firma del Investigador